



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Deutscher Bundestag
Parlamentarischer Beirat für
nachhaltige Entwicklung
und Zukunftsfragen
Ausschussdrucksache
21(26)14

Gesundheitsökonomie – Nachhaltige Finanzierung und Versorgung im demografischen Wandel

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung - 10. Sitzung

Berlin | 14. Januar 2026

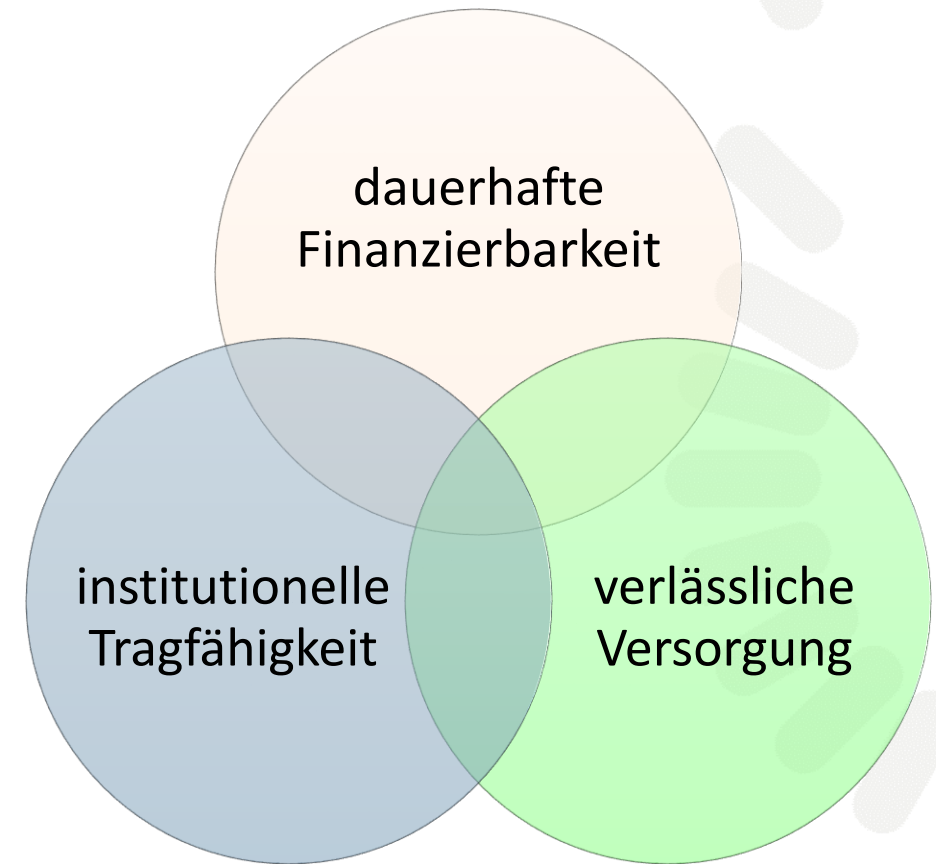
Professor Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

Nachhaltigkeit – Grundverständnis im Gesundheitswesen

- Nachhaltigkeit wird im Gesundheitswesen primär als langfristige Systemstabilität verstanden
- Nachhaltigkeit bedeutet:
 - heutige Entscheidungen mit Blick auf zukünftige Belastungen
 - Vermeidung struktureller Überlastung
 - Generationengerechtigkeit ist zentraler normativer Bezugspunkt
- Nachhaltigkeit ≠ kurzfristige Kostendämpfung
- Nachhaltigkeit = Sicherung von Handlungsfähigkeit über Zeit

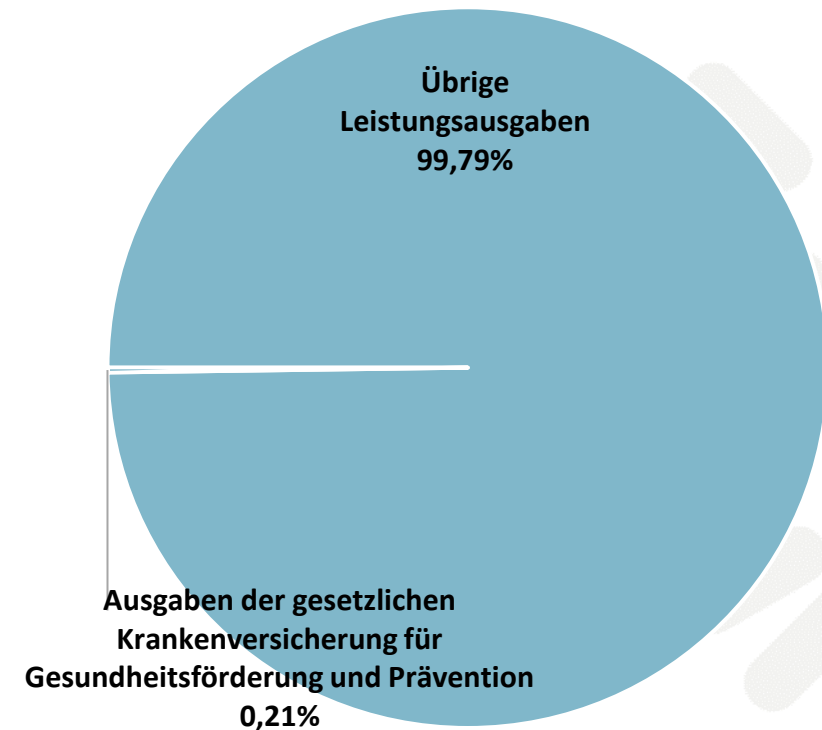
Zentrale Dimensionen



Prävention: nachhaltig – aber strukturell fehlverortet

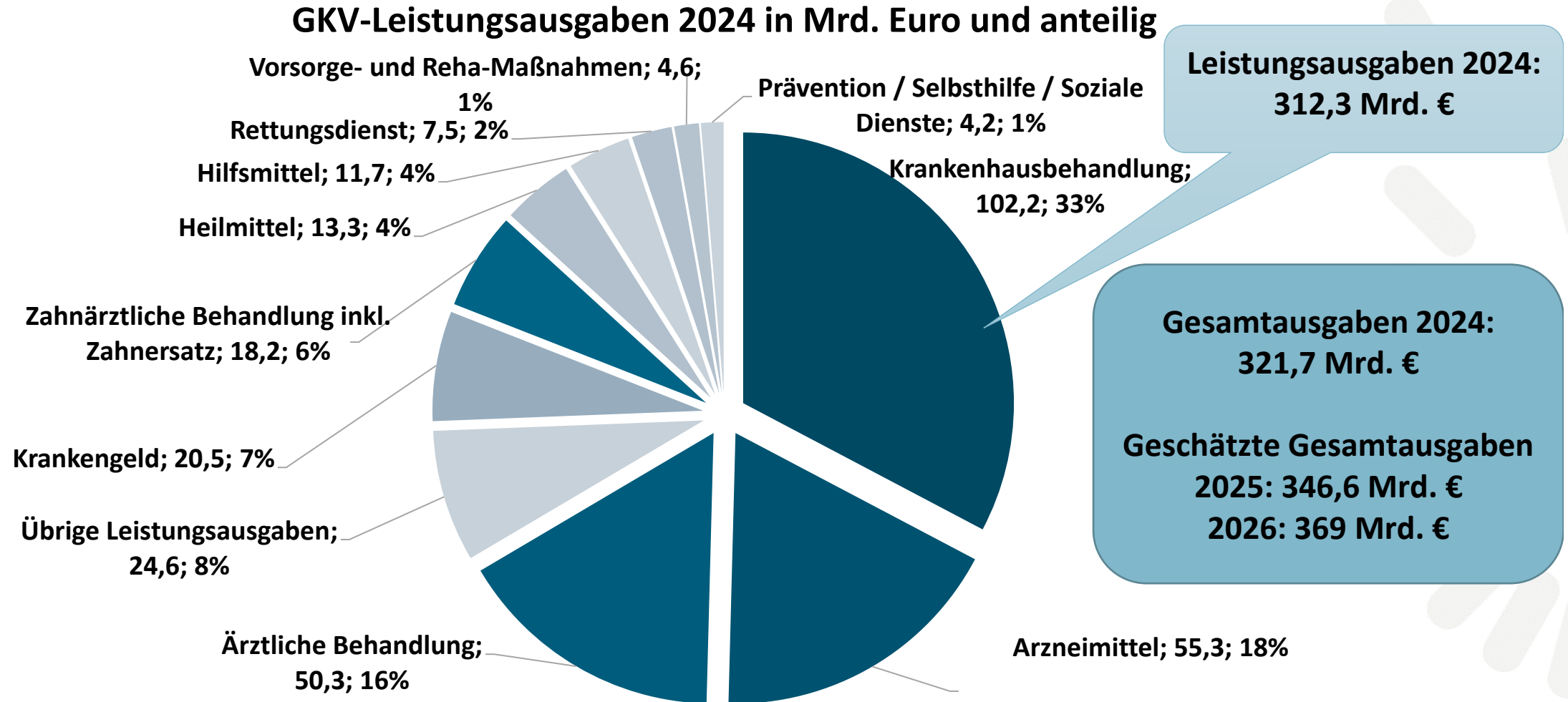
- Prävention ist der nachhaltigste Ansatz, um Krankheitslast langfristig zu reduzieren
- Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe → gesunde Ernährung, Bewegung, ordnungspolitische Instrumente (z. B. Tabak-, Alkohol-, Zuckersteuern)
- Wirksame Prävention findet in Lebenswelten statt (Kitas, Schulen, Betriebe) und liegt damit nur begrenzt im Einflussbereich der GKV
- Dennoch richten sich Erwartungen an Prävention überwiegend an die GKV
- Präventionsausgaben der GKV sind im Verhältnis zu den Gesamtausgaben gering und bleiben trotz Wachstums strukturell nachrangig
- GKV-Prävention wirkt vor allem unterstützend und anstoßend, nicht steuernd; zentrale Erfolgsfaktoren liegen bei Akteuren vor Ort
- Ergebnis: Prävention scheitert nicht an Wirksamkeit, sondern an Zuständigkeiten und Finanzierungslogik

