



Donnerstag, 06. August 2026, 17:00 Uhr
~12 Minuten Lesezeit

Die Verachtung der „Schwachen“

Mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz für die gesetzlichen Krankenkassen positioniert sich der Staat als Antreiber, der seine Untertanen am Gängelband führt.

von Madita Hampe

Bild: Collage mit Fotos von Shutterstock.com (Heide Pinkall, KieferPix)

*Wozu selbst die Verantwortung übernehmen, wenn
man diese auch billig auf Schwächere verschieben*

kann? Eine Regierung, die auf ganzer Linie versagt hat, schiebt die Schuld an der schlechten Wirtschaftslage nun einer vermeintlich „faulen“ arbeitenden Bevölkerung zu. Wer vom gesellschaftlichen Idealbild – zwei am Rande der Erschöpfung für das Finanzamt schuftende Erwachsene – abweicht, wird im Zuge des „Beitragsstabilisierungsgesetzes“ nun finanziell schlechter gestellt. Wer sich intensiver um sein Kind kümmern oder einfach eine gesunde Work-Life-Balance wahren möchte, wird abgestraft. Generell mischt sich der Staat immer stärker „regulierend“ in die persönlichen Lebensentwürfe der Bürger ein. Hinzu kommt eine Trend zu sozialer Härte. Gerade die sozial Schwächsten sind von den jüngsten „Reformen“ der Regierung Merz betroffen: Alleinerziehende, behinderte Kinder, psychisch Schwache.

Hört man dem deutschen Bundeskanzler zu, so bekommt man den Eindruck, die wirtschaftlichen Probleme des Landes seien vor allem die Schuld der eigenen Bevölkerung. Diese habe sich an einen Lebensstandard gewöhnt, den man sich schlicht nicht mehr leisten könne. Als sei man einfach zu bequem geworden, vom Wohlstand verwöhnt und bekäme jetzt die Kehrseite all dessen zu spüren, was man in den Jahrzehnten zuvor als Errungenschaft verstanden hatte: Arbeitsschutz, soziale Absicherung oder aber die Möglichkeit, beruflich kürzerzutreten, um beispielsweise für die eigene Familie stärker präsent zu sein. Alles schön, aber im Moment nicht drin – so könnte man meinen, wenn man das Narrativ der Bundesregierung als Schablone über die Realität legt.

Vielleicht bekommt der eine oder andere dabei tatsächlich ein

schlechtes Gewissen, weil er eben nicht wie die eigenen Großeltern 50 Stunden in der Woche körperliche Arbeit verrichtet, sondern schon Teilzeit und Kinderbetreuung als Balanceakt empfindet. Dieses subtile Schuldgefühl ist eine hervorragende Basis zur Durchsetzung der aktuellen Sozialreformen. Denn selbst wenn Unzufriedenheit herrscht, bleibt untergründig der Eindruck, dass es vielleicht doch die eigene Work-Life-Balance ist, die Deutschland diese Misere eingebrockt hat. Am Ende korrespondiert dieses Gefühl wenig mit der Realität, denn dass ein bisschen Einsparungen hier und ein bisschen Gängelung da, es schaffen können, die herbeigeführte Energiekrise auszugleichen, wirkt spätestens auf den dritten Blick äußerst unrealistisch.

Im Grunde betreibt Friedrich Merz das, was man in der Psychologie als Gaslighting bezeichnet auf nationaler Ebene. Er schiebt den schwarzen Peter an die Bevölkerung weiter, um das eigene politische Versagen zu kaschieren – ähnlich wie ein Mann, der das gesamte Haushaltsgeld beim Glücksspiel verliert und dann seiner Frau Vorwürfe macht, sie habe zu viel für die Kinder eingekauft.

