Ein Plädoyer für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Ordnungstheoretische Analyse zu einer GKV-Strukturreform aus der Perspektive der industriellen Gesundheitswirtschaft

Jochen Pimpertz / Jasmina Kirchhoff

Auftraggeber:
Bundesverband der Deutschen Industrie e. V.
Breite Straße 29
10178 Berlin

Köln, 04.11.2026

Studie

INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT

Herausgeber
Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung einsetzt. Unsere Aufgabe ist es, das Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verbessern.

Das IW in den sozialen Medien

LinkedIn
@Institut der deutschen Wirtschaft

Instagram
@IW_Koeln

Autoren

Dr. Jochen Pimpertz
Leiter Themencluster
Staat, Steuern und Soziale Sicherung
pimpertz@iwkoeln.de
0221 – 4981-760

Dr. Jasmina Kirchhoff
Projektleiterin
Forschungsstelle Pharmastandort Deutschland
kirchhoff@iwkoeln.de
0221 – 4981-813

Weitere Studien des Instituts der deutschen Wirtschaft finden Sie unter www.iwkoeln.de

In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit regelmäßig das grammatikalische Geschlecht (Genus) verwendet. Damit sind hier ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint.

Stand:
November 2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Auftraggeber 4

Zusammenfassung 5

1 Gesundheitspolitik unter wirtschaftlichen Sachzwängen 8

1.1 Wirtschaftswachstum benötigt stabile Beitragslasten 8
1.2 Strukturreform unter ambivalenten Zielen 8
1.3 Treiber der Ausgabenentwicklung 10
1.4 Erstes Zwischenfazit: Ökonomisches Reformkriterium 14

2 Zur Rolle der industriellen Gesundheitswirtschaft 15

2.1 Gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft 15
2.2 Unternehmerische Rolle der iGW 16
2.3 Zweites Zwischenfazit: Marktpartner unter besonderen Regulierungen 18

3 Von den Potenzialen zur Realisierung 19

3.1 Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der iGW 19
3.2 Innovationshemmnisse und Lösungsansätze auf den Handlungsfeldern der iGW 23
3.3 Drittes Zwischenfazit: Effizienz durch Managed-Care-Modelle 25

4 Zwei Szenarien für den Reformprozess, eine Herausforderung 26

4.1 Rationierungsszenario – zentrale Vorgaben steuern individuelles Verhalten 26
4.2 Modernisierungsszenario – Marktdynamik incentiviert Innovationen und Effizienz 28
4.3 Fazit: Innovative Lösungen benötigen marktwirtschaftliche Anreize 30

5 Innovative Medizin, innovative Versorgung und Solidarität 31

5.1 Wettbewerb der Versorgungsmodelle – Effizienzgewinne durch mittelbar ausgabenrelevante Innovationen 32
5.2 Unmittelbar ausgabenwirksame Innovationen – finanzierungsseitige Implikationen 38

6 Ausblick auf anstehende Debatten 41

Abbildungsverzeichnis 44

Literaturverzeichnis 45

Der verlorene Schlüssel, oder „mehr desselben“

Unter einer Straßenlaterne steht ein Betrunkener und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: „Meinen Schlüssel“. Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher ist, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster.“

Paul Watzlawick, Anleitung zum Unglücklichsein, 1983, München/Zürich

Vorwort der Auftraggeber

Kaum ein anderes politisches Vorhaben erscheint so ambitioniert und herausfordernd wie die von der Regierungskoalition angestrebte Strukturreform des Gesundheitssystems. In der alternden Bevölkerung sind politische Abwägungen zwischen medizinischen Versorgungszielen und sozialpolitischen Handlungsbedarfen unter wirtschaftlichen Sachzwängen zu treffen. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist mit einer seit Jahrzehnten überproportional starken Ausgabendynamik konfrontiert. Diesem Problem lässt sich nicht allein auf der Einnahmenseite begegnen. Dagegen sprechen zum einen die Warnungen aus der wissenschaftlichen Ökonomie, dass das Wirtschaftswachstum durch eine steigende Abgabenlast gehemmt wird. Die finanziellen Spielräume für die medizinische Versorgung hängen jedoch maßgeblich davon ab, wie sich der gesellschaftliche Wohlstand künftig entwickeln wird. Zum anderen gilt es angesichts der demografischen Transformation in der GKV Antworten auf die Frage einer generationengerechten Lastverteilung zu finden. Eine Reform wird aber kaum Aussicht auf politische Umsetzung haben, wenn nicht bevölkerungsweit akzeptierte Gestaltungsmerkmale wie das Solidaritätsprinzip berücksichtigt werden.

Eine Strukturreform kann helfen, diese Zielkonflikte zu mildern, sofern es darüber gelingt, die medizinische Versorgung in Deutschland effizient zu organisieren. Hinter den vielfach beschworenen Effizienzreserven steht die Vermutung, dass im Status quo unerwünschte Verhaltensanreize für verschiedene Akteure wirken. Deshalb bedeutet Effizienz mehr als nur Ausgabendeckelung in der GKV. Mit den Versicherten und Patienten, den Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen, den Anbietern ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen und nicht zuletzt mit der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) sind unterschiedliche Rollen angesprochen. Jeder einzelne Akteur agiert nicht selten in verschiedenen Bezügen. Deshalb wird eine Strukturreform nur dann die erwünschten Effekte bewirken, wenn das Zusammenspiel aller Rollen in den Blick genommen und orchestriert wird.

Umso mehr verdient die Bundesregierung Respekt und Unterstützung, wenn sie sich dieser Herausforderung stellt. Ein „mehr desselben“ wird die Probleme nicht lösen, sondern verschärfen. Eine Reform der Strukturen muss deshalb mit mancher Vorstellung brechen, die in der Vergangenheit unter günstigeren Voraussetzungen erfüllbar schien. Es werden Verhaltensanpassungen erforderlich, die mit Belastungen verbunden sein können und Zeit beanspruchen. Die Frage ist nicht, ob eine Strukturreform notwendig ist, sondern welchem Leitbild der künftige Reformkurs folgen wird. Deshalb haben die hier vertretenen Unternehmen und Verbände der iGW das Institut der deutschen Wirtschaft beauftragt, über grundlegende Orientierungen für diesen Reformprozess zu reflektieren. Damit soll die Studie ganz explizit nicht den Empfehlungen der Finanz-Kommission Gesundheit (FKG) vorgreifen. Ziel ist es, mit diesem Impuls zur Entwicklung eines tragfähigen gesellschaftlichen Konsenses beizutragen. Die Unternehmen der iGW verstehen sich als Teil der Gesellschaft und nehmen ihre Rolle in der Sozialen Marktwirtschaft verantwortungsbewusst wahr. Im Mittelpunkt der Studie steht deshalb die Frage, unter welchen Voraussetzungen die iGW bestmöglich zur Realisierung der politischen Reformziele beitragen kann.

Zusammenfassung

Ziel der Strukturreform des Gesundheitssystems ist es, die Beitragsbelastung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig zu stabilisieren. Dafür dürfen die Ausgaben der GKV nicht stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einkommen. Mit der demografischen Alterung wird der Versorgungsbedarf aber steigen. Deshalb müssen die Ausgaben je Leistungsfall schwächer wachsen als die Gesamtausgaben. Damit das gelingt, müssen Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem mobilisiert werden. Innovative Lösungen auf den Handlungsfeldern der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW) liefern dazu einen wichtigen Beitrag: Zum einen hilft eine innovative Medizin, Erkrankung zu vermeiden und Genesungschancen zu verbessern. Das reduziert Folgekosten im Gesundheitssystem, stärkt das Produktionspotenzial der Volkswirtschaft und leistet mittelbar einen Beitrag zur Stabilisierung anderer umlagefinanzierter Sicherungssysteme. Zum anderen kann der Anstieg der Versorgungskosten über innovative Lösungen etwa in der Medizintechnik, durch E-Health und in der (bio-)pharmazeutischen Forschung unmittelbar gebremst werden, wenn diese die Effizienz medizinischer Versorgungsprozesse erhöhen und die medizinische Ergebnisqualität verbessern. Die Frage lautet deshalb, unter welchen Voraussetzungen die iGW bestmöglich zur Stabilisierung der Finanzierungsbasis der GKV beitragen kann.

Wettbewerb auf dem Versorgungsmarkt

Auf ihren Handlungsfeldern behaupten sich die in Deutschland ansässigen Unternehmen der iGW im Wettbewerb mit ausländischen Anbietern – das ist eine Voraussetzung dafür, dass die Angebote der inländischen Unternehmen effizient produziert werden. Gleichzeitig werden ihre Produkte und Dienstleistungen hierzulande von den Leistungserbringern der medizinischen Versorgung unter marktfernen Anreizbedingungen nachgefragt. Das bremst eine verbreitete Anwendung effizienzsteigernder Innovationen. Stattdessen braucht es einen Wettbewerb um kostengünstige Versorgungskonzepte und -modelle bei gleicher oder verbesserter Qualität. Der Gedanke ist nicht neu: Unter der Chiffre „Managed Care“ werden dazu bereits unterschiedliche Konzepte beschrieben. Sie finden in der Versorgungslandschaft jedoch bislang nur in unzureichendem Umfang Anwendung. Bedingung für die Entwicklung, Erprobung und Identifikation effizienter Versorgungsalternativen sind vertragliche Gestaltungsfreiheiten für die Leistungserbringung jenseits einheitlicher Preis- und Mengenvorgaben.

Effiziente Versorgungsprozesse setzen Vertragsfreiheiten auf Kassenseite voraus

Damit geringere Versorgungskosten bei den Krankenkassen beitragswirksam werden, benötigen die gesetzlichen Krankenkassen vertragliche Gestaltungsfreiheiten, um entsprechende Konditionen mit Leistungserbringern vereinbaren zu können. Darüber hinaus brauchen sie – dort, wo es Sinn macht – Instrumente, mit deren Hilfe sie Versicherte in kostengünstige Versorgungsalternativen steuern können. Denn Preisnachlässe bei der Einzelleistungsvergütung werden von effizient wirtschaftenden Leistungserbringern in der ambulanten und stationären Versorgung umso eher akzeptiert, wenn sie im Gegenzug einen größeren Marktanteil versorgen können. Die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs muss auf den Versorgungsmärkten und auf Seiten der GKV sichergestellt sein. So können effizienzsteigernde Lösungen der iGW das Ausgabenwachstums bremsen.

Diese Logik gilt vor allem für die Organisation effizienter medizinischer Versorgungsprozesse. Sie lässt sich nicht in derselben Weise auf Innovationen übertragen, die im Zuge der verordneten Diagnose und Therapie in der GKV unmittelbar ausgabenwirksam werden. Auch diese Innovationen wirken positiv auf die

medizinische Ergebnisqualität und dämpfen langfristig die Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Deshalb schließt die Leistungspflicht der GKV medizinische, medizintechnische sowie (bio-)pharmazeutische Innovationen ein und garantiert gleiche Zugangschancen – entsprechend müssen neue und verbesserte Untersuchungs- und Behandlungsoptionen allen Patienten gleichermaßen zugänglich sein.

Innovative Medizin braucht verlässliche Finanzierung

Wünschenswerte Erweiterungen des medizinischen Leistungsspektrums können zumindest vorübergehend höhere GKV-Ausgaben nach sich ziehen, ehe diese Innovationen Folgekosten im Gesundheitswesen reduzieren. Doch auch dann können höhere Finanzierungserfordernisse, die aufgrund der Bevölkerungsalterung entstehen, die Einsparpotenziale einer innovativen Medizin langfristig übersteigen. Eine Deckelung der Entgelte für medizintechnische oder (bio-)pharmazeutische Produkte wäre jedoch nicht geeignet, um dieses Problem zu lösen. Zum einen entstünde ein Konflikt mit dem Anspruch auf eine innovative Medizin. Da sich inländische wie ausländische Unternehmen der iGW auf globalen Märkten behaupten müssen, würde dies unweigerlich zu Abwägungen über die Produkteinführung auf dem deutschen gegenüber anderen Gesundheitsmärkten führen. Zum anderen würde die Gesundheitspolitik damit die ausgabenpräventiven Wirkungen einer innovativen Medizin begrenzen. Für pharmazeutische Innovationen bietet zum Beispiel das AMNOG-Verfahren einen Rahmen, den es unter anderem mit Blick auf (bio-)technologische Innovationen weiterzuentwickeln gilt. Dabei erstreckt sich der Innovationswettbewerb ebenso auf medizintechnische Lösungen.

Im Ergebnis bedeutet das: Für Preisverhandlungen braucht es einen Konsens, der sowohl den unternehmerischen Interessen der iGW als auch den ökonomischen Sachzwängen auf Seiten der GKV Rechnung trägt. Finanzierungsfragen sind im Zuge einer Strukturreform folglich frühzeitig mitzudenken.

Grenzen des Solidaritätsprinzips – Chancen für Wettbewerb

Es braucht eine Antwort auf die Frage, wer für Aufwendungen aufkommen soll, die eine innovative Medizin zusätzlich beanspruchen kann. Eine Ausweitung der Finanzierung der GKV-Beiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber würde wirtschaftliche Wachstumsperspektiven schwächen. Zusätzliche Finanzierungserfordernisse ließen sich alternativ über ergänzende Steuerzuschüsse an die GKV decken. Diese müssten jedoch allein aufgrund der demografischen Alterung und der hierdurch zunehmenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen stetig steigen. Weitere Optionen bestehen in höheren und stetig steigenden Zuzahlungspflichten für Versicherte oder Patienten. Schließlich sind ergänzende kapitalgedeckte Vorsorgeformen denkbar.

Die Abwägung obliegt den demokratisch legitimierten Entscheidungsträgern. Auch wenn einkommensunabhängige Finanzierungselemente die Reichweite des Solidaritätsprinzips begrenzen, kann das kein Einwand gegen alternative Finanzierungsoptionen sein. Denn die solidarische Beitragsfinanzierung steht unabhängig von der Ordnung der Versorgungsmärkte auf dem Prüfstand: Der Generationenvertrag zwischen GKV-Versicherten bürdet in einer alternden Versichertengemeinschaft jüngeren Kohorten immer höhere Solidarbeiträge auf. Eine Stabilisierung dieses intergenerativen Solidarausgleichs erfordert einkommensunabhängige Finanzierungselemente. Auf deren Höhe könnten Versicherte Einfluss nehmen, wenn sie gleichzeitig eine kostenbewusste Wahl zwischen unterschiedlichen Versorgungsmodellen treffen, und diese Wahl eine beitragswirksame Wirkung entfalten kann. So ließe sich eine wettbewerbliche Steuerung der Leistungserbringung mit einer wettbewerblichen Organisation des GKV-Versicherungsmarktes verknüpfen, ohne das Solidaritätsprinzip aufzugeben oder den Zugang der Patienten zu einer bedarfsgerechten Medizin einzuschränken.