GKV-Leistungsausgaben 2024



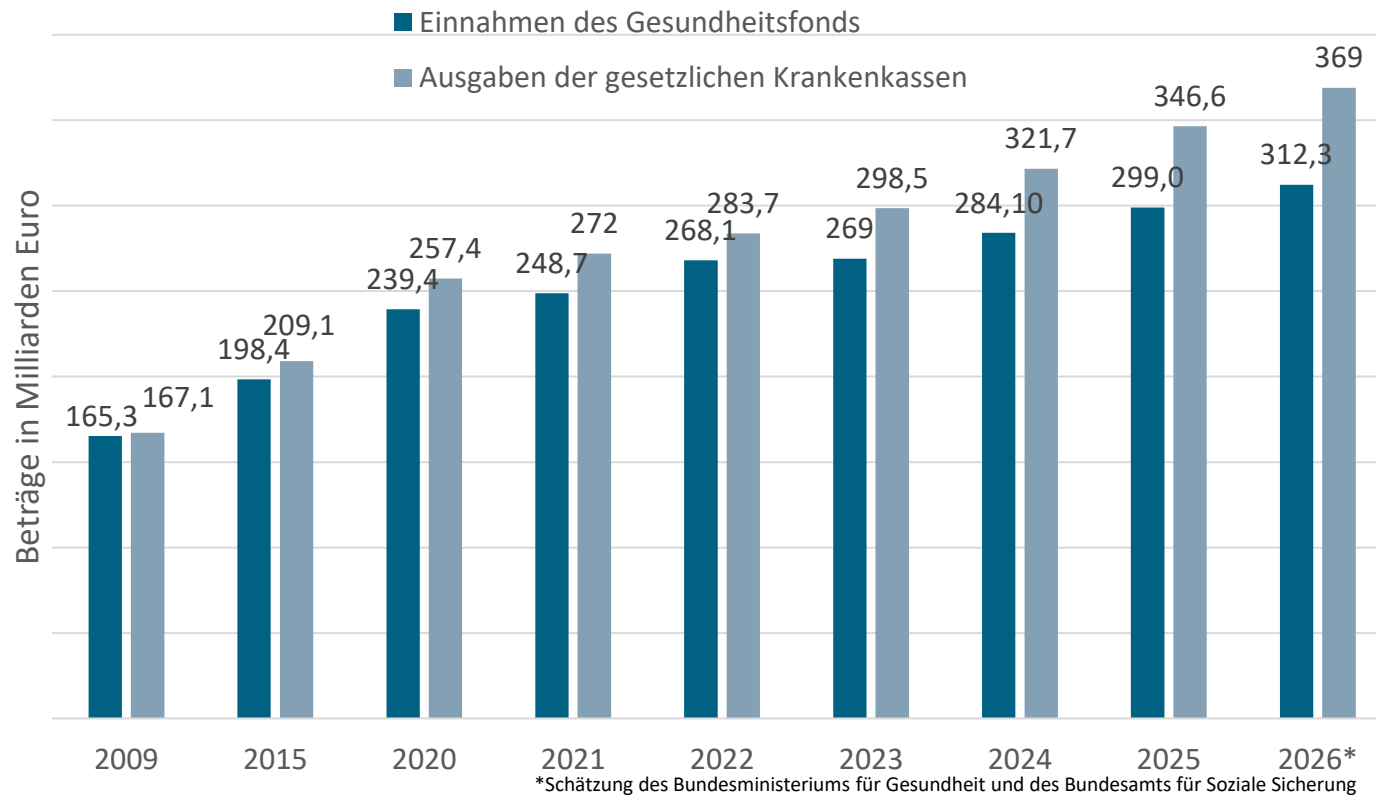
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der KJ1-Statistik

Finanzierung als Kernfrage der Nachhaltigkeit



Wiederkehrende Diagnose: Einnahmen und Ausgaben entwickeln sich auseinander

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2026 (in Milliarden Euro)

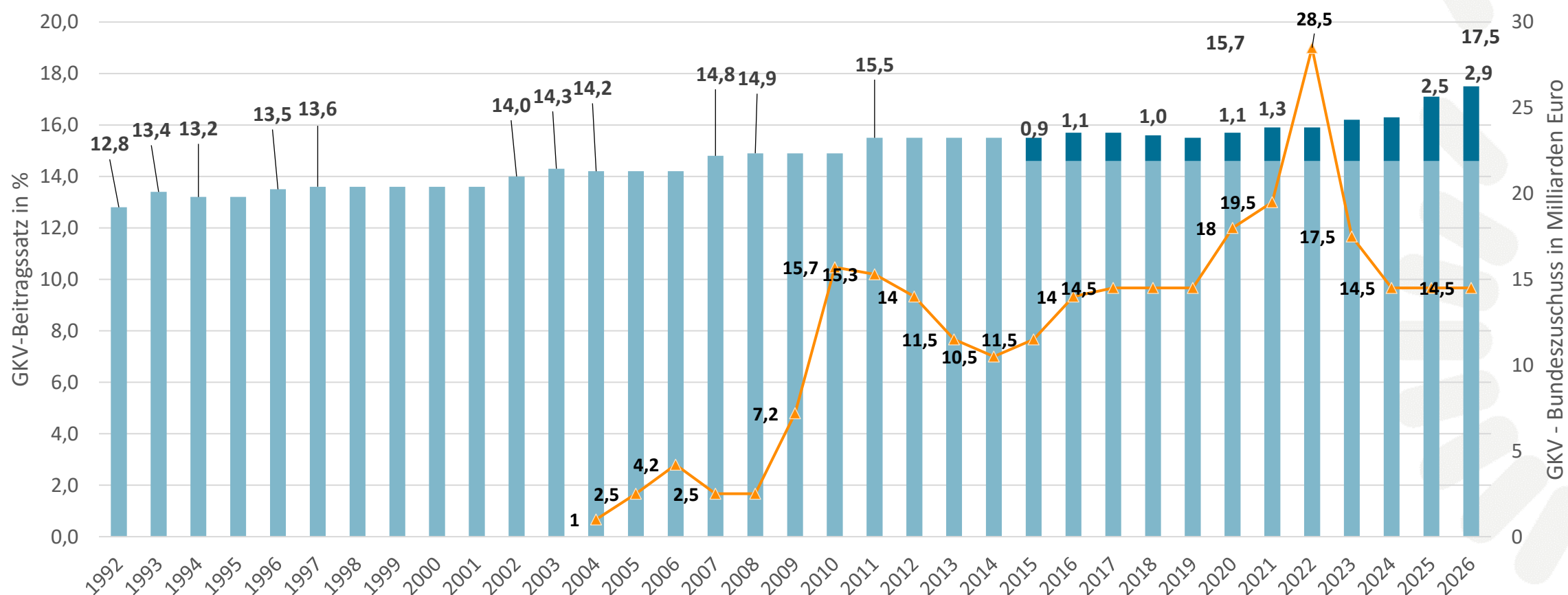


Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesamt für Soziale Sicherung

- Zentrale Ausgabentreiber:
 - medizinisch-technischer Fortschritt
 - steigende Behandlungsintensität
 - höhere Inanspruchnahme im Alter
- Einnahmen der GKV:
 - stark lohn- und beschäftigungsabhängig
 - demografisch unter Druck

Beiträge und Steuerzuschüsse steigen...