Die neueste Blüte dieser Politik ist die Reform der gesetzlichen Krankenkassen. Am 10. Juli stimmte der Bundestag für das Sparprogramm von Gesundheitsministerin Nina Warnken (1). Die geplanten Änderungen basieren im Wesentlichen auf den Empfehlungen der „Finanzkommission Gesundheit (FKG)“, einem Gremium, das von der Bundesregierung geschaffen wurde, um ein Konzept auszuarbeiten, dessen Ziel es ist, die Finanzierungslücke bei den gesetzlichen Krankenkassen zu schließen. Das sei dringend notwendig, schließlich stünden diese vor einem Milliardendefizit, mit anderen Worten: vor dem Abgrund. Das Einzige, was hier noch helfen könne, seien radikale Einschnitte. Mehr Geld müsse rein und weniger Geld müsse raus. Am 30. März legte die FKG fristgerecht ihren ersten Bericht und damit 66 Sparvorschläge zur Rettung der gesetzlichen Krankenversicherung vor, die es in sich hatten (2). Nun

wurde ein Teil der Vorschläge vom Bundeskabinett in Gesetzesform gegossen.

Die Schmarotzerin der Familie

Eine der am kontroversesten diskutierten Maßnahmen betrifft die kostenlose Familienversicherung von Ehepartnern, die es in der bisherigen Form nicht mehr geben soll. In Deutschland sind etwa 16 Millionen Menschen im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei krankenversichert, also gut ein Fünftel der Bevölkerung (3). Dabei handelt es sich vor allem um Kinder und junge Erwachsene, die sich noch in einer Ausbildung befinden. Sie wären von der Änderung nicht betroffen. Anders verhält es sich mit dem kleineren Teil dieser 16 Millionen, nämlich den 1,6 Millionen mitversicherten Ehepartnern (4). Diese können die beitragsfreie Krankenversicherung aktuell noch in Anspruch nehmen, sofern ihr Partner regulär gesetzlich versichert ist und sie selbst nicht mehr als 565 Euro im Monat verdienen, wobei dieser Betrag sich auf 606 Euro erhöhen kann, sofern die Person einem Minijob nachgeht. Es geht also um Menschen mit einem marginalen Einkommen.

Im Bericht der FKG bezieht diese sich vor allem auf das Modell, das in der Realität am häufigsten anzutreffen ist: Der Mann arbeitet, die Frau verdient etwas Kleines dazu und ist bei ihm familienversichert. Sie argumentiert dabei, dass dieses Modell ganz generell nicht mehr zeitgemäß sei und man der Gesamtheit der Beitragszahlenden nicht aufbürden könne, für einen längst überholten Lebensstil aufzukommen. In dem Bericht ist zu lesen:

„Die Einbeziehung von Ehegatten in die beitragsfreie Familienversicherung entspricht einer sozialpolitischen Tradition und ist historisch eng mit dem Bild der ‚Einverdiener-Ehe‘ verbunden (Dräther & Rothgang 2004). Die gesellschaftlichen und

arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten allerdings deutlich verändert. Erwerbsbiografien sind seit Längerem stärker durch eine eigenständige Erwerbstätigkeit beider Partner geprägt, und die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist deutlich gestiegen (WSI 2024). Vor diesem Hintergrund wird zunehmend diskutiert, ob eine dauerhaft beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten unabhängig von familiären Betreuungsverpflichtungen noch dem ursprünglichen Ziel der Familienförderung entspricht und ob dies eine Aufgabe der Solidargemeinschaft der in der GKV-Versicherten ist“ (2).

Mit anderen Worten: Verheiratete Frauen, die wenig arbeiten, sollen demnächst bitte mehr arbeiten. Ganz nach dem von Friedrich Merz postulierten Motto:

„Diejenigen, die für 530 € im Monat arbeiten, denen muss man doch mal die Frage stellen: Wieso könnt ihr nicht auch für 2.000 € arbeiten?“ (5).

Dieser bereits im August letzten Jahres geäußerte Satz passt so hervorragend zu der Maßnahme, dass man sich die Frage stellen muss, ob die finanzielle Entlastung der Krankenkassen tatsächlich deren Hauptziel ist oder ob sie sich nicht vielmehr in eine insbesondere von Merz vorangetriebene Politik der Gängelung all jener einreicht, die in seinen Augen nicht genug arbeiten.

Dass Mütter, die ihre Kinder nicht frühestmöglich der maximalen Fremdbetreuung zuführen, um dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung zu stehen, der Regierung ein Dorn im Auge sind, hat diese jüngst mit der geplanten Kürzung des Elterngelds gezeigt (6).