Marktkräfte nutzen

Gesundheitspolitische Zielkonflikte lassen sich mithilfe wettbewerblicher Selbststeuerungskräfte abmildern. Die Einführung einer Maßnahme, die auf einem Teilmarkt lediglich eine Rolle oder Funktion im Gesundheitswesen anspricht, greift dafür aber zu kurz. Vielmehr braucht es eine konsistente Steuerungslogik, die das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Rollen berücksichtigt – sowohl auf den Versorgungsmärkten als auch auf dem GKV-Markt. In dem Fall stünden marktwirtschaftliche Anreize nicht im Widerspruch zu anderen Politikzielen. Sie sind vielmehr eine erfolgskritische Bedingung für ein effizient wirtschaftendes System und zudem eine Voraussetzung dafür, zielführende Beiträge auf den Handlungsfeldern der iGW verbreitet anzuwenden und weiterzuentwickeln. Innovative Strukturen eröffnen die Chance, steigende Anforderungen an das Gesundheitswesen in der demografischen Transformation erfolgreich zu meistern.

1 Gesundheitspolitik unter wirtschaftlichen Sachzwängen

1.1 Wirtschaftswachstum benötigt stabile Beitragslasten

Die angestrebte Strukturreform des deutschen Gesundheitssystems steht unter der Vorgabe, die Beitragsbelastung zu stabilisieren. Formal ergibt sich dieses Ziel aus der politisch bindenden Verabredung der Koalitionspartner (Bundesregierung, 2025, 108). Vor allem ist dieses aber ökonomisch begründet. Eine latent steigende Sozialabgabenlast führt – unabhängig von deren Verteilung – zu einem schwächeren Wirtschaftswachstum. Bleibt die Entwicklung des gesellschaftlichen Wohlstands deshalb hinter der Ausgabendynamik der sozialen Sicherungssysteme zurück, droht eine Verschärfung gesellschaftlicher Verteilungskonflikte. Das gilt insbesondere mit Blick auf das Gesundheitswesen: Allein aufgrund der Bevölkerungsalterung ist mit wachsenden Versorgungsbedarfen zu rechnen. Erfolgt die Finanzierung wie bislang weitgehend über Sozialversicherungsbeiträge, wird ein größerer Teil des zuvor erwirtschafteten Markteinkommens zugunsten des Gesundheitswesens umverteilt. Gleichzeitig hemmt die daraus resultierende höhere Abgabenlast das Wirtschaftswachstum und bremst dadurch das Wachstum der Finanzierungsgrundlage für die medizinische Versorgung – es droht eine Negativspirale.

- Zahlreiche makroökonomische Studien zeigen den Zusammenhang von Sozialabgabenlast und Wirtschaftswachstum (zum Beispiel Hüther et al., 2025, 9 ff.; SVR, 2026, 98 ff. und die dort zitierte Literatur). Steigende Sozialabgaben dämpfen die Entwicklung des Inlandskonsums gegenüber einem Szenario mit konstanter Beitragsbelastung (die damit verbundenen Verteilungseffekte diskutieren Neef et al., 2026). Bei gegebenen Bruttolöhnen erhöhen sich gleichzeitig die Arbeitskosten aufgrund der paritätischen Beitragsfinanzierung. Daraus resultiert eine Schwächung des Industriestandorts im globalen Wettbewerbsumfeld – ausländische Investitionsstandorte gewinnen an Attraktivität, die inländische Investitionsneigung sinkt. Weitere Transmissionskanäle (zum Beispiel Terms-of-trade-Effekte) können den Rückgang der privaten Investitionstätigkeit zwar dämpfen. Insgesamt entwickelt sich die jährliche Wirtschaftsleistung aber schwächer als bei konstanter Beitragslast (Hüther et al., 2025, 11 ff.).

- In diesem Zusammenhang sind die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung relevant. Das Gros der Aufwendungen für die medizinische Versorgung wird in Deutschland über lohn- und rentenbezogene Beiträge zur GKV finanziert, welche im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen steht. Verwendungsseitig entsprachen die Leistungen der GKV im Jahr 2025 rund 7,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (BMAS, 2026, Tabelle II, 15). Gleichzeitig gilt in der GKV das Solidaritätsprinzip. Wenn daraus spezifische Regulierungserfordernisse für die medizinische Versorgung und die vorgelagerten Stufen der Produktionskette abgeleitet werden, dann entfalten diese ihre Wirkung über den eng gefassten Kreis der GKV-Versicherten hinaus. So werden privat Krankenversicherte und beihilfeberechtigte Patienten ebenso über die weitgehend einheitliche medizinische Infrastruktur versorgt. Werden deshalb die Aufwendungen für den Krankenversicherungsschutz aller betroffenen Personenkreise zusammengefasst, wird mit 9,3 Prozent rund ein Elftel des jährlichen BIP unter Bedingungen aufgewendet, die maßgeblich durch versorgungsseitige Regulierungen des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) und deren Einfluss auf die medizinische Infrastruktur geprägt sind – die Erbringung von Leistungen jenseits des gesetzlichen Leistungsumfangs ist dabei noch nicht eingerechnet (BMAS, 2026, Tabelle II, 15).

1.2 Strukturreform unter ambivalenten Zielen

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel der Bundesregierung gut begründet, den Beitragssatz in der GKV – ökonomisch genauer: die Beitragslast unabhängig von deren Verteilung – zu stabilisieren (Bundesregierung, 2025, 105). Fiskalisch ließe sich dem gerecht werden, wenn das Ausgabenwachstum in der GKV auf die

Entwicklungsrate der beitragspflichtigen Grundlohnsumme gedeckelt wird (FKG, 2026, 81 ff.). Unter einer strengen Auslegung des Kriteriums der Beitragsstabilität drohen aber sinnvolle Beiträge einer innovativen Medizin aus dem Blick zu geraten.[1] Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik sollte deshalb nicht nur einseitig auf eine Mobilisierung von kurzfristigen Einsparpotenzialen ausgerichtet werden. Sie hat auch die langfristig kostendämpfenden Effekte einer innovativen Medizin zu berücksichtigen.

Im Zuge einer Strukturreform hat der Gesetzgeber deshalb über Zielkonflikte zwischen

- dem medizinischen Versorgungsmotiv (Daseinsvorsorge),
- der Leistungspflicht unter sozialpolitischen Vorgaben in der GKV und
- den wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens abzuwägen.

Die Priorisierung konkurrierender Ziele bleibt das vornehmste Privileg demokratisch legitimierter Entscheidungsträger. Damit liegt die Abwägung über makroökonomische Folgen sowie die Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Wohlstand in deren Verantwortung.

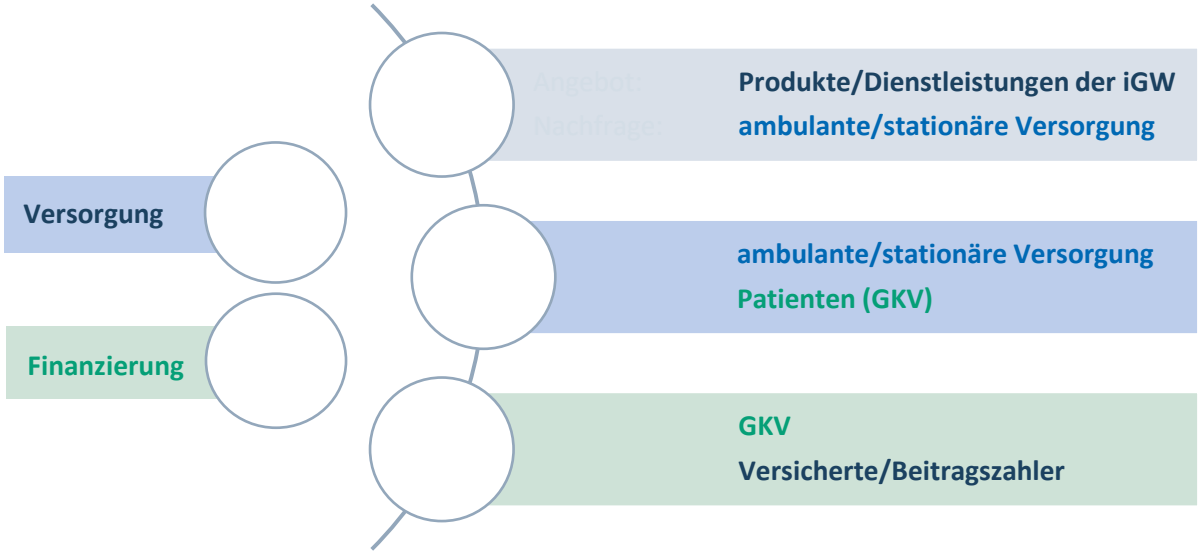
Gleichzeitig steht die Vermutung im Raum, dass sich im Gesundheitswesen Effizienzreserven heben lassen, die eine medizinische Versorgung zu geringeren Aufwänden erlauben. Eine erfolgreiche Mobilisierung vorausgesetzt, besteht die Hoffnung darin, über eine effiziente Organisation der medizinischen Versorgung das Ausgabenwachstum in der GKV bremsen und die Beitragsbelastung stabilisieren zu können. Unstrittig scheint, dass die Akteure des Gesundheitswesens zu einem effizienten Einsatz knapper Ressourcen angeleitet werden sollen. Umstritten ist allerdings, welche Rollen und Funktionen dafür angesprochen werden müssen. Im Gesundheitswesen agieren die Wirtschaftssubjekte in unterschiedlichen Rollen (Abbildung 1-1). Ob Versicherte, die in ihrer Rolle als Beitragszahler Versicherungsleistungen nachfragen oder als Patient eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung benötigen, gesetzliche (und private) Krankenkassen, Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung oder Akteure der (industriellen) Gesundheitswirtschaft: von singulären Eingriffen sind dieselben Individuen je nach Rolle in unterschiedlicher Art betroffen.

Eine Strukturreform setzt deshalb nicht nur politisch zu treffende Abwägungen über die hier skizzierten Zielkonflikte voraus. Diese gilt es zu benennen und an demokratisch legitimierte Entscheidungs- und Verantwortungsträger zu adressieren. Der Erfolg einer Strukturreform wird auch maßgeblich davon abhängen, ob das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Rollen in den Blick genommen wird und wie die wechselseitigen Anreize im Zuge einer Strukturreform orchestriert werden.

[1] Hoch et al. (2025, 9f.; 23 ff.) weisen darauf hin, dass eine innovative Medizin hilft, Folgekosten im Gesundheitswesen zu reduzieren. In ihrer Studie berechnen sie einen Einspareffekt für ausgewählte Anwendungsbeispiele; dieser entspricht bis zum Jahr 2040 einem Einsparpotenzial im Umfang von 1,4 Beitragssatzpunkten.

Abbildung 1-1: Handlungsfelder der Gesundheitspolitik

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

1.3 Treiber der Ausgabenentwicklung

Um strukturelle Reformerfordernisse treffsicher adressieren zu können, gilt es vorab, Treiber der Ausgabenentwicklung zu identifizieren. Die Ausgaben der GKV sind bereits in den vergangenen Jahrzehnten überproportional stark im Vergleich zur Entwicklung der beitragspflichtigen Grundlohnsumme (FKG, 2026, 83) oder der Wirtschaftsleistung gestiegen (Pimpertz, 2025, 29). Dieser Zusammenhang zeigt sich gleichermaßen aus fiskalischer Perspektive für die jeweiligen Aggregate wie bei den Ausgaben pro Kopf (Abbildung 1-2). Trotz unterschiedlicher Maßnahmen, mit denen der Gesetzgeber in den vergangenen Dekaden eine Dämpfung des Ausgabenwachstums angestrebt hat, sind die GKV-Ausgaben jahresdurchschnittlich um gut einen Prozentpunkt stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen (Pimpertz, 2025, 27).

Neben politisch veranlassten Erweiterungen des Leistungskatalogs in der GKV werden in der theoretischen Literatur vor allem vier Ausgabentreiber für diese Entwicklung diskutiert:

- **Arbeitskosten.** In der personalintensiven medizinischen Versorgung lassen sich Produktivitätsgewinne nicht im gleichen Maße realisieren wie in kapitalintensiv produzierenden Branchen. Steigen die Entgelte mindestens im Umfang des gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritts, steigen die Personalaufwendungen der medizinischen Versorgung überproportional stark im Vergleich zur Produktivitätsentwicklung im Gesundheitswesen („Baumol´sche Kostenkrankheit“).
- **Medizinischer Fortschritt.** Innovationen in der medizinischen Forschung führen zu Verbesserungen bestehender sowie zu Erweiterungen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Der für die GKV verankerte Leistungsanspruch bezieht eine Versorgung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung

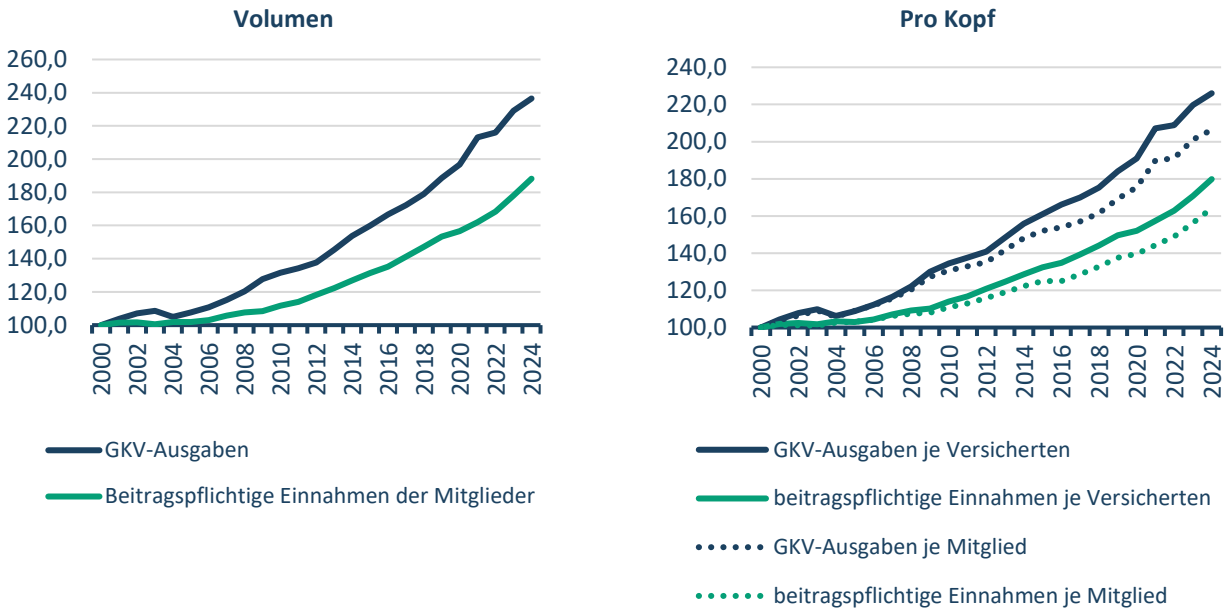
ein (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Deshalb können medizinische Innovationen, die das behandelbare Krankheitsspektrum zum Wohle der Patienten erweitern, höhere Aufwendungen nach sich ziehen.[2]

- **Steuerungslogik.** Sofern das Verhalten der Versicherten, Patienten sowie der Erbringer ambulanter und stationärer Leistungen durch die Regulierungen des SGB V gesteuert wird, steht die Vermutung im Raum, dass aus einer sozialpolitisch begründeten, aber marktfernen Steuerungslogik ökonomisch unerwünschte Verhaltensanreize resultieren (Pimpertz, 2024).