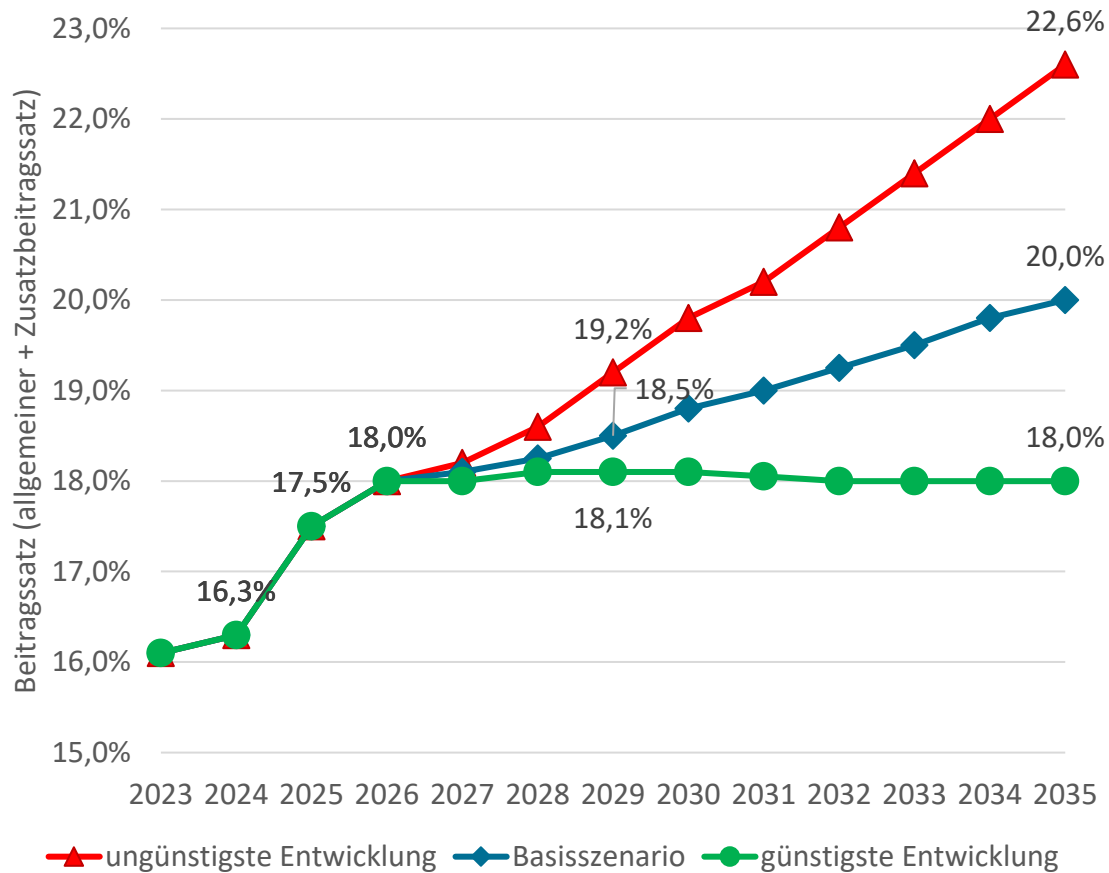
Entwicklung GKV-Beitragsatz und Bundeszuschuss



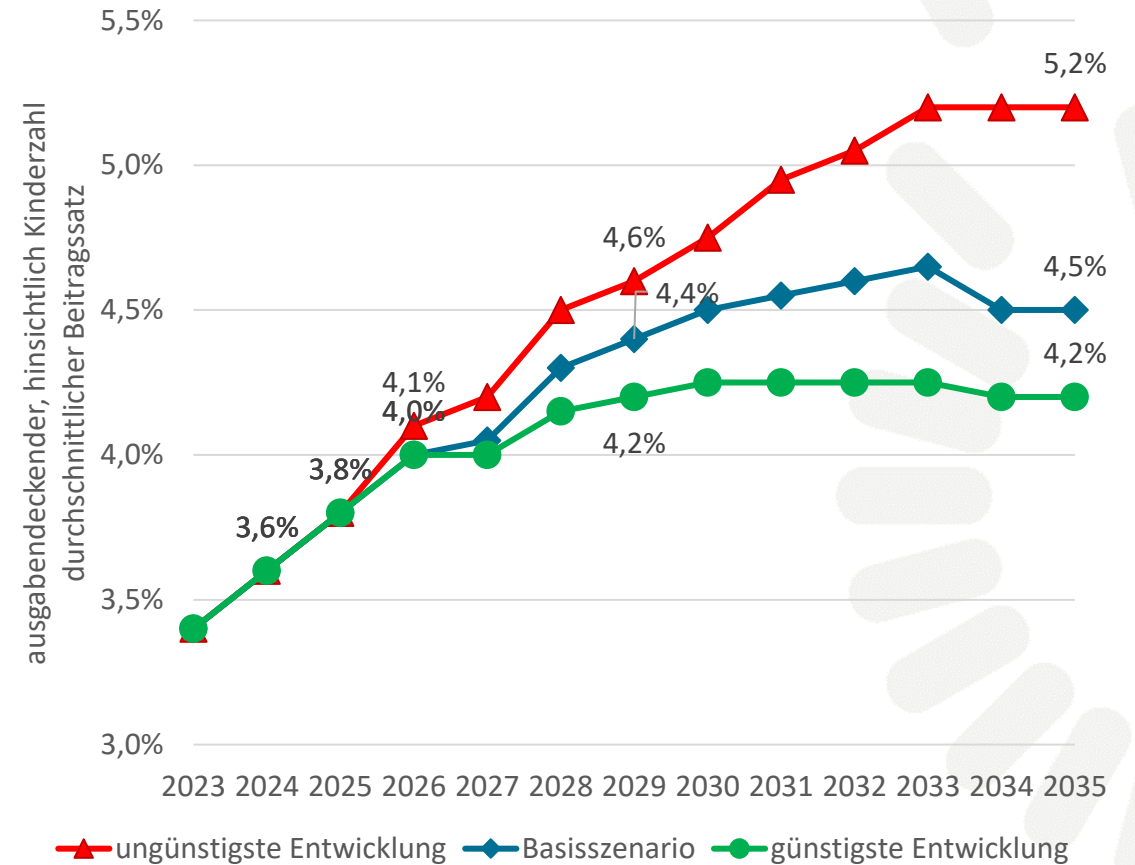
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

...die Aussichten sind kritisch!