Im Fall der Familienversicherung gibt es zumindest eine Kulanzregelung, die es Partnern erlaubt, weiterhin beitragsfrei mitversichert zu sein, sofern sie Kinder im Alter von unter zwölf

Jahren betreuen. Die Kommission hatte ursprünglich vorgeschlagen, das Alter bei sechs Jahren anzusetzen. Dass die Bundesregierung hier nachbesserte, dürfte ein kleiner Trost sein.

In Ihren Vorschlägen verwies die FKG Mitte März mehrfach darauf, welche umfangreichen Betreuungsmöglichkeiten mittlerweile für Kinder existieren und, dass diese besonders ab der Grundschule auch oft ganztätig seien. Es sei also anzunehmen, dass „eine Erwerbstätigkeit mit den familiären Betreuungspflichten vereinbar ist“.

Was hier passiert, ist im Grunde Erziehungsarbeit an der Bevölkerung. Das Lebensmodell, dass über Jahrhunderte die gesellschaftliche Norm darstellte und das ganz nebenbei besonders von konservativen Regierungen lange verteidigt wurde, wird nun zu einem nicht tolerierbaren Akt der Faulheit umgedeutet.

Menschen, die nur wenige Stunden in der Woche arbeiten, haben dafür in der Regel ihre Gründe, und diese verschwinden nicht dadurch, dass man es ihnen schwerer macht, über die Runden zu kommen.

Auch das Argument, dass es ungerecht sei, wenn die Allgemeinheit der Versicherten für die Gesundheitsversorgung der reichen Zahnarztgattin aufkommen müsse, die nicht arbeite, weil ihr Mann eben mehr als genug verdiene, sich aber trotzdem bei ihm mitversichern lasse, hinkt. Denn Menschen mit Einkommen in diesen Größenordnungen sind in der Regel ohnehin oft privat versichert.

Die betroffenen Partner sollen nun einen Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozent des Einkommens des erwerbstätigen Partners zahlen. Damit erledigt sich auch jeder Versuch, das Ganze als irgendwie fortschrittliches Projekt darzustellen, das mit veralteten

Rollenbildern aufräumt. Unter Umständen verstärkt es die finanzielle Abhängigkeit in Beziehungen sogar noch, zumindest aber baut es sie nicht ab. Schließlich ist der geringfügig verdienende Partner darauf angewiesen, dass der besser verdienende Partner dauerhaft seine Krankenkassenbeiträge trägt. Diese werden direkt vom Gehalt des erwerbstätigen Partners abgezogen (7).

Sparen an allen Ecken und Enden

Die Reform der Familienversicherung ist jedoch bei Weitem nicht die einzige einschneidende Maßnahme der Reform, andere betreffen alle Versicherten gleichermaßen. Grundsätzlich folgt die Reform dem gleichen Prinzip wie jeder Privatunternehmer, der sich eingestehen muss, dass er finanziell in eine Schieflage geraten ist: Einnahmen rauf, Ausgaben runter. Eine Maßnahme zur Erhöhung der Einnahmen ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Diese bezeichnet den Betrag, bis zu dem die Versicherten Krankenkassenbeiträge zahlen und liegt aktuell noch bei 5.812,50 Euro. Personen, die ein höheres Monatseinkommen haben, zahlen ihre Beiträge trotzdem nur bis zu diesem Beitrag. Die Beteiligung an der Finanzierung ist also nach oben gedeckelt, um Gutverdienern einen Anreiz zu bieten, nicht in die private Krankenkasse zu wechseln, die sonst ab einem bestimmten Punkt günstiger wäre.

Im Zuge der Krankenkassenreform soll diese Grenze zusätzlich zur normalen jährlichen Anpassung im Jahr 2027 um 300 Euro steigen. Damit ist die Anhebung ausschließlich für Menschen relevant mit einem Bruttoeinkommen von mehr als besagten 5.812,50 Euro im Monat und stellt somit nur für einen kleinen Teil der Versicherten eine Mehrbelastung dar (8).