- **Demografie.** Mit der demografischen Transformation steigen bei einer altersabhängigen Verteilung der Gesundheitsrisiken die Finanzierungserfordernisse in der GKV. Die höheren Altersklassen mit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben werden in Zukunft häufiger besetzt. Das Wachstum der beitragspflichtigen Grundlohnsumme droht dagegen langfristig hinter der Entwicklung der GKV-Ausgaben zurückzubleiben, weil gleichzeitig der Anteil der Versicherten mit ruhestandsbedingt geringeren beitragspflichtigen Einkommen zunimmt (Beznoska et al., 2023).

Abbildung 1-2: Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen in der GKV

Index 2000 = 100



Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder: Grundlohnsumme, geschätzt.

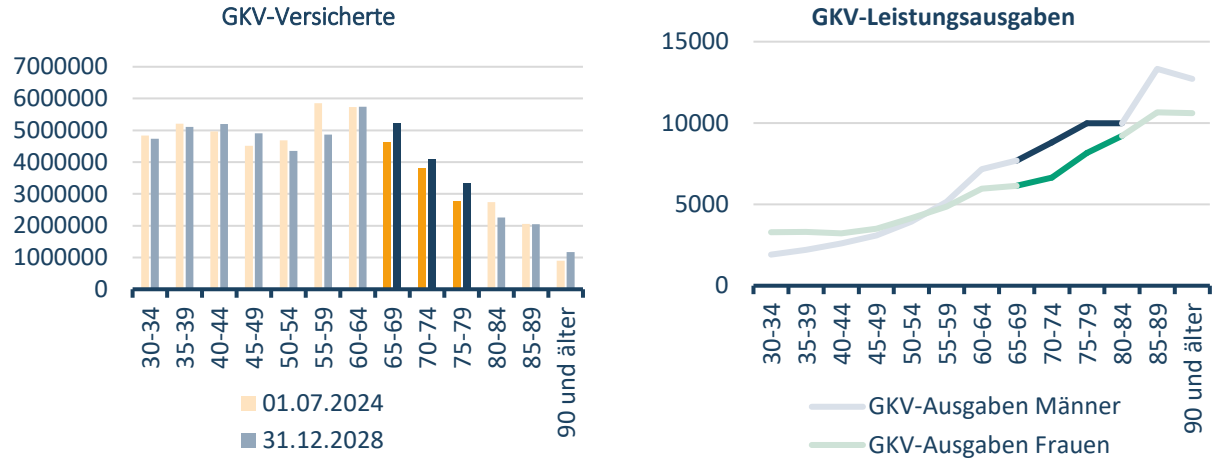
Quelle: Pimpertz, 2025, 26

Die ersten geburtenstarken Kohorten haben bereits den Ruhestand und damit eine Lebensphase erreicht, in der ihre Versorgungsbedarfe überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben in der GKV auslösen (Abbildung 1-3). Um bei gleichen Abgabenlasten das Ausgabenwachstum auf die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Grundlohnsumme zu begrenzen, müsste der Anstieg der Leistungsausgaben pro Kopf deshalb allein in dieser Legislaturperiode rechnerisch um 0,4 Prozentpunkte pro Jahr geringer ausfallen als das der beitragspflichtigen Grundlohnsumme pro Kopf (Pimpertz, 2025, 36).

[2] Dennoch ist zum Beispiel der Anteil der Arzneimittelausgaben an den GKV-Leistungsausgaben über einen langen Zeitraum stabil geblieben. Der Anteil schwankte etwa im Zeitraum von 2015 bis 2025 in einem Korridor von 17,1 Prozent (2018 und 2019) und 18,2 Prozent (2022) um den Mittelwert von 17,35 Prozent (BMG, 2026; Werte für 2025: vdek, 2026; eigene Berechnungen).

Abbildung 1-3: Altersabhängige GKV-Leistungsausgaben bei alterndem Versichertenbestand

Versichertenbestand und Leistungsausgaben der GKV je Versicherten in Euro pro Jahr, 2024

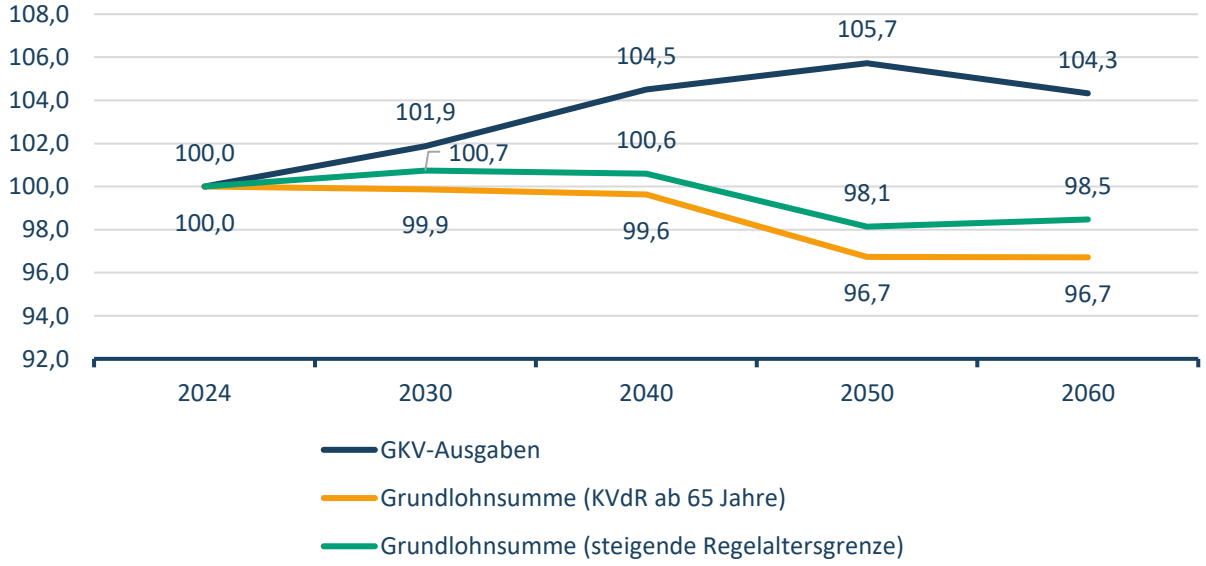


Leistungsausgaben der GKV pro Versichertentag 2023 nach Altersgruppen x 365, einschließlich Krankengeld, zuzüglich durchschnittliche Nettoverwaltungskosten, fortgeschrieben mit der Veränderungsrate 2023/2024 der GKV-Ausgaben je Versicherten; GKV-Versicherte: Stand 01.07.2024, fortgeschrieben mit der Veränderung der Bevölkerung nach Altersgruppen bis zum 31.12.2028 in der moderaten Variante G2-L2-W2 der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Quelle: Pimpertz, 2025, 30; 32 und die dort zitierten Datenquellen

Abbildung 1-4: Demografischer Einfluss auf die Entwicklung auf die GKV

Kontrafaktische Simulation der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Grundlohnsumme bei demografischer Alterung des GKV-Versichertenkollektivs, Index 2024 = 100



Variation der GKV-Versichertengemeinschaft analog zur Variante G2-L2-W2 der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bei konstantem, auf das Jahr 2024 fortgeschriebenem Ausgabenprofil der GKV sowie unveränderten beitragspflichtigen Einnahmen pro Kopf in der Allgemeinen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner.

Quelle: Pimpertz, 2025; eigene Berechnungen

Schreibt man die Entwicklung fort, drohen die Finanzierungserfordernisse und die beitragspflichtige Grundlohnsumme immer weiter auseinanderzudriften. Das lässt sich in einer kontrafaktischen Simulation zeigen: Dazu werden die im Jahr 2024 nach Alter differenzierten GKV-Leistungsausgaben je Versicherten konstant gehalten, ebenso die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) (zur Methodik siehe Pimpertz, 2025, 35).[3] Unter ansonsten unveränderten Bedingungen wird lediglich die Zusammensetzung des Versichertenkollektivs entsprechend der moderaten Variante der Bevölkerungsvorausberechnung variiert. In Zehn-Jahres-Schritten lässt sich der isolierte Einfluss einer alternden Versichertengemeinschaft auf die Entwicklung der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Grundlohnsumme in der GKV beispielhaft darstellen.

Während die GKV-Ausgaben insgesamt bis zum Jahr 2050 mit der Bevölkerungsalterung steigen werden, entwickelt sich die beitragspflichtige Grundlohnsumme bis zum Jahr 2040 seitwärts und schrumpft danach leicht (Abbildung 1-4). Dieser Verlauf gilt unter der Annahme, dass die Versicherten durchschnittlich mit einem Alter von 65 Jahren von der AKV in die KVdR wechseln. Unterstellt man einen späteren Renteneintritt – zunächst ab einem Lebensalter von 67 Jahren und danach im Zeitverlauf weiter ansteigend[4] –, verringert sich der Abstand beider Entwicklungen zunächst geringfügig, ehe auch dann nach 2040 ein Rückgang einsetzt. Bei gegebener Grundlohnsummendynamik kann der Anstieg der aggregierten GKV-Ausgaben nur gebremst werden, wenn bei steigender Fallzahl die Wachstumsrate der Leistungsausgaben pro Kopf jährlich hinter der Entwicklung der Gesamtausgaben zurückbleibt. Im Rahmen der angestrebten Strukturreform sind deshalb Einzelmaßnahmen daraufhin zu diskutieren und im Zeitverlauf zu evaluieren, welchen Beitrag sie zur Dämpfung der realen Leistungsausgaben pro Fall erwarten lassen.

Bei der Auslegung dieses Kriteriums sind positive Effekte einer innovativen Medizin auf die Ausgabenentwicklung zu berücksichtigen. Unabhängig davon lassen sich vorab bereits zwei weitreichende Implikationen für eine Strukturreform ableiten:

- Auf der Versorgungsseite gilt: Einmalige Leistungskürzungen mögen kurzfristig für eine fiskalische Entlastung und für Beitragssatzstabilität sorgen. Ohne weitere Reformen bedürfte es aber auf längere Sicht immer weiterer Einschnitte in das Versicherungsversprechen, um das Wachstum der GKV-Ausgaben auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Grundlohnsumme begrenzen zu können.[5] Da die Versorgungsbedarfe unabhängig davon bestehen bleiben, müssten GKV-Versicherte bei Einschnitten in das bisherige, solidarisch finanzierte Versicherungsversprechen einen zunehmend größeren Anteil an den im Erkrankungsfall notwendigen Behandlungskosten privat schultern.

- Analog gilt auf der Finanzierungsseite: Einmalige Erweiterungen der Finanzierungsgrundlage (sei es über eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommensarten oder über eine Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises) können den Beitragssatz zwar kurzfristig stabilisieren (siehe Beznoska et al., 2021, 25 ff.). Die Beitragsbelastung des Faktors Arbeit und der Arbeitgeber steigt dennoch (für den Fall einer höheren Beitragsbemessungsgrenze siehe Beznoska et

[3] Mit diesen Annahmen wird unter anderem ein unverändertes altersabhängiges Gesundheitsrisiko unterstellt, also von positiven Einflüssen medizinischer Innovationen auf das Erkrankungsrisiko abstrahiert.

[4] Mit einer schrittweisen Anhebung der Regelaltersgrenze bis auf 70 Jahre im Jahr 2060 wird die Annahme getroffen, dass die sozialversicherungspflichtigen GKV-Mitglieder jüngerer Kohorten mit einem entsprechend höheren Lebensalter aus dem Erwerbsleben ausscheiden und bis dahin in unverändertem Umfang länger arbeiten.

[5] Dies bestätigen auch die Erfahrungen der Vergangenheit. Einschnitte beim Zahnersatz, den Sehhilfen oder andere Beispiele haben bislang das GKV-Ausgabenwachstum nicht nachhaltig bremsen können.

al., 2024). Bei kontinuierlich steigenden Finanzierungserfordernissen ließe sich der Beitragssatz nur stabilisieren, wenn erwartet werden darf, dass die zuvor beitragsfreien Einkommensbestandteile dynamischer wachsen als die bislang beitragspflichtige Grundlohnsumme. Dafür lassen sich aber kaum belastbare empirische Indizien anführen (Pimpertz, 2025, 29), zumal die Entwicklung künftiger Einkommensaggregate ungewiss bleibt.

1.4 Erstes Zwischenfazit: Ökonomisches Reformkriterium

1. Für die anstehende Strukturreform ist das Ziel der Beitragssatzstabilität maßgeblich.

   Denn: Steigende Sozialabgabenlasten bremsen unabhängig von deren Verteilung das Wirtschaftswachstum. Das schwächt die Finanzierungsgrundlage für das Gesundheitssystem.

2. Maßnahmen zur Stärkung der Einnahmenseite der GKV sind nicht zielführend, ohne auf die Faktoren der Ausgabenentstehung einzuwirken.

   Denn: Die Möglichkeiten zur Ausweitung der Finanzierungsgrundlage sind begrenzt, während die medizinischen Versorgungsbedarfe aufgrund der demografischen Entwicklung latent steigen.

3. Ziel einer Strukturreform muss es sein, das Wachstum der GKV-Ausgaben auf die Entwicklungsrate der beitragspflichtigen Grundlohnsumme zu begrenzen (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik).