GKV: Projektion der Beitragssatzentwicklung



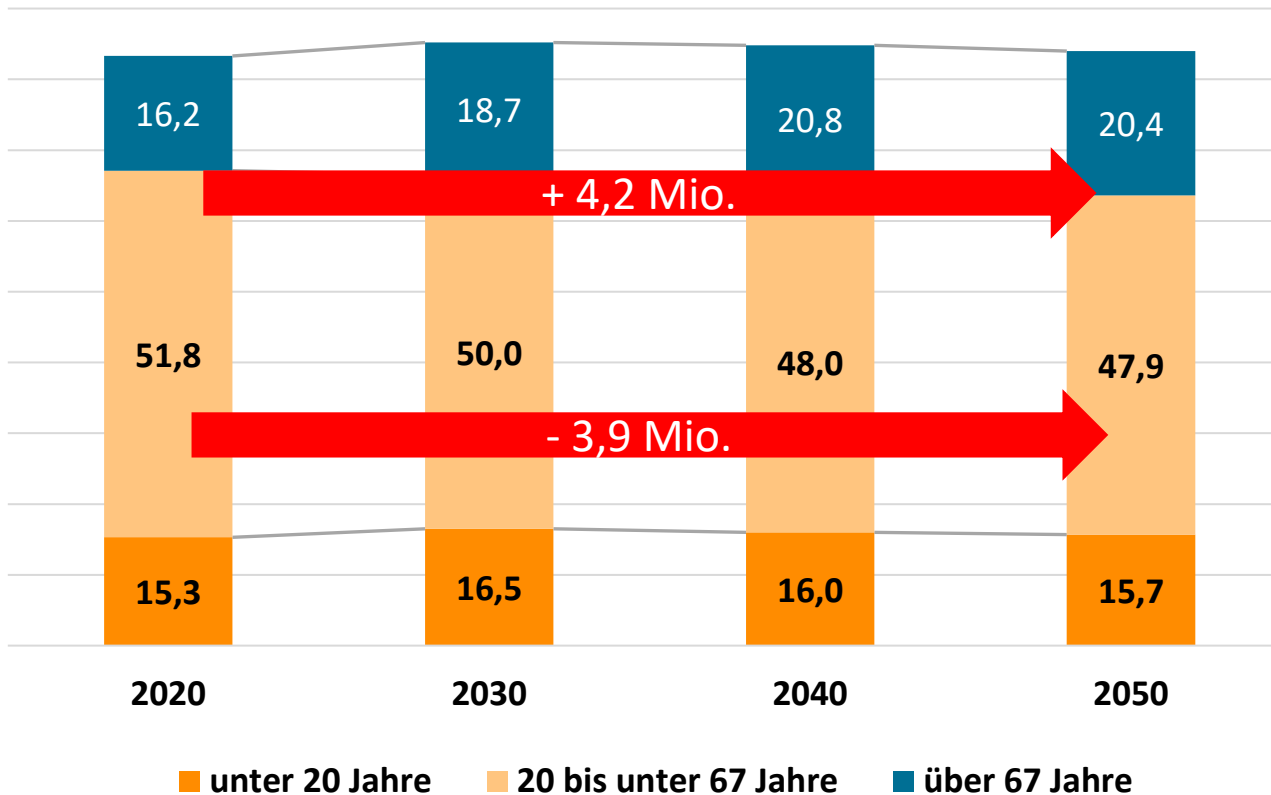
SPV: Projektion der Beitragssatzentwicklung



Quelle: IGES (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit

Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Gesundheitsversorgung

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2020 - 2050



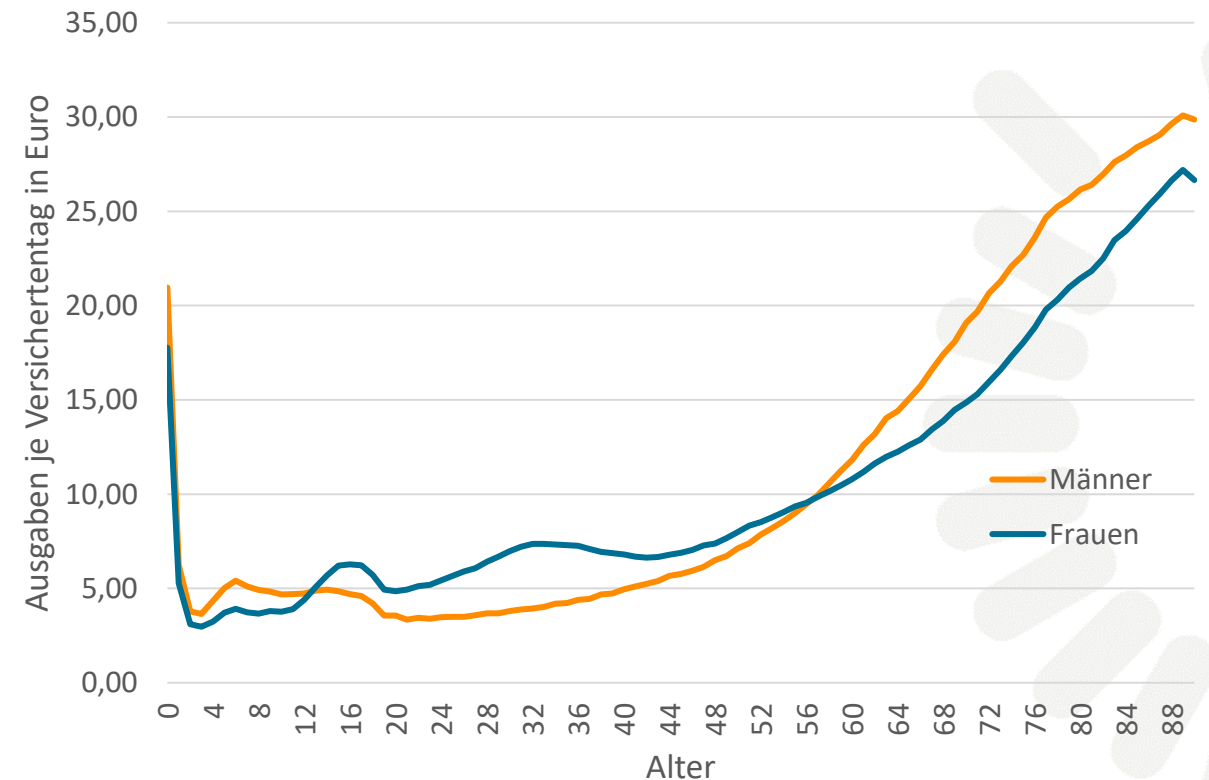
Alterung führt nicht primär zu mehr Krankheitsfällen sondern zu:

- komplexeren Krankheitsverläufen
- Mehrbedarf an koordinierter Behandlung und langfristiger Betreuung
- Zunahme regionaler Versorgungsunterschiede
- Verschärfung des Fachkräftemangels

Grenzen der bestehenden Versorgungslogik

- **Akut- und Einzelleistungslogik dominiert:** Versorgung ist historisch auf akute Episoden und einzelne Leistungen ausgerichtet, nicht auf kontinuierliche Betreuung
- **Fehlende Koordination als systemisches Problem:** Patientinnen und Patienten bewegen sich weitgehend unkoordiniert zwischen Leistungserbringern; Verantwortung für den Gesamtverlauf ist kaum institutionell verankert
- **Anreizstruktur nach Menge statt nach Ergebnis:** Vergütungssysteme honorieren Aktivität, nicht Versorgungserfolg oder Koordination – Über-, Unter- und Fehlversorgung bleiben systemisch möglich
- **Fragmentierte Versorgungsstruktur:** Trennung von ambulant und stationär, sektorale Budgets und Zuständigkeiten erschweren integrierte Versorgung – insbesondere bei chronischen und multimorbiden Patientinnen und Patienten

Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2023, ohne Krankengeld



Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

Gesundheitssysteme als pfadabhängige Systeme

Doppelte Wirkung der Pfadabhängigkeit:

- Vorteil: Stabilität, Verlässlichkeit, Schutz vor kurzfristiger Politik
- Nachteil: Trägheit, Reformhemmnisse, hohe Einstiegskosten für Kurswechsel

Beispiele:

- **DRG-System:** Einführung beeinflusst bis heute Krankenhausstrukturen und Fallzahlen
- **Sektorale Trennung ambulant / stationär:** Historische Regelungen prägen Investitionen, Personal und Vergütung – sektorübergreifende Versorgungsmodelle sind schwierig umzusetzen
- **Vertragsärztliche Bedarfsplanung:** Entscheidungen wirken erst nach Jahren
- **Qualitätsregulierung (z. B. Mindestmengen):** kurzfristig politisch umstritten, langfristig strukturprägend

Auswirkungen der Mindestmengen-Regelungen: Aktuelle Übersicht zur Zahl der OP-berechtigten Klinik-Standorte

	Ohne Mm*	2023	2024	2025	2026
Lebertransplantation - 25	-	20	18	18	18
Nierentransplantation - 25	39	36	36	38	35
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre) - 26	327	147	111	107	111
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse) - 20	602	405	359	327	286
Allogene Stammzelltransplantation** - 40	100	92	72	48	46
Kniegelenk-Totalendoprothesen - 50	1022	938	907	892	821
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit Geburtsgewicht unter 1.250 g - 25	309	157	144	146	140
Chirurgische Behandlung von Brustkrebs - 100	732	-	425	393	377
Thoraxchirurgische Behandlung von Lungenkrebs - 75	328	-	169	144	142
Herztransplantation - 10	21	-	-	-	14

*IQTIG (2020ff.): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen

** Seit 2024 bezieht sich die Mindestmenge nur noch auf Transplantationen von allogenen Stammzellen. Die Transplantation von autologen Stammzellen ist keine Mindestmengen-Leistung mehr.