Anders sieht es bei der Begrenzung der Ausgaben aus. Hiervon sind potenziell alle gleichermaßen betroffen, in der Realität natürlich

besonders diejenigen, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind. Deutlich zu spüren dürfte sein, dass die Zuzahlungen für Medikamente steigen. Aktuell müssen Patienten in der Apotheke zehn Prozent des Preises verschreibungspflichtiger Medikamente zahlen, mindestens jedoch fünf und maximal zehn Euro pro Packung. Bei Medikamenten, die weniger als fünf Euro kosten, zahlt man den vollständigen Preis. Diesen Mindestbetrag erhöht die Reform nun auf 7,50 Euro und den Höchstbetrag auf 15 Euro (9).

Das hört sich zunächst nach verkraftbaren Beträgen an, und vielleicht sind sie das im Regelfall auch. Problematisch werden sie besonders für ältere Menschen, die täglich ein Potpourri an Tabletten einnehmen und nun für jedes einzelne Medikament mehr zahlen müssen. Für Menschen in Altersarmut sind die Kosten der medizinischen Versorgung, die nicht selten mit jedem Lebensjahr umfangreicher werden, ohnehin schon eine enorme Belastung. Dass 50 Euro mehr oder weniger im Monat oft alles andere als Peanuts sind, zeigt sich allein an der Zahl der Menschen, die Flaschen sammeln, um ihre mickrige Rente aufzubessern.

Weiterhin soll direkt daran gespart werden, was Versicherte bekommen, indem besonders Leistungen, die nicht „evidenzbasiert“ genug sind, nicht mehr von der Krankenkasse übernommen werden. Das betrifft konkret Homöopathie und Cannabisblüten, was sicher daran liegt, dass beide ohnehin regelmäßig in der Kritik stehen. Auch hierbei stützt sich die Bundesregierung auf die im März formulierten Vorschläge der FKG. Sieht man sich deren Bericht genauer an, wirkt die Notwendigkeit der beiden Maßnahmen konstruiert.

Insgesamt möchte man ein Defizit von 15,3 Milliarden Euro pro Jahr schließen. Durch die Streichung von Cannabisblüten sollen ab 2027 jährlich 130 Millionen Euro eingespart werden. Der Wegfall der Finanzierung homöopathischer Leistungen verspricht laut FKG sage und schreibe 40 Millionen Euro (2). Im Grunde also nichts. Diese

Reformvorschläge sind maximal dafür geeignet, Diskussionen zwischen Gegnern und Befürwortern der beiden medizinischen Maßnahmen anzuheizen. In ihrer Finanzwirkung sind sie nahezu irrelevant.

Das Ganze hat auch hier etwas von Gängelung. Homöopathie wird so oder so im Normalfall nicht von den Krankenkassen übernommen, sondern nur als „freiwillige Satzungsleistung im freien Ermessen einzelner Krankenkassen“. Statt Cannabisblüten soll weiterhin die Verschreibung von Cannabisextrakt möglich sein. Über solche Punkte überhaupt eine Diskussion anzufangen ist also hochgradig sinnlos – es sei denn, es geht darum, aus Ideologiegründen ein Zeichen gegen alles zu setzen, was sich auch nur wenige Millimeter vom heiligen Gral der Evidenzbasierung entfernt.

Wer braucht schon Seelenklemper?

An den Kragen geht es außerdem der Psychotherapie. Bereits zum 1. April 2026 wurden die Honorare für ambulante Psychotherapeuten um 4,5 Prozent gekürzt, was in mehreren deutschen Städten zu Demonstrationen führte (10). Offenbar ist das erst der Anfang. Mit der Reform sollen nun psychotherapeutische Leistungen wieder budgetiert werden und damit Teil einer gedeckelten Gesamtversorgung sein (11). Im Klartext bedeutet das: Es gibt ein festgelegtes Budget, einen Betrag X, der zur Verfügung steht, um Therapeuten zu bezahlen, alles, was darüber hinausgeht, wird geringer oder gar nicht mehr vergütet. Steigt nun der Bedarf in der Bevölkerung sind die Anreize für Therapeuten, zusätzliche Patienten anzunehmen nahezu null. Diese Maßnahme wird umgesetzt, während der Bedarf an Therapieplätzen so hoch wie noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik ist und weiter kontinuierlich steigt.