4. Kürzungen des Leistungsversprechens sind dafür nicht zielführend.

   Denn: Bei demografisch bedingt steigenden Finanzierungserfordernissen würden immer weiter reichende Einschnitte notwendig, mit denen die Leistungspflicht der GKV ausgehöhlt würde.

5. Stattdessen besteht die Notwendigkeit, das Wachstum der Ausgaben pro Fall zu bremsen.

   Dazu müssen über die demografischen Einflüsse hinaus weitere Ausgabentreiber wie die Arbeitskostenentwicklung oder Ineffizienzen, die aus einer marktfernen Steuerungslogik resultieren, neutralisiert werden. Gleichzeitig sind positive Einflüsse einer innovativen Medizin auf die Ausgabenentwicklung zu wahren.

6. Damit das Wachstum der Leistungsausgaben je Fall bei einer gleichzeitig innovativen Medizin gebremst werden kann, müssen alle Rollen im Gesundheitswesen zu einem effizienten Verhalten angereizt werden.

   Bei einer Strukturreform des Gesundheitssystems sind die Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Rollen in den Blick zu nehmen, da einzelne Wirtschaftssubjekte in verschiedenen Rollenbezügen agieren. Das betrifft die Akteure auf den Handlungsfeldern der iGW, die Leistungserbringer in der medizinischen Versorgung, die gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Versicherte in ihren Rollen als Beitragszahler und Patient gleichermaßen.

2 Zur Rolle der industriellen Gesundheitswirtschaft

2.1 Gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft

Die Bundesregierung hat sich neben der Beitragssatzstabilität ebenfalls zum Ziel gesetzt, die iGW, namentlich die medizintechnische und die pharmazeutische Industrie, als Leitwirtschaft zu stärken (Bundesregierung, 2025, 108). Damit rückt der entstehungsseitige Beitrag der iGW zur Bruttowertschöpfung in den Fokus.

- In ihrer weiten Abgrenzung entfällt rund ein Achtel der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung auf die Gesundheitswirtschaft, fast jeder sechste Erwerbstätige ist in diesem Sektor tätig. Der ökonomische Fußabdruck reicht über die einzelnen Teilbereiche der Gesundheitswirtschaft hinaus. Die wirtschaftlichen Aktivitäten der Akteure sorgen über indirekte und induzierte Effekte dafür, dass mit jedem Euro Bruttowertschöpfung weitere 0,82 Euro an Bruttowertschöpfung in der Gesamtwirtschaft entstehen und zusätzlich 0,57 Erwerbstätige Beschäftigung finden (BMWE, 2026a).

- Mehr als die Hälfte der Bruttowertschöpfung entsteht unmittelbar im Zuge der medizinischen Versorgung; rund sechs von zehn Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft realisieren hier ihre Beschäftigungs- und Einkommensziele (BMWE, 2026b; BMWE, 2023).

- Allein die Unternehmen der iGW erwirtschafteten im Jahr 2025 rund ein Fünftel der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft und beschäftigten mehr als 13 Prozent aller Erwerbstätigen in dieser Querschnittsbranche (BMWE, 2026b). Die Unternehmen der iGW erzielen diese Ergebnisse nicht nur auf dem deutschen Gesundheitsmarkt, wo sie sich im Wettbewerb gegenüber den ausländischen Anbietern behaupten. Aufgrund ihrer exportgetriebenen Geschäftsmodelle setzen die Unternehmen der iGW ihre Produkte auch auf internationalen Gesundheitsmärkten ab. Deren Wachstumspotenzial begründet die Hoffnung, dass die iGW zur Sicherung der industriellen Basis und damit dauerhaft zur Wohlstandssicherung Deutschlands beitragen kann.

Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive ist es relevant, wie hoch die Wertschöpfungsbeiträge einzelner Teilbranchen ausfallen und welchen Beitrag sie damit zum gesellschaftlichen Wohlstand leisten.[6] Für die Bewertung eines Euros Wertschöpfung ist es aber irrelevant, ob dieser durch Unternehmen und Beschäftigte erwirtschaftet wird, die medizinische Leistungen unmittelbar für Patienten erbringen, oder ob die Beiträge aus den wirtschaftlichen Aktivitäten resultieren, die zur Erstellung von Vorleistungen für die medizinische Leistungserbringung notwendig sind. Ebenso irrelevant ist für eine Bewertung, ob die betreffenden Märkte granular strukturiert sind wie zum Beispiel bei Zahntechnik oder Apotheken, oder ob sie industriell geprägt sind wie zum Beispiel bei Arzneimitteln, in der Biotechnologie oder der Medizintechnik. Schließlich ist es für den Wohlstand der Gesellschaft nicht entscheidend, ob die Wertschöpfung ausschließlich auf dem inländischen Markt oder auf internationalen Märkten erwirtschaftet wird. Die Volkswirtschaftslehre bietet kein Kriterium, nach dem ein Euro Wertschöpfung nach Unternehmensgröße oder Position in der Wertschöpfungskette unterschiedlich bewertet werden kann. Maßgeblich ist allein, ob die Wertschöpfungsbeiträge unter effizienten

[6] Im Jahr 2025 entfielen 16,4 Prozent der Bruttowertschöpfung der gesamten iGW auf Unternehmen der Humanarzneimittelbranche, Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten stehen allein für 5,6 Prozent der Bruttowertschöpfung der iGW. Mit jedem erwirtschafteten Euro direkter Bruttowertschöpfung entstehen indirekt oder induziert 0,76 Euro an weiterer Wertschöpfung in der Gesamtwirtschaft. Über den gleichen Mechanismus führt die Beschäftigung eines Erwerbstätigen in der Humanarzneimittelbranche zu weiteren 1,62 Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft (BMWE, 2026c). 14 Prozent der Bruttowertschöpfung der iGW werden im Bereich Medizintechnik und Medizinprodukte erwirtschaftet. Die indirekten und induzierten Wertschöpfungsbeiträge belaufen sich auf weitere 1,01 Euro in der Gesamtwirtschaft. Über den gleichen Transmissionskanal führt die Beschäftigung eines Erwerbstätigen in dieser Teilbranche zu weiteren 1,67 Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft (BMWE, 2026d).

Marktbedingungen zustande kommen. Mit Blick auf die Produktionsbedingungen der iGW gilt die Effizienzvermutung, solange sich die inländischen Unternehmen der betreffenden Branchen unter gleichen Absatzbedingungen auf einem offenen, wettbewerblich verfassten Markt gegenüber ihren Mitbewerbern im In- und Ausland behaupten müssen.[7, 8]

2.2 Unternehmerische Rolle der iGW

Die Rolle der iGW ist grundsätzlich mit der anderer Industriebranchen vergleichbar: Die Unternehmen agieren als privatwirtschaftliche Akteure und sind deshalb gegenüber ihren Eignern und Kapitalgebern zur Rechenschaft über die wirtschaftlichen Ergebnisse verpflichtet. Mit ihrer Bruttowertschöpfung tragen sie zum gesamtwirtschaftlichen Wohlstand bei. Über ihre wirtschaftlichen Erfolge sichern sie am Standort die Beschäftigungs- und Einkommenschancen ihrer Arbeitnehmer. Ebenso sind sie für die Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten verantwortlich und in ihrer Rolle als Arbeitgeber von der Dynamik der Sozialbeitragslast betroffen. Führen steigende Sozialabgaben zu höheren Arbeitskosten, belastet das deren Wettbewerbschancen auf dem inländischen und auf den globalen Gesundheitsmärkten (Hüther et al., 2025).

Besonderheiten ergeben sich sowohl mit Blick auf die Wahrung spezifischer Qualitätsanforderungen, die der medizinische Anwendungsbereich mit sich bringt, als auch mit Blick auf die Bedingungen auf dem deutschen Gesundheitsmarkt (Abbildung 2-1). Die inländische Nachfrage nach den Produkten und Dienstleistungen der iGW wird entweder unmittelbar durch die ärztlich veranlasste Diagnose und Therapie bestimmt. Darauf haben die Unternehmen der betreffenden Branchen keinen direkten Einfluss – abgesehen von der Erfüllung notwendiger Voraussetzungen, die unter anderem durch das gesetzlich vorgegebene Verfahren für die Marktzulassung und den Zugang in die ambulante und stationäre Versorgung bestimmt werden. Oder die versorgungsnahen Nachfrager sind im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung auf Angebote der iGW angewiesen. Dazu zählen alle Produkte, deren Einsatz nicht Gegenstand der Leistungsabrechnung mit der GKV ist. In beiden Fällen gilt, dass der inländische Absatzmarkt der iGW weitgehend durch das Nachfrageverhalten der Anbieter ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen bestimmt wird.

Spiegelbildlich agieren die medizinischen Leistungserbringer in unternehmerischer Verantwortung und als Arbeitgeber; das gilt auch dann, wenn zum Beispiel stationäre Einrichtungen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft betrieben werden. Ihre Marktbedingungen werden allerdings maßgeblich durch die Regulierungen des SGB V bestimmt. Angefangen von Marktzugangsbeschränkungen in der ambulanten Versorgung oder aufgrund der hoheitlichen Krankenhausbedarfsplanung, der Anerkennung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Zuge des Entscheidungsverfahrens im G-BA, über einheitliche Entgelte für gleichartige Leistungen, bis hin zur Budgetierung des zu Lasten der GKV abrechenbaren Umsatzes: Für die Leistungserbringung in der medizinischen Versorgung gelten marktferne und wettbewerbsbeschränkende Vorgaben (Pimpertz, 2024). Diese Besonderheiten ergeben sich entweder unmittelbar aus den gesetzlichen Vorgaben des SGB V oder mittelbar im Zuge von zentralen Verhandlungslösungen mit den Vertretern

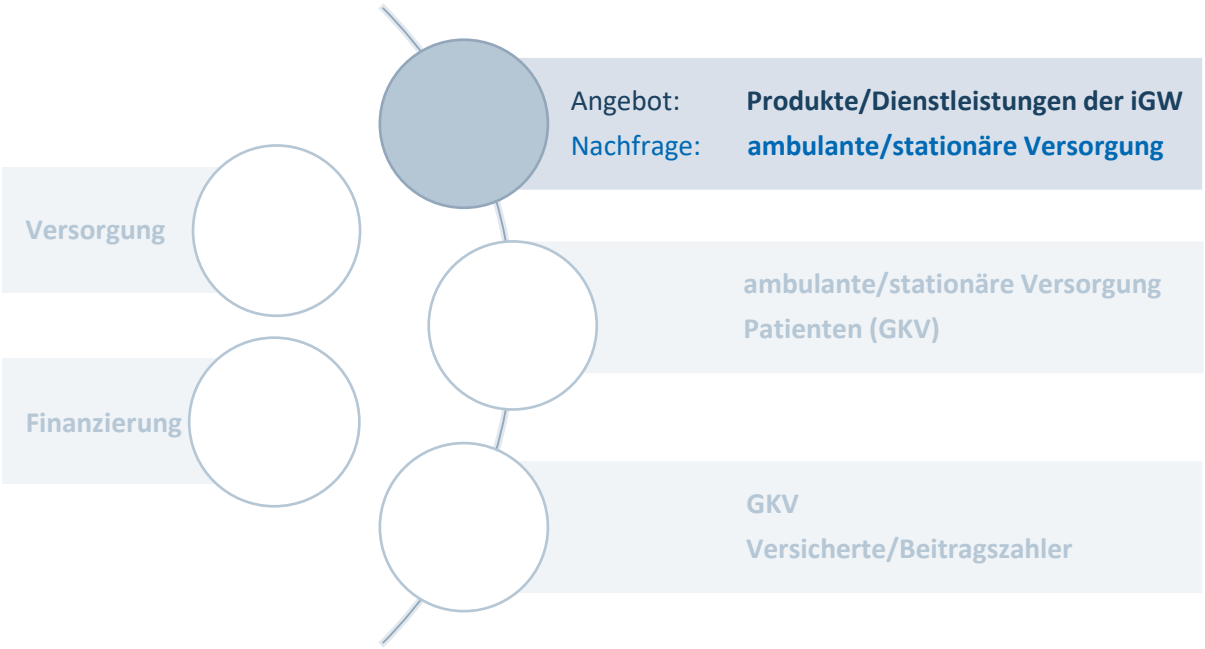
[7] Die Unterscheidung nach inländischen und ausländischen Unternehmen gibt die realen Verhältnisse stark vereinfacht wieder. In der Realität können Vorstufen in der Produktionskette von inländischen Unternehmen aus dem Ausland bezogen oder umgekehrt aus dem Inland exportiert werden. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive ist für die Höhe der Bruttowertschöpfungsbeiträge der iGW relevant, welchen Anteil inländische Unternehmen an der gesamten Wertschöpfungskette erwirtschaften.

[8] Daraus lässt sich noch nicht schlussfolgern, ob die angebotenen Produkte und Dienstleistungen inländischer wie ausländischer Anbieter in einem ökonomisch sinnvollen Umfang und zu geringstmöglichen Preisen auf dem deutschen Gesundheitsmarkt abgesetzt werden. Voraussetzung dafür wären im Sinne der ökonomischen Theorie gleichermaßen wettbewerbliche Strukturen bei freier Preisbildung auf der Nachfrageseite.

der Krankenkassen, die der Gesetzgeber für die Preisfindung vorsieht. Dabei wird die Rolle der Krankenkassen ebenfalls durch marktferne Regeln geprägt, die sich insbesondere aus der Umsetzung des Solidaritätsprinzips ableiten.

Abbildung 2-1: Marktpartner auf den relevanten Märkten der iGW

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

Das führt zu einer weiteren Implikation für eine Strukturreform: Ob und wie die Unternehmen der iGW zu einer effizienten Versorgung beitragen, hängt maßgeblich davon ab, welche Anreize der Gesetzgeber für die Nachfrager – also für die Leistungserbringer – auf den relevanten Märkten setzt.

2.3 Zweites Zwischenfazit: Marktpartner unter besonderen Regulierungen

7. Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen der iGW fließen in die Kosten der medizinischen Versorgung ein.

8. Mit Blick auf die Versorgungskosten gilt für die inländischen Unternehmen der iGW die Effizienzvermutung, solange diese auf einem offenen Markt unter gleichen Absatzbedingungen im Wettbewerb mit ausländischen Anbietern agieren.

9. Auf der Absatzseite der iGW gelten dagegen marktferne Regeln.

   Denn: Die Nachfrage nach den Produkten und Dienstleistungen der iGW erfolgt durch die Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung. Für die Versorgung der GKV-Versicherten gelten aber marktferne Anreizbedingungen wie ein beschränkter Marktzugang oder einheitliche Entgeltvereinbarungen. Außerdem erfolgt die Auswahlentscheidung erstattungsfähiger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Zuge eines zentralen Entscheidungsverfahrens (G-BA). Daraus folgt:

   Die Rolle der inländischen iGW lässt sich nicht unabhängig von den Verhaltensanreizen bestimmen, die der Gesetzgeber über die Spielregeln für die Leistungserbringung definiert.