Selbstverwaltung als gesundheitsökonomisches Steuerungsinstrument

- Langfristige Steuerungsprobleme lassen sich nicht allein durch kurzfristige Eingriffe lösen
- Selbstverwaltung ist institutionell darauf ausgelegt,
 - dauerhaft zu wirken
 - fachlich zu entscheiden
 - regelbasiert zu steuern
- Sie übersetzt politische Zielsetzungen in verbindliche Versorgungs- und Qualitätsregeln
- Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist Selbstverwaltung ein Instrument zur Reduktion von Fehlallokationen und zur Stabilisierung komplexer Systeme

Grundprinzipien des Sozialgesetzbuchs V

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“
(§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“
(§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V)

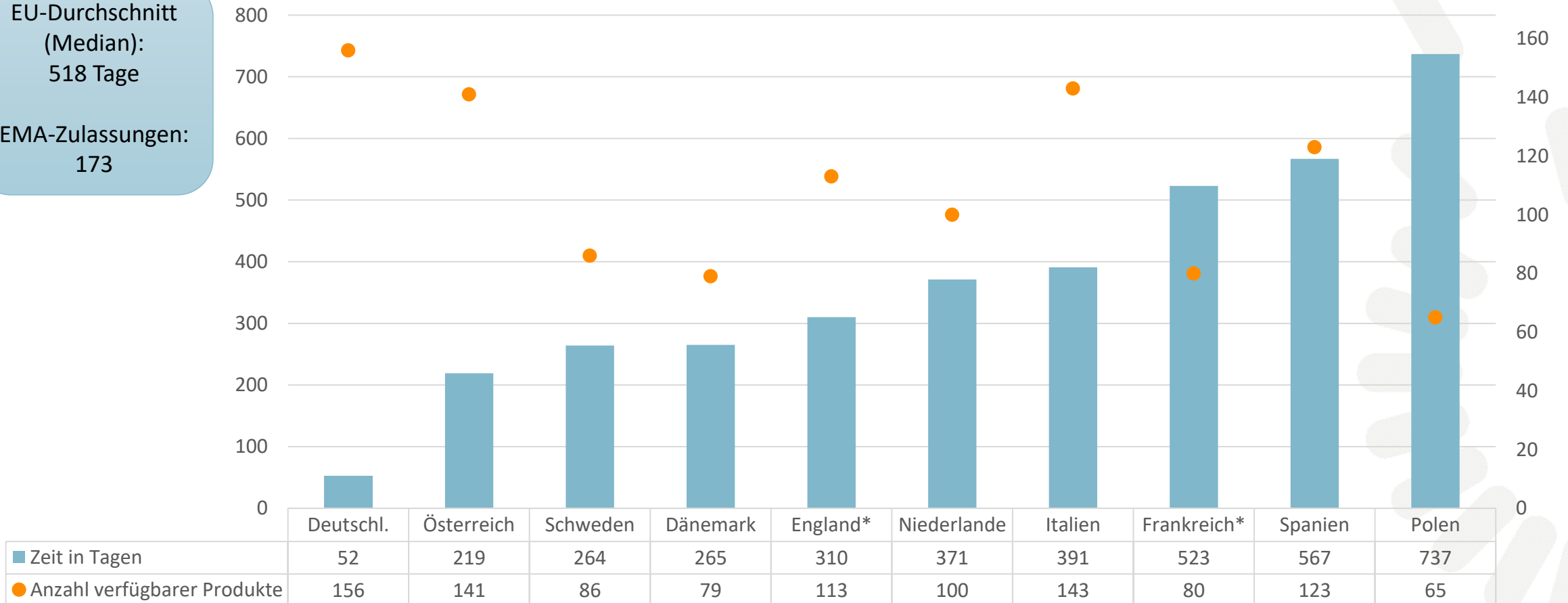
Arzneimittel

Mittlere Zeit bis zur Verfügbarkeit (Median)

(Generation 2020-2023, Stand: 05.01.2025)

EU-Durchschnitt
(Median):
518 Tage

EMA-Zulassungen:
173

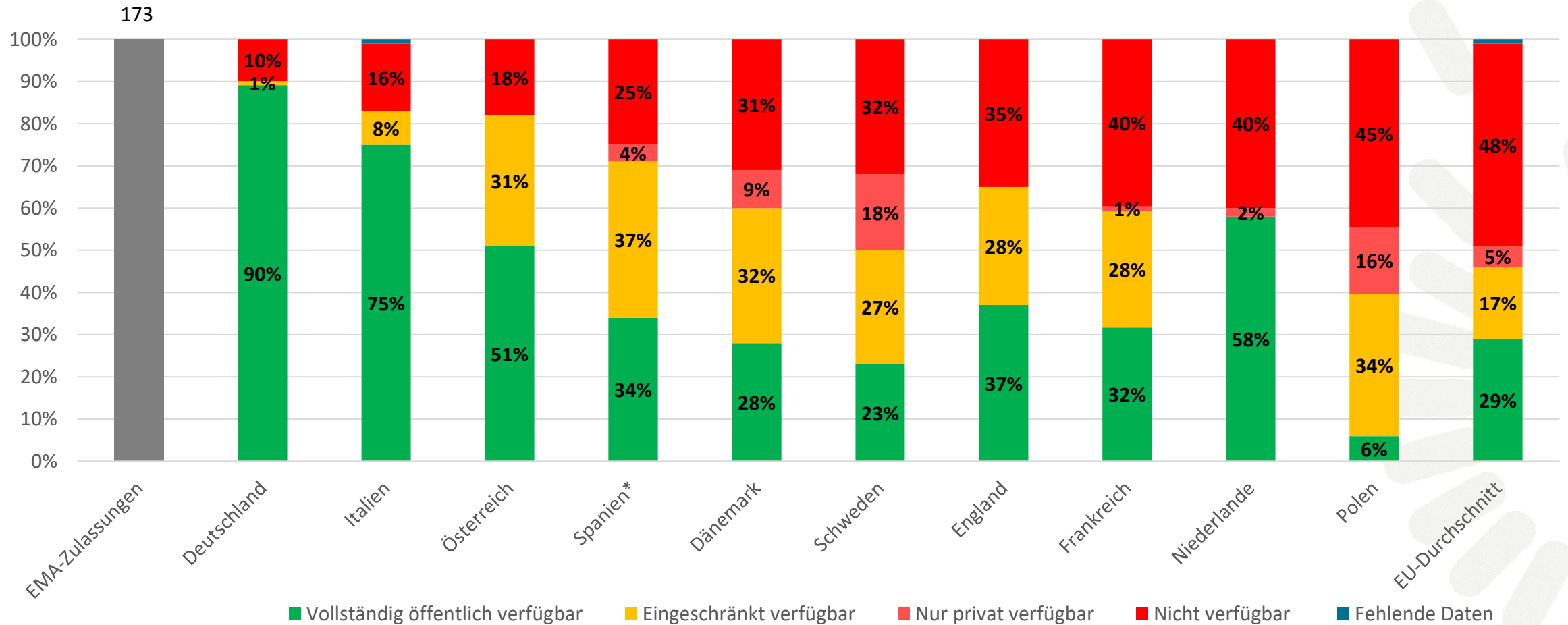


*Ohne Berücksichtigung von Sonderprogrammen wie Temporary Authorisations bzw. Early Access