Zu der Budgetierung kommt der Wegfall von Zuschlägen für Kurzzeittherapien. Aktuell erhalten Therapeuten einen Zuschlag für die ersten zehn Sitzungen einer solchen Therapie (11). Dieser Zuschlag wurde ursprünglich eingeführt, um Anreize zu setzen, neue Patienten aufzunehmen. Beides in Kombination bedeutet letztlich weniger Therapieplätze, längere Wartezeiten und eine Versorgung, die man kaum noch so nennen kann. Bereits jetzt kann man froh sein, wenn man in deutschen Großstädten überhaupt eine Warteliste findet, auf die man sich setzen lassen kann.

Dass die psychische Gesundheit der Deutschen nicht gerade auf einem Höchststand ist, dürfte sogar Friedrich Merz bekannt sein. Schließlich bemängelte dieser erst kürzlich, dass der Krankenstand viel zu hoch sei, und führte im Zuge dessen die verpflichtende Krankschreibung ab dem ersten Krankheitstag ein.

Tatsächlich sind psychische Erkrankungen 2026 erstmals die Hauptursache für die Fehlzeiten der Angestellten – noch vor Atemwegserkrankungen wie etwa Erkältungen (12). Die Bundesregierung nimmt ihre Bürger hier also von zwei Seiten in die Mangel. Zum einen wird die psychologische Versorgung erschwert und zum anderen die Möglichkeit eingeschränkt, privat und eigenverantwortlich auf seine Gesundheit zu achten. Was soll sich jemand denken, der unter schweren Depressionen leidet, monatelang auf einen Therapieplatz wartet und sich in der Zwischenzeit an jedem Tag, an dem er es nicht schafft zur Arbeit zu gehen, stattdessen zum Arzt schleppen muss?

Es ist ein Motiv, das sich durch die Arbeit der Bundesregierung zieht: Druck, der von zwei Seiten aufgebaut wird und das Gefühl entstehen lässt, dass es gar nicht in erster Linie um die Notwendigkeit von Einsparungen geht, sondern darum, es den eigenen Bürgern so schwer wie möglich zu machen. Verstärkt wird dieser Eindruck noch dadurch, dass sich viele der Maßnahmen

ausgerechnet gegen die Schwächsten der Gesellschaft richten: gegen Alleinerziehende, die beispielsweise keinen Unterhaltsvorschuss mehr für Kinder ab dem 16. Lebensjahr bekommen (13), oder gegen behinderte Kinder, bei denen Friedrich Merz sich öffentlich fragt, ob sie wirklich einzeln von einem Sozialarbeiter in die Schule begleitet werden müssen (14).

Auch wer wohlwollend auf die Merz-Regierung blickt, muss ihr eine gewisse Blindheit für die Probleme der kleinen Leute attestieren. Wer weniger wohlwollend ist, wittert vielleicht sogar einen gewissen Sozialdarwinismus, gespeist aus einer Verachtung für jede Art der Schwäche, sei sie körperlich, psychisch oder wirtschaftlich.

Das Beitragsstabilisierungsgesetz zumindest schlägt in alle drei dieser Kerben und rüttelt an einer der entscheidenden Säulen der deutschen Gesellschaft: daran, dass das Gesundheitssystem trotz Schwierigkeiten einigermaßen funktioniert, daran dass man Hilfe bekommt, wenn man sie braucht, und daran, dass man sich diese auch leisten kann.



Madita Hampe, Jahrgang 2002, ist Redakteurin bei Manova. Sie lebt in Berlin und arbeitet seit ihrem 16. Lebensjahr als Journalistin. Besonders am Herzen liegen ihr die Zwischentöne gesellschaftlicher Dynamiken jenseits von Dogmatismus, Rechthaberei und der Komfortzone der eigenen Meinung. Bei Manova leitet sie die Jugendredaktion und schreibt für die Kolumne **„Junge Federn“** (<https://www.manova.news/kolumnen/junge-federn>).