Exkurs

Mittelbar beeinflussen die Regeln zur GKV-Finanzierung die wirtschaftlichen Erfolgschancen der inländischen iGW. Sobald aus den finanzierungsseitigen Vorgaben höhere Sozialabgabenlasten resultieren und diese zu höheren Arbeitskosten führen, erwachsen daraus Standortnachteile gegenüber internationalen Wettbewerbern. Das betrifft die in Deutschland ansässigen Unternehmen auf dem inländischen und auf den globalen Gesundheitsmärkten und wirkt deshalb erfolgskritisch für deren Beitrag zur Bruttowertschöpfung. Bislang sprechen die Erfolge der in Deutschland ansässigen Unternehmen für deren Wettbewerbsfähigkeit. Aus versorgungspolitischer Perspektive wäre aber ebenso denkbar, den Bedarf an Produkten und Dienstleistungen der iGW in größerem Umfang über Importe zu decken. In diesem Fall entfielen Wertschöpfungsbeiträge, die die im Inland ansässigen Unternehmen der iGW bislang auf dem hiesigen Gesundheitsmarkt erwirtschaftet haben. Der gesellschaftliche Wohlstand bliebe dann nur gewahrt, wenn sich in der Volkswirtschaft andere Geschäftsmodelle erfolgreich etablieren, um den Ausfall an Bruttowertschöpfung kompensieren zu können. Unabhängig davon konfligiert eine stärkere Importabhängigkeit insbesondere bei versorgungskritischen Arzneimitteln mit übergeordneten Zielen der Versorgungssicherheit und der strategischen Unabhängigkeit auf den sensiblen Gesundheitsmärkten.[9] Unter der Maßgabe dieser übergeordneten Zielsetzungen kann eine Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen folglich nicht allein dem Primat kurzfristiger Einsparwirkungen folgen. Ebenso zu berücksichtigen sind Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit, resiliente Lieferketten sowie die Aufrechterhaltung von Produktions- und Forschungsstandorten in Deutschland und Europa. Diesen Konflikt können aber nicht die Akteure der Gesundheitswirtschaft in ihren jeweiligen Rollen auflösen.

[9] Beispielhaft sei auf Abhängigkeiten bei Antibiotika, Schmerzmitteln und Kinderarzneimitteln verwiesen, die im Wesentlichen von wenigen Anbietern aus asiatischen Märkten bezogen werden. Diese Abhängigkeiten, ihre Auswirkungen auf die Versorgung, sowie Möglichkeiten, diese Abhängigkeiten abzubauen, werden zum Beispiel in Deutschland im Rahmen des ALBVVG und auf EU-Ebene über den Critical Medicines Act adressiert (Catarata et al., 2025).

3 Von den Potenzialen zur Realisierung

3.1 Effizienzpotenziale im Wirkungsbereich der iGW

Unter diesen Prämissen gilt es zu reflektieren, wo die unterschiedlichen Branchen der iGW (E-Health, Arzneimittel und Biotechnologie, Medizintechnik) an der medizinischen Wertschöpfungskette anknüpfen und wie sie zu einer effizienten Versorgung der Patienten beitragen können.

Medizinische Innovationen – Prävention und Gesundheitsförderung durch verbesserte medizinische Ergebnisqualität. Allgemein gilt, dass medizinische Innovationen zu einer verbesserten Gesundheit führen. Krankheitsprävention und höhere Genesungschancen reduzieren Folgekosten im Gesundheitssystem. Ebenso kann der medizinische Fortschritt Ausgaben in der GKV senken, wenn etwa aufgrund innovativer Therapeutika oder verbesserter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stationäre Verfahren durch ambulante ersetzt oder Patienten durch verbesserte Heilungschancen schneller aus der Versorgung entlassen werden können. Gesundheitliche Verbesserungen stiften nicht nur einen medizinischen Nutzen, sondern können zugleich das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial stärken[10] – dieses erhöht sich aufgrund vermiedener Erkrankung oder Erwerbsminderung (Hoch et al., 2025, 9 ff. und die dort zitierte Literatur). Die Rolle der iGW bestimmt sich deshalb nicht nur über den innovativen Beitrag zur medizinischen Versorgung, sondern auch über den daraus resultierenden positiven Einfluss auf das Produktionspotenzial der Volkswirtschaft und – sofern von den inländischen Unternehmen der iGW erwirtschaftet – über deren Beitrag zur gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung.

Neben dem Einsatz innovativer Produkte und Technologien in der Versorgung können Effizienzpotenziale aus einem funktionierenden Wettbewerb auf den relevanten Gesundheitsmärkten resultieren. In der Arzneimittelversorgung zeigt sich dies beispielhaft nach Patentablauf: Nachahmerpräparate, also Generika und Biosimilars, befördern bei ihrem Markteintritt den Preiswettbewerb zwischen Arzneimittelherstellern und tragen darüber zu einer wirtschaftlichen Versorgung mit bewährten Therapien bei. Durch den Preiswettbewerb, den Nachahmerpräparate auslösen, schaffen sie zum einen finanzielle Spielräume für medizinische Innovationen in der Versorgung. Zum anderen regt der durch die generische Konkurrenz ausgelöste Preiswettbewerb innovative Tätigkeiten entweder im Bereich von bisher nicht gedeckten medizinischen Bedarfen oder in Form von wirksameren und potenziell kostensparenden Therapieoptionen an.[11] Das Argument gilt aber nicht allein mit Blick auf die Versorgung mit Arzneimitteln. Ebenso stehen Hersteller neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der Medizinprodukte im Innovationswettbewerb um innovative Diagnose- und Therapiekonzepte mit entsprechend positiven Auswirkungen auf die medizinische Ergebnisqualität in der Versorgung. Unabhängig davon, ob das Feld der Arzneimittel- oder medizintechnischen Innovationen oder eine Kombination beider Felder etwa im Bereich der personalisierten Medizin betrachtet wird, bleibt festzuhalten, dass Wettbewerb Rahmenbedingungen braucht, die eine verlässliche Versorgung bei kontinuierlich verbesserter medizinischer Ergebnisqualität gewährleisten.

[10] Effekte auf das Produktionspotenzial lassen sich zum Beispiel über einen Humankapitalansatz schätzen (für das Beispiel vermeidbarer Krebserkrankungen siehe Seth et al., 2026a; 2026b).

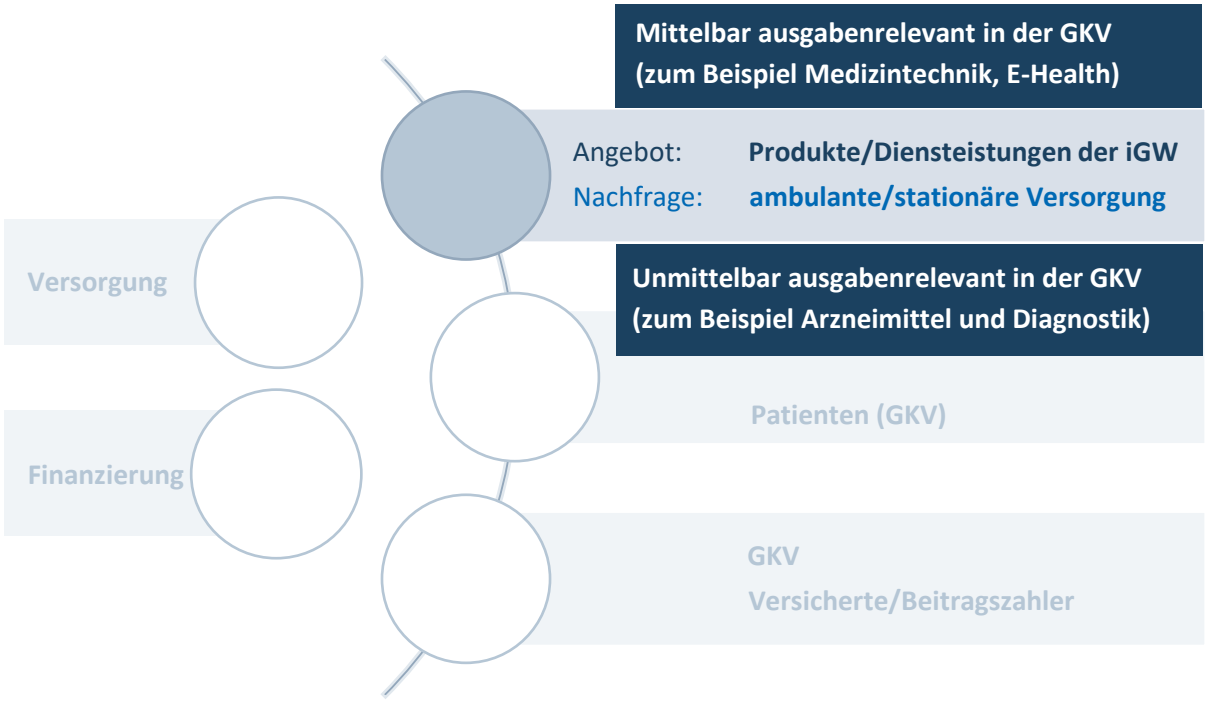
[11] Siehe Fußnote 1.

Medizinische Innovationen – Effizienz durch verbesserte Versorgungsprozesse. Darüber hinaus können Innovationen in der medizinischen Prozessqualität zu Effizienzgewinnen führen. Voraussetzung sind auch hier Anreizstrukturen, die das Eigeninteresse der beteiligten Akteure an einer effizienten Versorgung anreizen. Das betrifft die Patientensteuerung ebenso wie die Nutzung digitaler Technologien, adressiert Fragen einer säulenübergreifenden Organisation der medizinischen Versorgung und die Möglichkeiten, neuartige Versorgungskonzepte zu entwickeln (weiterführend siehe Kapitel 3.2 und 5.1).

Zunächst gilt das Augenmerk der Aussage, dass innovative Beiträge auf den Handlungsfeldern der iGW zur Verbesserung der medizinischen Prozessqualität und der medizinischen Ergebnisqualität beitragen, so dass über beide Transmissionskanäle Einsparpotenziale im Gesundheitssystem mobilisiert werden können. Mit Blick auf das Ziel der Beitragsstabilität wird im Folgenden eine Unterscheidung nach mittelbar und unmittelbar ausgabenrelevanten Angeboten auf den Handlungsfeldern der iGW getroffen. Dies geschieht wohlwissend, dass auf einzelnen Handlungsfeldern wie der Medizintechnik sowohl Beiträge zur Verbesserung der medizinischen Prozess- als auch der medizinischen Ergebnisqualität geleistet werden. Die Unterscheidung wird an dieser Stelle vorgenommen, um im weiteren Verlauf unterschiedliche Voraussetzungen diskutieren zu können, je nachdem ob ein Anwendungsfeld der iGW unmittelbar in die Leistungspflicht der GKV fällt oder mittelbar auf die Effizienz der medizinischen Versorgung wirkt (Abbildung 3-1).

Abbildung 3-1: Handlungsfelder der iGW

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

In der Studie von Hoch et al. (2025) wurden anhand von 21 ausgewählten Beispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der iGW Einsparpotenziale geschätzt. Die Ergebnisse der Studie sind nicht im Sinne einer fiskalisch planbaren Prognose zu interpretieren. Vielmehr handelt es sich um eine modellhafte Berechnung unter idealtypischen Annahmen, wie der Abstraktion von intertemporalen Be- und Entlastungswirkungen, die im Zuge der Finanzierung notwendiger Investitionen auftreten. Werden aber die ermittelten Volumina

im Sinne einer Heuristik interpretiert, lässt sich einordnen, wie die iGW zu einem schwächeren Ausgabenwachstum in der GKV beitragen kann – eine zeitnahe und verbreitete Umsetzung der in der Studie von Hoch et al. (2025) skizzierten Anwendungen vorausgesetzt.

E-Health-Strategien. Das Problem der hohen Personalintensität medizinischer Leistungserbringung lässt sich zwar nicht auflösen. Unter dem Stichwort E-Health werden aber Strategien diskutiert, wie der gezielte und verbreitete Einsatz digitaler Technologien, einschließlich der Künstlichen Intelligenz (KI), die Kosten der medizinischen Versorgung senken kann. Für die in der Studie ausgewählten Beispiele, vom Management der Krankenhausbettenbelegung über Möglichkeiten des Online-Kontakts zu Ärzten und Therapeuten bis hin zur Einrichtung von Onlineregistern zum Beispiel für Hüftoperationen, können Einsparpotenziale in Höhe von 7,2 Milliarden Euro erwartet werden (Hoch et al., 2025, 16 ff.).

Diese beispielhafte Berechnung steht für Effizienzpotenziale, die unter kapitalintensivem Einsatz innovativer Technologien die Produktivität des in der medizinischen Versorgung eingesetzten Personals erhöhen. Eine erfolgreiche Anwendung und Verbreitung allgemein verfügbarer Technologien im Gesundheitssystem vorausgesetzt, darf erwartet werden, dass mit fortschreitender Digitalisierung der versorgungsrelevanten Produktions- und Versorgungsprozesse Effizienzgewinne mobilisiert werden. Die kapitalintensive Erweiterung der Wertschöpfungsketten wirkt sich mittelbar auf die Ausgabenentwicklung der GKV aus und leistet einen Beitrag zur Dämpfung der „Baumol´sche Kostenkrankheit“. Hierbei ist noch nicht berücksichtigt, dass die Verfügbarkeit anonymisierter Patientendaten für Forschungszwecke – nicht nur in der akademischen, sondern vor allem in der unternehmerischen Forschung und Entwicklung – eine der zentralen Voraussetzungen für die effiziente Gestaltung medizinischer Innovationsprozesse geworden ist.