Quelle: Eigene Darstellung nach IQVIA (2025): EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2024 survey

Aufschlüsselung der Verfügbarkeit

(Generation 2020-2023, Stand: 05.01.2025)



*Ohne Berücksichtigung von Sonderprogrammen wie Temporary Authorisations bzw. Early Access

Quelle: Eigene Darstellung nach IQVIA (2025): EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2025 survey

Gute Versorgung mit innovativen Arzneimitteln ist Kostentreiber

Ausgaben Arzneimittel 2024 (ohne NUB-Verordnungen)

➤ 55,3 Mrd. Euro
(18 % der Gesamtausgaben)

7,1 % der Verordnungen: patentgeschützte Arzneimittel

➤ 27,3 Mrd. Euro
(53,9 % der AM-Ausgaben)

1,2 % der Verordnungen: Onkologika

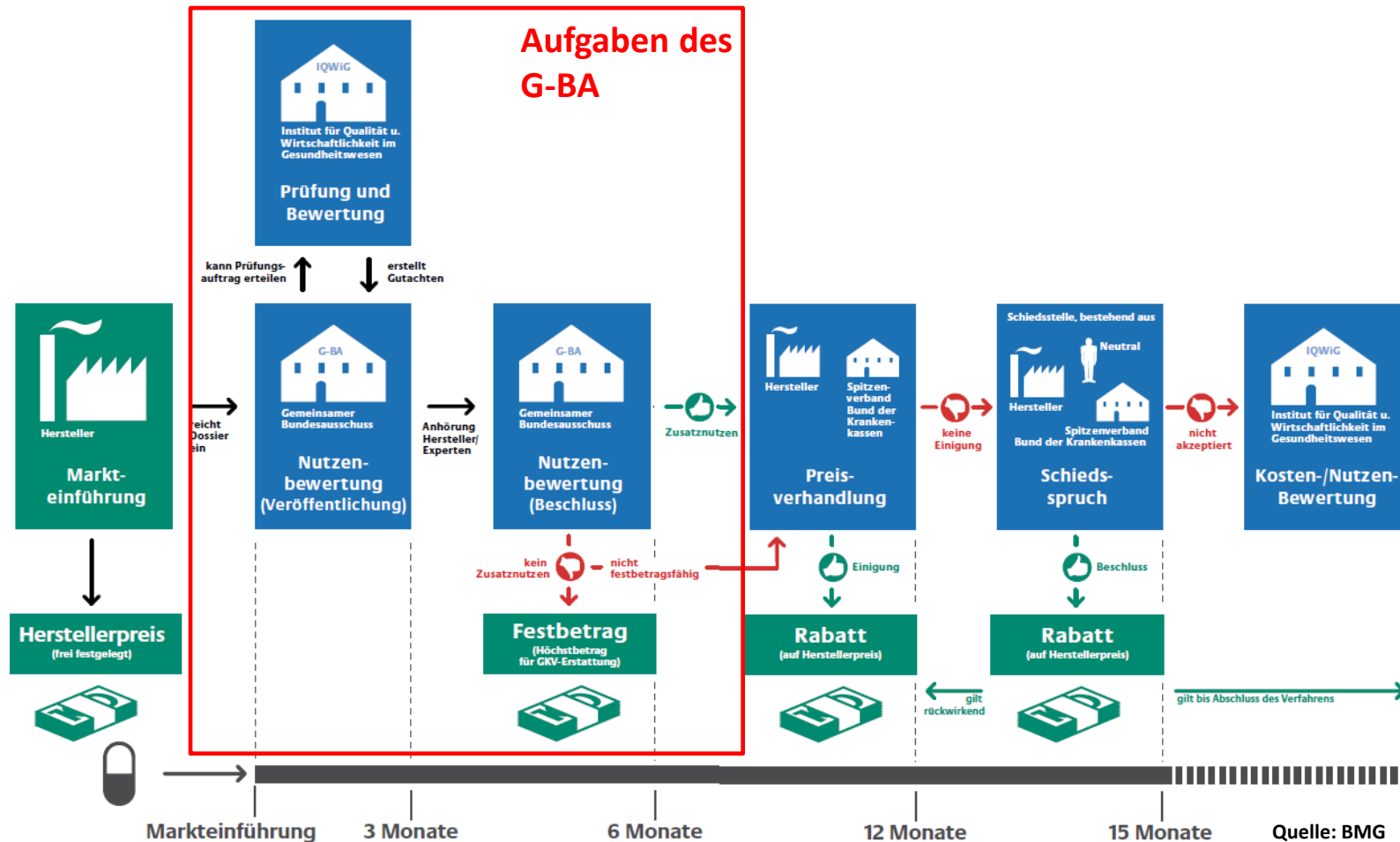
➤ ca. 11,4 Mrd. Euro
(ca. 20 % der AM-Ausgaben)

0,08 % der Verordnungen: Orphan Drugs

➤ ca. 8,1 Mrd. Euro
(ca. 13 % der AM-Ausgaben)

Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln

Nutzenbewertung und Preisgestaltung in der GKV nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)



These 1: AMNOG ist das zentrale Nachhaltigkeitsinstrument der Arzneimittelversorgung

- Früher Marktzugang innovativer Arzneimittel ist politisch gewollt und systemisch sinnvoll
- Zum Zeitpunkt des Marktzugangs besteht regelmäßig erhebliche Evidenzunsicherheit
- AMNOG institutionalisiert den Umgang mit dieser Unsicherheit durch:
 - frühe Nutzenbewertung
 - anschließende Preisverhandlung
- Nachhaltigkeit entsteht nicht durch Vermeidung von Unsicherheit, sondern durch ihre regelgebundene Verarbeitung
- Ohne AMNOG würde Unsicherheit ungefiltert in Preise und Ausgaben übersetzt
- AMNOG schafft damit eine strukturierte Verbindung von Innovation und Finanzierbarkeit

These 2: Nachhaltigkeit entsteht, wenn Preise über Zeit korrigiert werden können

- Initiale Nutzenbewertungen bilden den realen Versorgungseinsatz häufig nur unvollständig ab
- Evidenz entwickelt (oder relativiert) sich erst im Versorgungsalltag
- Nachhaltige Preisbildung erfordert daher:
 - Re-Evaluationen des Zusatznutzens
 - Möglichkeit zur Nachverhandlung von Preisen
- Ohne wirksame Korrekturmöglichkeiten:
 - werden Fehleinschätzungen dauerhaft verfestigt
 - steigt die Ausgabenlast schleichend, aber strukturell
- Preisstabilität darf nicht mit Nachhaltigkeit verwechselt werden
- Nachhaltig ist ein System, das falsche Preise korrigieren kann