Medizintechnik, Humanarzneimittel und Biotechnologie. Allgemein können Gesundheitsausgaben über die präventiven Effekte von Innovationen gebremst werden. Dies gilt gleichermaßen, wenn bei einem erweiterten medizinischen Behandlungsspektrum zumindest kurzfristig höhere Ausgaben in der GKV entstehen, ehe präventive Effekte wirksam werden. Festzuhalten bleibt, dass sich damit der reale Wert des Versicherungsschutzes bereits kurzfristig erhöht. Das könnte aus ökonomischer Sicht zwar durchaus höhere Finanzierungsbeiträge der Versicherten rechtfertigen. Politisch stellt sich dann aber die Frage nach der Finanzierung des medizinischen Fortschritts:

- Höhere Aufwendungen, die aus einer materiell erweiterten Leistungspflicht resultieren, lassen sich im Rahmen der umlagefinanzierten GKV ausschließlich über paritätische Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufbringen – unter Abwägung der gesamtwirtschaftlichen Rückkoppelungseffekte.
  - Mit Blick auf die Arbeitskostenentwicklung ließe sich zumindest theoretisch der Arbeitgeberanteil auf einem politisch zu bestimmenden Niveau einfrieren. In diesem Fall würden steigende Finanzierungserfordernisse zu einem höheren Beitragsanteil der in der GKV versicherten Arbeitnehmer führen. Während die Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgehoben würde, bliebe die solidarische Finanzierung der GKV über lohn- und rentenproportionale Beiträge erhalten.
- Dagegen sind Finanzierungsformen abzuwägen, die eine stabile Beitragsbelastung des Faktors Arbeit bei gleichzeitig innovativer Medizin gewährleisten. Das Spektrum reicht
  - von einem bei konstantem Beitragsaufkommen, aber wachsenden Finanzierungserfordernissen stetig steigenden Steuerzuschuss,

- über höhere und latent steigende Finanzierungsbeiträge der Patienten,
- bis hin zu Optionen einer ergänzenden, kapitalgedeckten Finanzierung für einen Teil der GKV-Ausgaben, entweder in individueller oder kollektiver Verantwortung.

Diese Abwägung setzt unter anderem eine politische Entscheidung über den Geltungsanspruch des Solidaritätsprinzips voraus (weiterführend siehe Kapitel 5.2).

Unabhängig davon lassen sich für einzelne Teilbranchen der iGW Einsparpotenziale analog zum Wirkungsfeld e-Health schätzen:

- Anwendungen innovativer **Medizintechnik**, etwa der Einsatz robotischer Assistenzsysteme in der Chirurgie, energieeffizienter bildgebender Systeme, KI-gestützter Diagnostik sowie der Einsatz von 3D-Druck-Technologie bei Implantaten, Prothesen und Orthesen, lassen nach Hoch et al. (2025, 20) bei gleichzeitig zunehmender Ambulantisierung des Versorgungsgeschehens Einsparpotenziale in Höhe von 6,2 Milliarden Euro erwarten.

  Der Einsatz von Medizintechnik ist entweder mittelbar ausgabenrelevant für die GKV, wenn dieser Einfluss auf die Versorgungskosten hat, aber nicht Gegenstand einer gegenüber der GKV abrechenbaren Leistung ist. Unmittelbar ausgabenrelevant werden dagegen Produkte und Dienstleistungen der iGW, wenn sie Gegenstand einer Diagnose oder Therapie sind und deren Einsatz durch die GKV entgolten wird. Sie können gleichermaßen positiv auf die Effizienz des Versorgungsprozesses und auf die Ergebnisqualität medizinischer Versorgung wirken.

- Analog lassen sich Einsparpotenziale für den Einsatz innovativer Therapieoptionen aus den Bereichen der **pharmazeutischen und biotechnologischen Forschung** beispielhaft schätzen.[12] Für innovative Behandlungsoptionen von Diabetes mellitus Typ 2, bei der Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen, für den Einsatz von Biosimilars sowie anhand weiterer Beispiele ermitteln Hoch et al. (2025, 17 f.) auf Grundlage einschlägiger Studien ein potenzielles Einsparvolumen von rund 4,6 Milliarden Euro.

  Da ihr Einsatz über die medizinisch veranlasste Versorgung gesteuert wird, werden Einsparpotenziale für pharmazeutische Therapeutika sowie Diagnostika unmittelbar ausgabenrelevant. Die damit verbundene Abwägung zwischen dem Versorgungsversprechen, das medizinische Innovationen inkludiert, und den daraus resultierenden Ausgabenwirkungen in der GKV lässt sich durch die Akteure auf diesem Handlungsfeld der iGW nicht auflösen. Die dazu notwendige normative Entscheidung bleibt in der Verantwortung der demokratisch legitimierten Entscheidungsträger.

Mittelbar ließe sich mit einer konsequenten Anwendung der beispielhaft berechneten Einsatzmöglichkeiten das demografisch bedingt steigende Ausgabenwachstum bremsen. Bis zum Jahr 2045 würde daraus ein Einsparvolumen erwachsen, welches einer Reduktion des Beitragssatzes um rechnerisch 1,4 Prozentpunkte

[12] Das Gutachten von Hoch et al. (2025) bezieht dabei noch nicht die Einsparpotenziale ein, die durch klinische Studien in Deutschland möglich werden. Die Behandlung von Patienten im Rahmen klinischer Studien wird nicht über die GKV abgerechnet, Behandlungserfolge kommen aber unmittelbar den teilnehmenden Patienten zugute. Im Zuge des weiteren Zulassungsverfahrens werden im Erfolgsfall über den Standortfaktor klinische Studien mittelbar auch präventive Einsparpotenziale mobilisiert. Alternativ ließe sich argumentieren, dass eine klinische Erprobung auch an ausländischen Standorten möglich sei. Die Einführung medizinischer Innovationen in Deutschland und damit die Mobilisierung von weiteren Einsparpotenzialen hängt dann aber allein von den unternehmerischen Entscheidungen der ausländischen und inländischen Produzenten über eine Markteinführung erfolgreicher Präparate in Deutschland ab.

entspräche – bei gegebener Entwicklung der beitragspflichtigen Grundlohnsumme und im Vergleich zu einem Status-quo-Szenario ohne den zuvor bezifferten, innovativen Beitrag der iGW (Hoch et al., 2025, 27).

Die simulierten Einsparpotenziale stehen unter der Annahme, dass der Gesetzgeber eine zeitnahe Umsetzung der beispielhaft aufgeführten Anwendungen gewährleistet. Explizit setzt das eine Strategie der Ambulantisierung des Versorgungsgeschehens voraus[13], ebenso die Zulassung und Markteinführung der zitierten pharmazeutischen und biotechnologischen Innovationen – unabhängig davon, ob diese von inländischen oder ausländischen Anbietern erbracht werden – sowie eine konsequente Umsetzung digitalisierter Prozesse in der medizinischen Versorgung und der Patientensteuerung. Bereits die konsequente Hebung der identifizierten Effizienzpotenziale wird zumindest kurz- bis mittelfristig dazu beitragen, das Ziel stabiler Beitragslasten zu realisieren. Doch die Realisierung dieser Effizienzpotenziale kann möglicherweise nicht ausreichen, um eine langfristige Stabilisierung der Beitragslast zu erreichen. Finanzierungserfordernisse, die aus der demografischen Alterung resultieren, können die realisierten Einspareffekt perspektivisch übersteigen. Spätestens dann stellt sich die Frage, wie viele Ressourcen die Gesellschaft bereit ist, für die medizinische Versorgung aufzubringen.

3.2 Innovationshemmnisse und Lösungsansätze auf den Handlungsfeldern der iGW

In der Literatur werden unterschiedliche Hemmnisse benannt, die erklären können, warum diese Effizienzpotenziale auf den Handlungsfeldern der iGW bislang nicht in dem beschriebenen Umfang mobilisiert werden konnten. Einerseits werden allgemeine Standortfaktoren aufgeführt (zum Beispiel Fachkräftemangel, hohe Energiepreise, Unternehmenssteuerbelastung, Verkehrsinfrastruktur), die für die inländische iGW ebenso relevant sind wie für Unternehmen anderer Branchen am Standort. Mit diesen allgemeinen Standortfaktoren lässt sich jedoch nicht erklären, warum die präventiven Beiträge auf den Handlungsfeldern der iGW nicht alternativ über Angebote ausländischer Mitbewerber realisiert werden, die möglicherweise unter günstigeren Standortbedingungen produzieren. Wenn die Effizienzpotenziale in den Handlungsfeldern der iGW bislang unzureichend genutzt wurden, dann sind die Ursachen offensichtlich eher in Bedingungen zu suchen, die Marktzugang und -attraktivität für inländische wie ausländische Anbieter gleichermaßen bestimmen.

Systemimmanente Innovationshemmnisse

Damit rücken spezifische Hemmnisse in den Fokus, die auf Strukturen und Regulierungen des deutschen Gesundheitssystems, namentlich auf dem Handlungsfeld der GKV, zurückzuführen sind. Dazu werden in der Literatur der allgemeine Digitalisierungsrückstand ebenso genannt wie die fehlende strategische Vernetzung der verschiedenen Akteure in ihren jeweiligen Rollen (zum Beispiel Mandry et al., 2023). Mögliche Ursachen werden an den regulatorischen Vorgaben des SGB V festgemacht und in unterschiedlicher Detailtiefe diskutiert. Grundsätzlich resultieren die aus der Perspektive der iGW monierten Mängel aus den fehlenden Anreizstrukturen im GKV-System (Hoch et al., 2025). So behindert zum Beispiel die strikte Trennung der ambulanten und stationären Versorgung eine gezielte Incentivierung der säulenübergreifenden Arbeitsteilung und

[13] Unter dem Begriff der Ambulantisierung lassen sich zwei unterschiedliche Transmissionskanäle fassen. Zum einen können darunter ausgabenpräventive Wirkungen verstanden werden, etwa wenn innovative Therapien stationäre Behandlungsbedarfe zugunsten ambulanter Versorgungsoptionen reduzieren. Zum anderen lassen sich unter dem Begriff Maßnahmen erfassen, die eine alternative, vor allem säulenübergreifende Organisation der medizinischen Versorgung anstreben – zum Beispiel, indem stationäre Einrichtungen ambulante Versorgungsaufgaben übernehmen oder umgekehrt diagnostische Leistungen von ambulanten Einrichtungen erbracht werden, die für eine stationäre Anschlussbehandlung notwendig sind.

der effizienzsteigernden Prozessinnovationen. Dieses Argument wird insbesondere für die Einsatzfelder Medizintechnik und E-Health angeführt. Allgemein begrenzen beispielsweise Preis- und Mengenregulierungen die Anreizwirkung des Marktmechanismus (stellvertretend Bataille/Wambach, 2018; Pimpertz, 2024). Darüber hinaus ist das Innovationsökosystem in Deutschland stark fragmentiert. So agieren akademische und angewandte Forschung weiterhin selten miteinander, vor allem im Vergleich zu konkurrierenden Forschungsstandorten. Trotz bereits erfolgter Reformen etwa im Bereich forschungspolitischer Gesetzgebungs- und Förderverfahren mangelt es zum Beispiel nach wie vor an Kooperationen in Form von Public-Private Partnerships, was häufig in einer Silo-Mentalität im Gesundheitssystem begründet liegt. Kooperationen werden zudem durch bürokratische Hürden wie komplexe Antragsverfahren und durch fehlende Finanzierungsmöglichkeiten erschwert (zum Beispiel Spies et al., 2021, und die dort zitierte Literatur). Damit korrespondieren Standortschwächen bei der Innovationsfinanzierung, unter anderem von Start-ups (Mandry et al., 2023).

Lösungsansatz Managed Care

Mit Blick auf die Kosten der medizinischen Versorgung werden in der Literatur unterschiedliche Ansätze unter dem Stichwort Managed Care diskutiert, welche die hier reklamierten Hemmnisse adressieren (stellvertretend SVR Gesundheit, 2018, sowie die darauf bezugnehmenden Beiträge von Bataille/Wambach, 2018; Breyer, 2018; Jacobs, 2018; Schnee/Greß, 2018; Wahlster et al., 2018). Unter dem Begriff werden zum einen Ansätze subsumiert, die die ambulanten und/oder stationären Leistungsanbieter in Netzwerken organisieren, dabei säulenübergreifende Versorgungskonzepte einbeziehen und bei denen Gatekeeper wie zum Beispiel Hausärzte die Patientensteuerung übernehmen. Zum anderen werden Lösungen erörtert, bei denen Gruppen von Leistungserbringern selektive Preis- und Mengenkonditionen mit den Kostenträgern verhandeln können, die von allgemeingültigen Vereinbarungen abweichen. Die unterschiedlichen Versorgungsformen können bei selektivem Netzwerkzugang mit finanziellen Anreizen für die Versicherten oder für die Patienten kombiniert werden. Zudem werden unterschiedliche Modelle mit Blick auf Qualitätsziele und deren Monitoring diskutiert. Gegenstand der verschiedenen Ansätze ist demzufolge die Effizienzsteigerung von Versorgungsprozessen in unterschiedlichen Formen, nicht aber ein substanzieller Eingriff in das Leistungsversprechen. Es geht um die Absicherung eines identischen Leistungsumfangs, den Patienten in unterschiedlichen Versorgungsmodellen entsprechend ihres Behandlungsbedarfs realisieren können. Nichtsdestotrotz kann es über eine effiziente Organisation der Versorgung gelingen, die medizinische Ergebnisqualität zu verbessern – zum Beispiel können in einem säulenübergreifendem Versorgungskonzept mit geeigneter Patientensteuerung und unter Einsatz digitaler Lösungsoptionen Innovationen verbreitet Anwendung finden, deren Einsatz in tradierten Versorgungsformen etwa an hohen Investitionskosten scheitert. Im Fokus der Managed-Care-Logik stehen jedoch Effizienzpotenziale, die nicht unmittelbar ausgabenrelevant werden.

Die Diskussionsbeiträge stellen meist auf die Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung unter Wahrung des Wirtschaftlichkeitsziels ab. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Verhältnis von Leistungserbringern zu Patienten. Bataille/Wambach (2018) verweisen jedoch auf das komplexe Zusammenspiel entlang der Versorgungskette und erweitern die Perspektive um die Rolle der GKV. Dabei arbeiten sie die besondere Bedeutung der wettbewerblichen Selbststeuerung heraus. Sie argumentieren, dass die Krankenkassen bislang weder dazu angereizt werden noch über hinreichende Gestaltungsmöglichkeiten verfügen, um besondere Versorgungsformen nach dem Leitbild des Managed Care gemeinsam mit den Leistungserbringern zu entwickeln (Bataille/Wambach, 2018, 626 f.). Im Ergebnis werden dadurch aber die Leistungserbringer vor Wettbewerb geschützt (Bataille/Wambach, 2018, 626; ebenso Pimpertz, 2024).

Wenn Wettbewerb auf den Versorgungsmärkten ein Instrument ist, um das ökonomische Zielkriterium erfolgreich anstreben zu können, betrifft dies die Anbieter auf den Handlungsfeldern der iGW sowie die Leistungserbringer in ihrer Rolle als Nachfrager. In einem Wettbewerb um effiziente Lösungen ist zu erwarten, dass sich je nach regionalen Voraussetzungen unterschiedliche Versorgungsmodelle herauskristallisieren und dazu unterschiedliche Angebote auf den Handlungsfeldern der iGW zum Einsatz kommen. Dies können säulenübergreifende Versorgungskonzepte oder selektive Versorgungsnetzwerke mit einheitlichen oder differenzierten Lösungen zum Beispiel in der digital unterstützten Prozesssteuerung sein – Erfolgsfaktoren für die Implementierung innovativer Lösungen zum Beispiel auf den Handlungsfeldern Medizintechnik oder E-Health. Weil der Wettbewerb im Sinne eines Entdeckungsverfahrens fungiert (Hayek, 1968), sind auch andere Modelle denkbar.

3.3 Drittes Zwischenfazit: Effizienz durch Managed-Care-Modelle

Diese Argumentation folgt nicht etwa einer industriepolitischen Motivation.[14] Sie ergibt sich aus der Notwendigkeit, effiziente Versorgungslösungen identifizieren zu müssen, um das Wachstum der Leistungsausgaben pro Fall dauerhaft bremsen zu können. Die politisch zu beantwortende Frage lautet also nicht, ob die Unternehmen der iGW auf ihren Handlungsfeldern effiziente Lösungen unterstützen können. Vielmehr ist die Frage zu beantworten, unter welchen Bedingungen sie das bestmöglich leisten können. Die vorläufige Antwort darauf lautet, dass dies Wettbewerbsbedingungen erfordert, die gleichermaßen für Anbieter und Nachfrager auf dem Versorgungsmarkt gelten.

10. Innovative Lösungen der iGW können maßgeblich dazu beitragen, das Wachstum der Versorgungskosten je Leistungsfall zu bremsen.

11. Voraussetzung dafür ist die Beseitigung systemimmanenter Hemmnisse, die vor allem aus den Regulierungen des SGB V resultieren.

12. Unter dem Stichwort Managed Care werden verschiedene Versorgungsmodelle diskutiert, die je nach regionalen Voraussetzungen geeignet sind, die medizinische Versorgung bei gleicher oder verbesserter Behandlungsqualität effizient zu organisieren.

    In einem Wettbewerb konkurrierender Versorgungsmodelle werden marktwirtschaftliche Selbststeuerungskräfte incentiviert, welche die Nachfrage nach innovativen Lösungsangeboten auf den Handlungsfeldern der iGW anreizen.

Wenn zentrale Steuerungsprinzipien auf dem Versorgungsmarkt benannt worden sind, die den Einsatz innovativer Lösungen auf den Handlungsfeldern der iGW einbeziehen, so ist damit noch nicht beantwortet, ob und wie effiziente Versorgungsalternativen zu beitragswirksamen Entlastungen in der GKV führen können. Entscheidet sich der Gesetzgeber für eine marktwirtschaftliche Ordnung der Versorgungsmärkte und definiert darüber mittelbar die Rolle der iGW, sind im Zuge einer Strukturreform weiterführende Fragen zur Ordnung der GKV zu beantworten.

[14] Das ergibt allein deshalb keinen Sinn, weil nationale Industriepolitik eine Differenzierung der Instrumente nach inländischen und ausländischen Anbietern der iGW erfordern würde.

4 Zwei Szenarien für den Reformprozess, eine Herausforderung

Bevor mögliche Antworten auf diese weiterführende Ordnungsfrage skizziert werden, sind zunächst Gestaltungsalternativen für den Reformpfad aufzuzeigen. Ziel ist es, eine Orientierung über mögliche Reformpfade zu gewinnen, die der Gesetzgeber im Zuge einer Strukturreform verfolgen kann. Dazu werden zwei idealtypische Szenarien beschrieben, welche stellvertretend für unterschiedliche Rollen stehen, die der Staat in der Gesundheitspolitik einnehmen kann. Dies geschieht in dem Bewusstsein, dass die beiden Szenarien lediglich zwei Punkte auf einem Kontinuum denkbarer Lösungen markieren und damit den politischen Handlungsspielraum stark verkürzt darstellen. Beide Varianten stehen unter dem ökonomisch begründeten Primat der Beitragssatzstabilität. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Wirkungskette, über die eine Dämpfung der Fallkostenentwicklung in der GKV angestrebt werden kann.[15]

In der bestehenden Steuerungslogik der GKV wird das Ziel einer wirtschaftlichen Versorgung bislang maßgeblich über qualitative sowie mengen- und preisbezogene Vorgaben für die beteiligten Rollen und Kombinationen aller drei Dimensionen angestrebt. Das gilt sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung, ebenso für Arzneimittel und Medizinprodukte. So werden beispielsweise Preise im innovativen, patentgeschützten Arzneimittelbereich auf dem Verhandlungsweg mit der GKV auf der Grundlage einer frühen Zusatznutzenbewertung im Rahmen des AMNOG-Prozesses bestimmt. Auf diese ausgehandelten Preise sind gesetzlich definierte Rabatte gegenüber der GKV zu gewähren. Herstellerabschläge sind grundsätzlich auch für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel von den Unternehmen zu leisten. Der G-BA legt den heranzuziehenden Therapiestandard und die Endpunkte für die Bewertung des Zusatznutzens eines innovativen Arzneimittels fest und entscheidet anhand dieser Kriterien, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit darüber, ob eine medizintechnische oder (bio-)pharmazeutische Innovation unter die Leistungspflicht der GKV fällt.[16]

4.1 Rationierungsszenario – zentrale Vorgaben steuern individuelles Verhalten

Dieser Steuerungsansatz wird im Rationierungsszenario beibehalten. Die Verantwortung für die Einhaltung fiskalischer Zielvorgaben liegt damit entweder direkt beim Gesetzgeber oder wird mittelbar angestrebt, indem der Gesetzgeber dazu notwendige Entscheidungsprozesse an nachgelagerte Akteure delegiert – zum Beispiel im Rahmen von Verhandlungsprozessen zur Bestimmung von Entgelt- und Preiskonditionen im

[15] Damit greift der Ansatz weder dem anstehenden Expertenvotum der FKG noch den politisch zu entscheidenden Abwägungen über Zielkonflikte vor, die zwischen dem medizinischen Versorgungsmotiv, den sozialpolitischen Vorgaben einer solidarischen GKV und den wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens auftreten.

[16] Insbesondere bei pharmazeutischen Innovationen wird der Zusatznutzen grundsätzlich anhand einer Vergleichstherapie bestimmt (ohne Orphan Drugs; § 35 a SGB V). Das erschwert eine Bewertung nicht nur in den Fällen, in denen neue Methoden angewendet werden und für die eine Vergleichstherapie nur bedingt aussagekräftig ist. Auch mit Blick auf medizintechnische Innovationen entscheidet der G-BA kriteriengestützt (§ 135 Abs. 1, §§ 137c, 137e und 137h SGB V). Bei Anwendungen im Bereich der stationären Versorgung gilt die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, während in der ambulanten Versorgung in der Regel das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt. Bereits mit der Differenzierung der Aufnahmekriterien nach ambulanter und stationärer Anwendung stellt sich die Frage nach den Anreizwirkungen in säulenübergreifenden Versorgungskonzepten. Der Komplexitätsgrad nimmt noch einmal zu, sobald innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus unterschiedlichen Handlungsfeldern der iGW zu vergleichen und zu bewerten sind. Fraglich ist, ob unter den vorgegebenen Kriterien das Verfahren zum Beispiel geeignet ist, dem langfristig ausgabenpräventiven Einfluss medizinischer Innovationen hinreichend Rechnung zu tragen oder Ansätze zur Verbesserung der Effizienz medizinischer Versorgungsprozesse zu befördern. Daraufhin hat der Gesetzgeber zu prüfen, ob er dem G-BA geeignete Regeln und Kriterien für die Zulassungsentscheidung an die Hand gibt.

Arzneimittelbereich oder über das für den G-BA maßgebliche Entscheidungsverfahren zur Konkretisierung des medizinischen Versorgungsanspruchs.

Das Ziel stabiler Beitragslasten erfordert, die für die Leistungserbringung relevanten preis- und mengenbezogenen Vorgaben zunehmend restriktiver zu definieren, damit das Wachstum der Leistungsausgaben pro Kopf hinter dem der Gesamtausgaben zurückbleibt. Die Frage ist, ob unter dieser Prämisse erwartet werden darf, dass effizienzsteigernde Innovationen und Lösungsbeiträge entwickelt und verbreitet in der Versorgung angewendet werden.

- Das Rationierungsszenario unterstellt, dass der Gesetzgeber beziehungsweise die nachgelagert beauftragten Akteure zielführende Innovationen identifizieren und für die medizinische Versorgung der GKV-Versicherten unmittelbar vorschreiben.[17] Ebenso wäre es Aufgabe des Staates, effiziente Versorgungsformen zu identifizieren, die eine kostengünstigere Leistungserbringung erwarten lassen.[18] Die Identifikation geeigneter Innovationen und effizienter Versorgungsstrategien durch die Exekutive provoziert jedoch den Einwand, der Staat maße sich Wissen an, das erst über den anonymen Marktmechanismus entsteht (Hayek, 1968). Unter wirtschaftlichem Handlungsdruck droht in diesem Fall der Zielkonflikt zwischen den Zielen der Versorgungssicherung und der Beitragssatzstabilität einseitig zulasten der innovativen Medizin entschieden zu werden.

- Sollen dagegen die Leistungserbringer über den wirtschaftlichen Anpassungsdruck angereizt werden, zielführende Lösungskonzepte zu entwickeln, zu erproben und anzuwenden, dann müssen dafür weitere Bedingungen erfüllt sein. Die Erwartung könnte darin bestehen, dass über zunehmend restriktive Vorgaben für die gegenüber der GKV abrechenbaren Leistungen nicht nur der wirtschaftliche Anpassungsdruck auf Seiten der Leistungserbringer stetig steigt. Darüber – so die Hoffnung – könnte auch der Anreiz verstärkt werden, eine medizinisch gleichwertige Versorgung zu geringeren Kosten bereitzustellen. Im Erfolgsfall wäre zu erwarten, dass effizienzsteigernde Innovationen von anderen Leistungserbringern adaptiert werden und über diesen Transmissionskanal eine effiziente Organisation der Versorgung gelingt. Auf Seiten der ambulanten und stationären Versorgung bräuchte es dafür jedoch vertragliche Gestaltungsfreiräume, damit zum Beispiel säulenübergreifende Versorgungskonzepte oder andere Modelle erprobt werden können, die eine gleichwertige oder qualitativ verbesserte Leistung erbringen. Erst unter dieser Voraussetzung darf erwartet werden, dass die Leistungserbringer aus ihrem eigenen unternehmerischen Interesse Produkte und Dienstleistungen auf den Handlungsfeldern der iGW nachfragen werden, die eine effiziente Organisation der Versorgung ermöglichen. Dies betrifft zum Beispiel Anwendungen aus den Bereichen der Medizintechnik und E-Health.

Davon wären allerdings Innovationen auszunehmen, die unmittelbar Gegenstand der medizinisch veranlassten Diagnose- und Therapieverordnung sind. Wenn der Versorgungsauftrag der Leistungserbringer medizinische Innovationen inkludiert und das Solidaritätsprinzip in der GKV gleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung erfordert, dann kann zum Beispiel die Verordnung einer innovativen Arzneimitteltherapie

[17] Beispielhaft sei dazu aus dem Handlungsfeld Medizintechnik auf den Einsatz bildgebender Diagnoseverfahren verwiesen. Das derzeitige Zulassungsverfahren vermag nicht sicherzustellen, dass in den unterschiedlichen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung jeweils Systeme der jüngeren Gerätegeneration angewendet werden. Um die zuvor beschriebenen Einsparpotenziale auf diesem eng abgegrenzten Handlungsfeld mobilisieren zu können, bräuchte es verbindliche Vorgaben für die Investitionsentscheidungen der ambulanten und stationären Leistungserbringer, damit die jeweils zielführende Technologie zur Anwendung gelangt.

[18] Derzeit sieht der Gesetzgeber dafür integrierte Versorgungsformen nach § 140a SGB V sowie hausarztzentrierte Versorgungsmodelle nach § 73b SGB V vor. Darüber hinaus werden nach dem Konzept der Gesundheitsregionen alternative Formen erprobt.

nicht im Ermessen einzelwirtschaftlicher Entscheidungen liegen.[19] Hierfür bliebe das bislang praktizierte Marktzulassungs- und Verhandlungsverfahren maßgeblich. Fortlaufende Anpassungen des Verfahrens werden aber nicht nur aufgrund der technologischen Entwicklungen zum Beispiel in der (bio-)pharmazeutischen Forschung erforderlich.[20] Im Rahmen der Preisfindung im Zuge einer Markteinführung sind Anpassungen an veränderliche Rahmenbedingungen auf den globalen Gesundheitsmärkten notwendig.[21] Sofern der Gesetzgeber in diesem Fall etwa über zunehmend restriktivere Vorgaben die Ausgabenentwicklung in der GKV bremsen will, beeinflusst das Vorgehen nicht nur unmittelbar das betriebswirtschaftliche Ergebnis der inländischen wie ausländischen Anbieter. Es sind auch die absehbaren Konsequenzen auf diesem Handlungsfeld der iGW gegen Folgen abzuwägen, die sich mittelbar aus dem Ziel der Versorgungssicherung bei gleichzeitigem Versprechen einer innovativen Medizin abzeichnen (Kyle, 2007; Remuzat et al., 2015).

4.2 Modernisierungsszenario – Marktdynamik incentiviert Innovationen und Effizienz

Im Gegensatz dazu beschränkt sich die Rolle des Staates im Modernisierungsszenario auf die Rahmengebung für einzelwirtschaftliche Entscheidungen, ohne gesundheitspolitische oder fiskalische Zielgrößen vorzugeben. Die Ordnungsidee ist damit eine grundlegend andere als im Rationierungsszenario: Dem Gesetzgeber kommt im Modernisierungsszenario die Aufgabe zu, Marktbedingungen derart zu gestalten, dass die Leistungserbringer über ihr unternehmerisches Eigeninteresse angereizt werden, die medizinische Versorgung effizient zu gestalten.