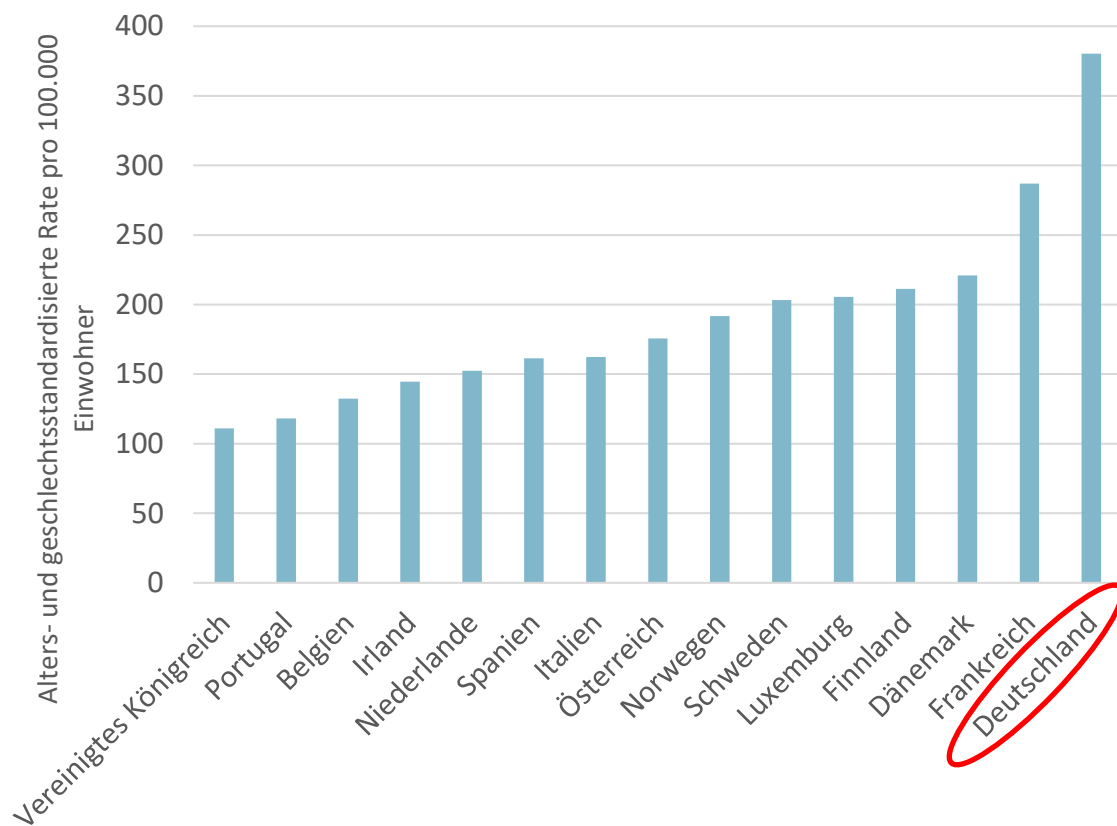
These 3: AMNOG schützt die Solidargemeinschaft, wenn es von industriepolitischen Zielen entlastet wird

- Erstattungspreise in der GKV sollen Versorgungsnutzen abbilden, nicht Standort- oder Förderpolitik
- Nachhaltigkeit erfordert eine klare Trennung:
 - AMNOG: Preisbildung nach belegtem Nutzen
 - Forschungsförderung: steuerfinanziert, transparent, gezielt
- Diese Trennung:
 - erhöht die Steuerbarkeit der Ausgaben
 - stärkt die Legitimität des AMNOG
 - reduziert politischen Druck auf Preisentscheidungen

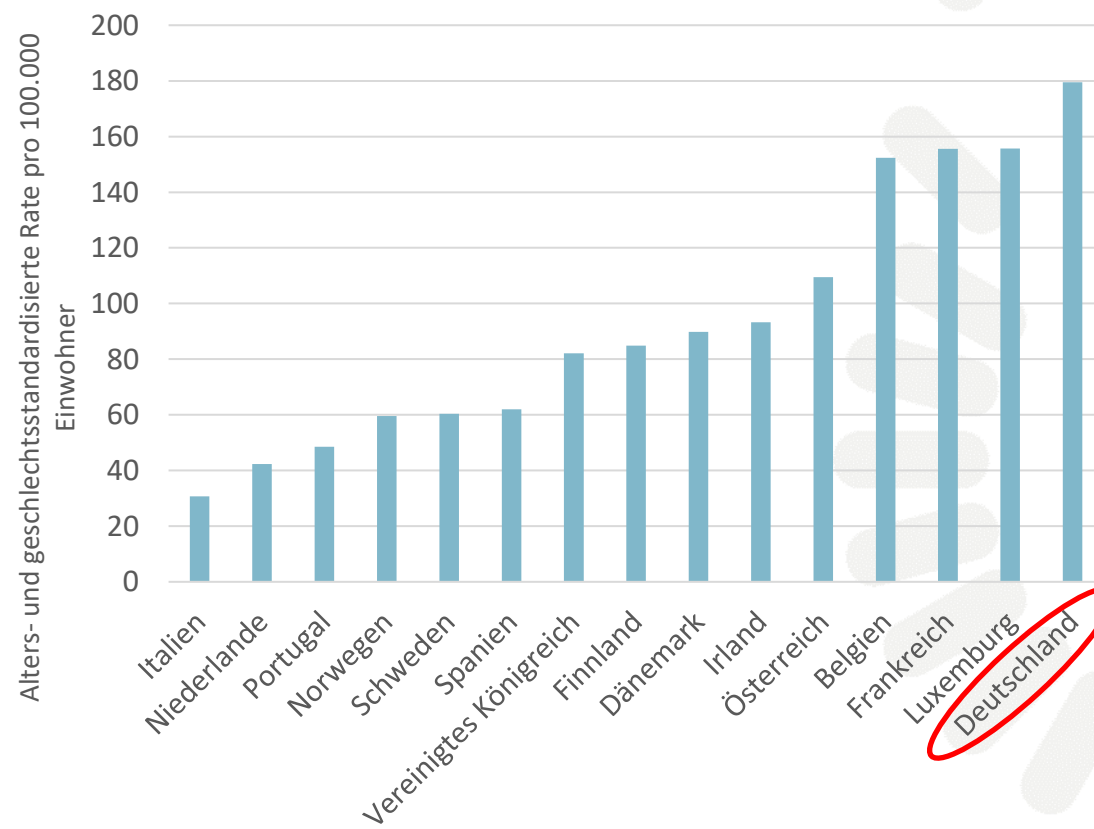
Primärversorgung

Vermeidbare Krankenhausaufnahmen als Indikator

Krankenhausaufnahmen wegen Herzinsuffizienz (2023 oder
letzter verfügbares Jahr)



Krankenhausaufnahmen wegen Diabetes (2023 oder
letzter verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Health Statistics 2025

Primärversorgungssystem

Akzeptanz vorhanden

Stellen Sie sich einmal vor, Sie benötigen einen Facharzttermin.
Welche der beiden folgenden Möglichkeiten wäre Ihnen lieber?

Die weiterhin freie Wahl des Facharztes
ohne vorherige Konsultation des
Hausarztes, auch wenn es länger dauert,
einen Termin zu bekommen.

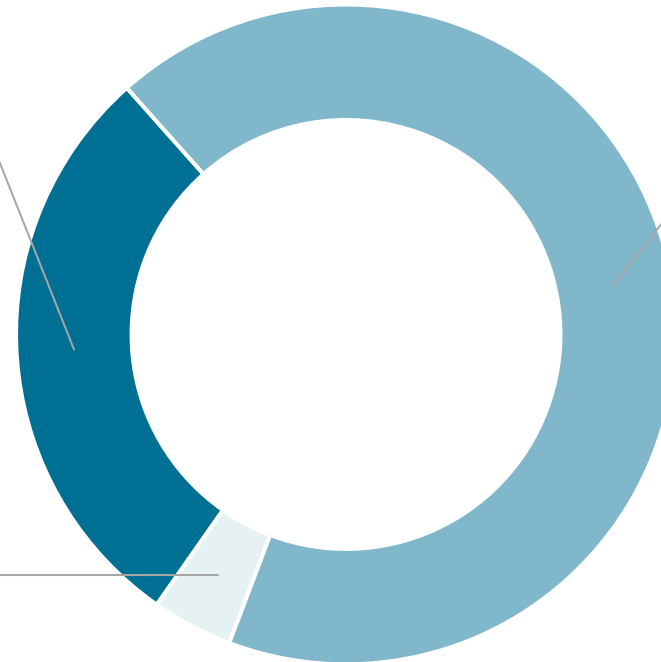
29%

Ein schneller Termin bei einem
Facharzt, der nach einem Besuch des
Hausarztes vermittelt wird.

68%

weiß nicht/keine Angaben

4%



Basis: 8.583 Befragte ab 18 Jahren, telefonisch und online (mind. 500 Interviews in jeder der 17 Regionen). Untersuchungszeitraum: 27. März bis 7. April 2025.

Quelle: Eigene Darstellung nach [AOK-Bundesverband \(2025\): PrimärVersorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung.](#)

Primärversorgungssystem

Offene Fragen und Risiken

Empirische und konzeptionelle Leerstellen

- Welche Krankheitsbilder rechtfertigen primär-fachärztliche Versorgung?
- Wie definieren sich „Jahresüberweisung“ oder „strukturierte Ersteinschätzung“ konkret?
- Wer übernimmt Steuerungsverantwortung: G-BA? BMG? Vertragsparteien?

Risiken & unbeabsichtigte Nebenwirkungen

- Hausärztemangel verschärft: 5.000 Sitze unbesetzt
- Technisch-administrativer Overhead: neue IT-, Abrechnungs- und Koordinationssysteme
- Fragmentierung statt Koordination: ärzteteamübergreifende Kommunikation bislang nicht systemisch abgebildet (Delegation / Substitution)
- Fehlende Datengrundlagen: keine belastbare Versorgungsforschung zu Steuerungspfaden, „Patient Journeys“

Quelle: [Paquet, Robert \(2025\): Primärarztsystem: Wissen sie, was sie tun \(sollen\)? Observer Gesundheit](#)

Primärversorgungssystem

Perspektiven der Akteure (Auswahl)

Akteur	Position	Konzept	Implikationen
Bundesärztekammer (BÄK)	positiv mit Klarstellungen	Primärärztliche Versorgung als Regelfall befürwortet; fordert verbindliche, aber flexible Steuerung ohne starre Gatekeeping-Struktur	Versicherte sollen sich koordinieren lassen, behalten aber Arztwahlfreiheit; Steuerung erfolgt durch Anreize statt Zwang; mehr Struktur, aber keine verbindliche Steuerungsverpflichtung
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	skeptisch	Vorschlag eines persönlichen Ärzteteams (Hausarzt + max. 3 Fachärzte); digital gestützte Ersteinschätzung; keine kollektive Pflichtbindung	Versicherte können ihren Zugang flexibel mitgestalten; bei Abweichung vom Team ggf. Zuzahlung; System wird individualisiert, aber steuerbar
Deutscher Hausärzt:innenverband	zustimmend im HzV-Kontext	Primärarztsystem nur auf Basis freiwilliger Einschreibung (HzV); keine Pflichtregelung im Kollektivvertrag; Stärkung hausärztlicher Rolle	Versicherte profitieren bei Teilnahme an HzV von Koordination und besseren Zugängen; System bleibt dual (HzV vs. freie Wahl); begrenzte Systemwirkung
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	ambivalent	Steuerung über Haus-/Kinder-/Frauenärzte und Plattform 116117; qualifizierte Überweisung; Eigenbeteiligung bei unkoordiniertem Zugang; keine Strukturvorgaben	Versicherte haben Wahl zwischen Steuerung und Eigenbeteiligung; System bleibt fragmentiert, weil strukturelle Bündelung fehlt; regionale Abweichungen wahrscheinlich
GKV-Spitzenverband	strukturorientiert	Struktureller Umbau: größere Primärpraxen, interprofessionelle Teams, digitale Steuerung (eÜberweisung, eTermin, Datenzugriff)	Versicherte werden über digitale Wege und zentrale Strukturen gesteuert; Arztwahl tritt zugunsten systemischer Effizienz zurück; kleine Praxen geraten unter Anpassungsdruck; Krankenkassen übernehmen aktive Steuerungsrolle

These 1: Ein Primärarztsystem funktioniert nur bei tragfähigen organisatorischen und digitalen Strukturen

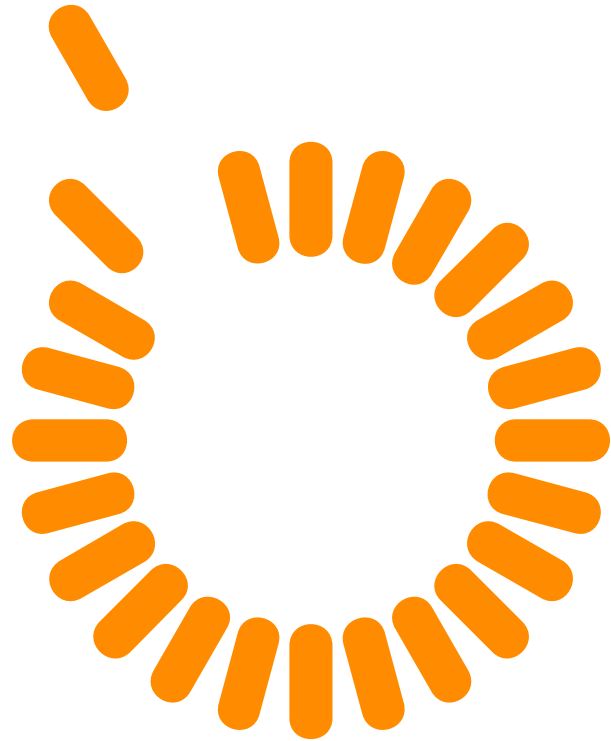
- Primärarztsystem erhöht Steuerungsaufgaben (Triage, Priorisierung, Koordination) deutlich
- Einzelpraxen sind dafür strukturell nicht ausgelegt
- Größere Einheiten/Netzwerke ermöglichen Arbeitsteilung, Vertretung und Standardisierung
- Delegation an MFA und Pflege ist keine Option, sondern Voraussetzung
- Digitale Standardprozesse müssen Regelfall sein (Verordnung, Überweisung, Verlauf ohne Präsenz)
- Ohne Strukturaufbau entsteht mehr Belastung, aber kein Steuerungsgewinn
- Reformen scheitern, wenn Steuerung auf nicht steuerungsfähige Strukturen trifft

These 2: Der Mehrwert der Primärversorgung liegt in der Organisation von Behandlungsverläufen

- Kernproblem ist ungeordnete Inanspruchnahme, nicht mangelnder Zugang
- Einzelkontakte erzeugen kaum Steuerungswirkung
- Multimorbidität erfordert Priorisierung und Koordination über Zeit
- Primärversorgung muss Verantwortung für den Gesamtverlauf übernehmen
- Zentrale Aufgabe: gezielte Weiterleitung statt bloßer Überweisung
- Rückkopplung zwischen ambulanter, fachärztlicher und stationärer Versorgung entscheidend
- Ärztliche Leistung liegt in Entscheidung und Steuerung, nicht in Durchführung

These 3: Vergütungs- und Abrechnungslogik entscheidet über Steuerungsfähigkeit

- Quartals- und kontaktbasierte Vergütung erzeugt unnötige Arztkontakte
- Wiedereinbestellungen binden Ressourcen ohne medizinischen Mehrwert
- Koordination und Nicht-Kontakt werden nicht systematisch honoriert
- Fehlanreize wirken gegen Delegation und Digitalisierung
- Nachhaltige Steuerung erfordert fall- und verlaufsbezogene Vergütung
- Anreizsystem bestimmt, ob Primärversorgung entlastet oder überlastet wird



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Anhang 1: Prämissen der Szenarien

Einflussfaktor	Günstiges Szenario	Basisszenario	Ungünstiges Szenario
Lohn- & Einkommensentwicklung (relevant für GKV & SPV)	+4 % pro Jahr	+3 % pro Jahr	+2 % pro Jahr
Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied	entspricht +4 % p.a.	entspricht +3 % p.a.	entspricht +2 % p.a.
Inflationseinfluss auf Leistungsausgaben GKV (nach 2026)	geringer; Rückkehr zum langfristigen Trend	mittlerer Trend (Referenzzeitraum 2011–2020)	stärkerer Ausgabentrend (Referenzzeitraum 2018–2023)
Wirkung Krankenhausreform (KHVVG) ab 2027	stärkere Effizienzgewinne → stärker dämpfende Wirkung	mittlere Effizienzgewinne → moderate Entlastung	geringe Effizienzgewinne → kaum Entlastung
Zeitraum steigender Pflegeprävalenz (Zunahme der Pflegebedürftigen)	noch 8 Jahre	10 Jahre	15 Jahre
Zunahme Pflegebedürftige bis 2035	moderat (~+25 %)	deutlich (~+51 %)	stark (~+78 %)
Zuwachs Pflegekosten kurz-/mittelfristig	geringer Lohn-/Kostenanstieg ab ca. 2028	mittlere Dynamik gemäß PUEG	stärkerer Kostenauftrieb (höhere Entgelt- & Leistungsdynamik)
Langfristige Pflegekostensteigerung p.a.	~ 3–4 %	~ 4 %	~ 5 %
Demografie (Geburten, Lebenserwartung, Migration)	identisch in allen Szenarien – basiert auf Bevölkerungsmodell G2L2W2 (keine Variation in den Szenarien)	identisch	identisch