Diese Strategie setzt darauf, die relevanten Akteure in ihren Rollen über vertragliche Gestaltungsspielräume direkt in die Lage zu versetzen – explizit über individuell verhandelbare Preise/Entgelte –, innovative und effizienzsteigernde Lösungen auf den relevanten Märkten zu erproben (Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, Hayek, 1968).[22] Über die wettbewerbliche Selbststeuerung entstehen Anreize, innovative Lösungen zu entwickeln, die im Zuge einer erfolgreichen Markteinführung zu einer verbreiteten Anwendung im Gesundheitswesen führen können. Die im Status quo definierten, mengenwirksamen Restriktionen bei einheitlichem

[19] In der medizinischen Versorgungsrealität treten derartige Fälle dennoch auf. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verlangt von Ärzten bei der Verordnung von Arzneimitteln mit der kostengünstigsten Option einzusteigen. Die Erstverordnung eines teureren Medikaments ist medizinisch begründungspflichtig und dokumentationsbedürftig. Mit anderen Worten: Nicht in jedem Fall ist im Status quo ein Zugang zu einer leitliniengerechten Therapie garantiert.

[20] Bereits im Zulassungsverfahren müssen klinische Studien nach bestimmten Vorgaben angelegt werden. Diese müssen an besondere Therapieoptionen (zunehmende Bedeutung von Therapien mit begrenzter Evidenzbasis und hohen Kosten) laufend angepasst werden, die sich infolge technologischer Entwicklungen ergeben. So werden wünschenswerte Innovationen nicht bereits über unpassende Studienanforderungen ausgeschlossen. Analog setzt sich dieses Erfordernis im Rahmen der frühen Zusatznutzenbewertung nach dem AMNOG fort (beispielhaft in Bartol et al., 2022).

[21] Stellvertretend sei hier auf das Beispiel der Arzneimittel verwiesen, deren globale Marktbedingungen sich infolge der US-amerikanischen Arzneimittelpolitik substanziell verändert haben. Die unternehmerische Abwägung über eine frühe Einführung auf dem deutschen Markt und den hieraus resultierenden Auswirkungen auf die Profitabilität sowohl des betreffenden Produkts als auch des Unternehmens gewinnt unter Berücksichtigung der bereits zuvor praktizierten Preisreferenzierung anderer Länder auf Deutschland mit der neuen Zielrichtung in der US-Arzneimittelpolitik (unter anderem MFN-Pricing) an Brisanz.

[22] Um in dem Beispiel der bildgebenden Diagnoseverfahren zu bleiben, bestünde nach dieser Argumentation die Hoffnung darin, dass ein Leistungsanbieter aus eigenem unternehmerischen Interesse in neue Technologien investiert, um über verbesserte und effiziente Diagnosemöglichkeiten seine Produktionskosten senken zu können. Aus einzel- wie aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive genügen die dafür notwendigen Investitionsentscheidungen dem Effizienzkriterium, wenn über den wirtschaftlichen Nutzungszeitraum die jeweiligen Einsparungen das Investitionsvolumen übertreffen. Übersteigen die Einsparungen das Investitionsvolumen, ist weiterführend zu diskutieren, wie der unternehmerische Gewinn zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen aufgeteilt werden kann, damit die Effizienzpotenziale beitragswirksam mobilisiert werden können (dazu Kapitel 5.1).

Leistungsentgelt können dafür aufgegeben werden, sie müssen es aber nicht. Für eine Incentivierung dieses Wettbewerbs reicht es, wenn die Leistungserbringer eine gleichwertige Versorgung in alternativen Modellen zu abweichenden Konditionen anbieten können.[23]

Diese Öffnung ist für den unternehmerischen Anreiz zwingend notwendig, damit zum Beispiel Nachlässe bei den Entgeltforderungen mindestens erlösneutral über eine höhere Umsatzmenge erwirtschaftet werden können (siehe Kapitel 5.1).[24] Über diesen Wirkungskanal ist ein gesteigertes Interesse der Leistungserbringer zu erwarten, innovative und effiziente Lösungsangebote auf den Handlungsfeldern der iGW einzubinden. Ausnahmen gelten für Innovationen, die unmittelbar Gegenstand der medizinischen Verordnung und damit der gesetzlichen Leistungspflicht der GKV sind.

Das Modernisierungsszenario verzichtet auf preis- und mengenrelevante Vorgaben. Der Gesetzgeber definiert die Rahmenbedingungen, unter denen relevante Akteure, Leistungserbringer und iGW gleichermaßen, im Wettbewerb neue Versorgungslösungen entwickeln und auf dem Markt erproben. Der Vorteil liegt darin, dass über den angelegten Marktmechanismus eine schnellere und verbreitete Anwendung medizinischer Innovationen ermöglicht wird. Der über die Marktdynamik beschleunigte Innovationsprozess folgt nicht nur dem Versorgungsversprechen einer innovativen Medizin, sondern befördert zusätzlich deren ausgabenpräventive Wirkung. Gleichzeitig bleibt der fiskalische Erfolg zunächst ungewiss.[25] Folglich besteht unter diesem Szenario die Notwendigkeit, politisch zu klären, welcher Rolle die Finanzierungsverantwortung zugewiesen werden soll, sollten aus einem erweiterten Leistungsanspruch höhere GKV-Aufwendungen resultieren.

[23] Das setzt unter anderem eine Anpassung des Sicherstellungsauftrags in der ambulanten Versorgung in seiner bisherigen Form voraus. Denn während bislang preis- und mengenrelevante Konditionen von der kassenärztlichen Vertretung einheitlich für alle zugelassenen Anbieter ausgehandelt und definiert werden, erfordern vertragliche Gestaltungsfreiheiten davon abweichende Lösungsoptionen. Das setzt wiederum voraus, dass einzelne Leistungserbringer oder Anbieternetzwerke jenseits der bisherigen Interessenvertretung auch in alternativen Konstellationen gegenüber der GKV verhandlungsberechtigt sind und von den allgemeingültigen Konditionen abweichende Vereinbarungen über Entgelte und Mengenbeschränkungen treffen können (Pimpertz, 2024). Diese Öffnung wird allein schon deshalb erforderlich, damit auch säulenübergreifende Versorgungskonzepte unabhängig von der nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung getrennten Regulierungslogik knappheitsgerecht entgolten werden können.

[24] Diese ökonomische Logik liegt auch der Krankenhausstrukturreform zugrunde. Mit dem abgestuften Versorgungsauftrag sollen zum Beispiel komplexe Behandlungen an spezialisierte Häuser adressiert werden, um über hohe Fallzahlen sowohl qualitative Standards sicherstellen als auch Skalierungspotenziale zur Senkung der Versorgungskosten pro Fall schöpfen zu können.

[25] Ex definitionem lassen sich die fiskalischen Effekte eines Innovationswettbewerbs vorab nicht bestimmen. Denn das würde die Kenntnis jener Innovationen voraussetzen, die es erst im Wettbewerb zu entwickeln, zu erproben und über den Marktmechanismus zu identifizieren gilt.

4.3 Fazit: Innovative Lösungen benötigen marktwirtschaftliche Anreize

13. Im Zuge einer Strukturreform kann der Staat das Ziel stabiler Beitragslasten einerseits in der bestehenden Steuerungslogik der GKV anstreben (Rationierungsszenario).

    - Dafür sind qualitäts-, preis- und mengenbezogene Vorgaben für die Leistungserbringung zunehmend restriktiver zu definieren.
    - Dieser Steuerungsanreiz führt nur dann zu einer effizienten Versorgung, wenn unter den hier gesetzten Rahmenbedingungen tatsächlich das unternehmerische Eigeninteresse der Leistungserbringer an innovativen Versorgungslösungen angereizt wird.
    - Das setzt vertragliche Gestaltungsfreiheiten auf dem Versorgungsmarkt voraus.

14. Andererseits kann der Staat das unternehmerische Eigeninteresse der Leistungserbringer unmittelbar anreizen. Hierfür räumt er vertragliche Gestaltungsfreiheiten für unterschiedliche Versorgungskonzepte (Managed Care) ohne Vorgabe fiskalischer Kriterien ein (Modernisierungsszenario).

    - Über den Marktmechanismus wird direkt der Anreiz für eine verbreitete Anwendung medizinischer Innovationen sowie deren Weiterentwicklungen gesetzt.
    - Wenn dafür fiskalische Zielvorgaben aufgegeben werden, lassen sich über eine verbesserte medizinische Prozess- und Ergebnisqualität die Beiträge der iGW zur Reduzierung von Folgekosten im Gesundheitssystem schneller mobilisieren.

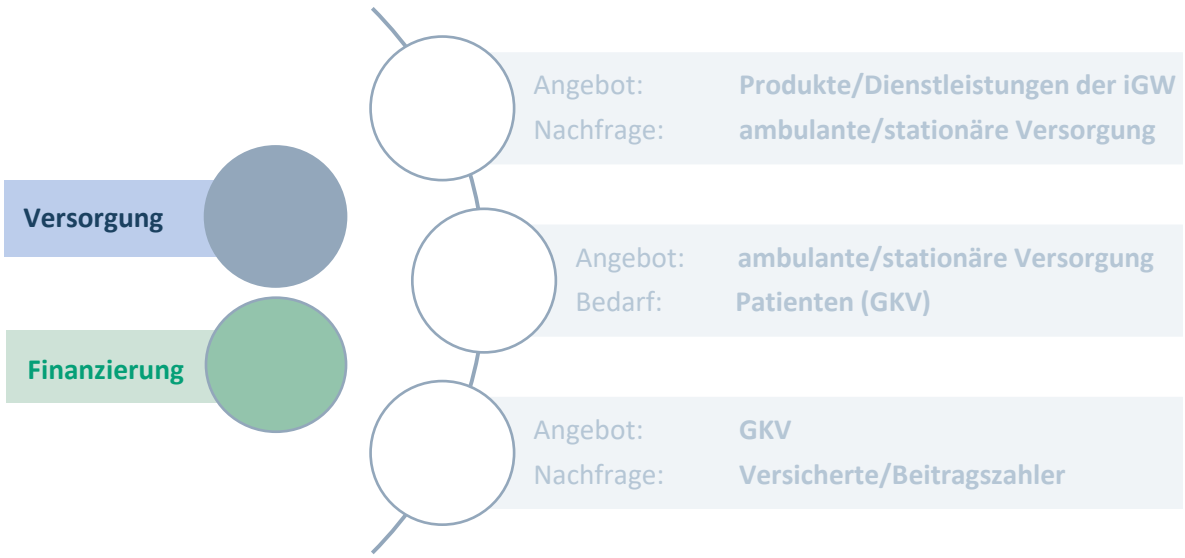
Unabhängig vom gewählten Reformpfad der Gesundheitspolitik gilt: Vertragliche Gestaltungsfreiheiten sind in der medizinischen Leistungserbringung Voraussetzung dafür, das unternehmerische Interesse an der Entwicklung effizienter Versorgungsalternativen zu wecken und innovative Lösungsbeiträge der iGW zu nutzen.

5 Innovative Medizin, innovative Versorgung und Solidarität

Die bisherigen Überlegungen sprechen für eine Logik wettbewerblicher Selbststeuerung auf dem Versorgungsmarkt im Sinne des Modernisierungsszenarios. Effiziente Bedingungen vorausgesetzt, bleibt damit aber unbeantwortet, unter welchen Voraussetzungen erwartet werden darf, dass die erhofften Einsparpotenziale zu beitragswirksamen Entlastungen in der GKV führen. Damit rücken weitere Rollen des Gesundheitssystems in den Fokus. Nicht nur die Leistungserbringer agieren auf dem Versorgungsmarkt in einer Doppelrolle als Nachfrager auf den für die iGW relevanten Märkten und als Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen gegenüber der GKV. Auch die gesetzlichen Krankenkassen stehen den Leistungserbringern als Nachfrager und – eine geeignete Struktur für einen Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Managed-Care-Modellen vorausgesetzt – ihren Versicherten als Anbieter einer bedarfsgerechten Versorgung im Erkrankungsfall gegenüber. Deshalb werden im Folgenden zunächst Implikationen für die GKV in ihrem Verhältnis zu den Leistungserbringern diskutiert. Anschließend werden daraus resultierende Konsequenzen für die Finanzierung erörtert, die das Verhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Versicherten betreffen (Abbildung 5-1).

Abbildung 5-1: Ordnungsfragen in der GKV

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

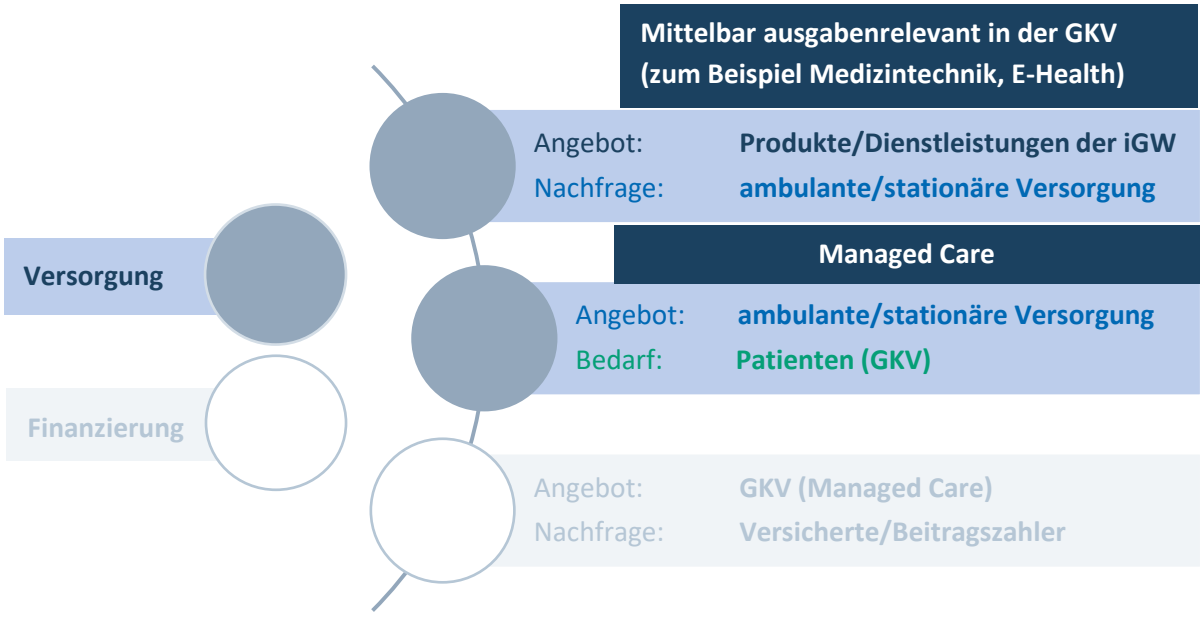
Die Komplexität des Gesundheitssystems erlaubt unter dem gegebenen Untersuchungsauftrag keine Diskussion von Detailfragen oder einen Entwurf einer umfassenden Lösungsskizze für die anstehende Strukturreform. Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich auf wenige, grundlegende Ordnungsfragen und können mögliche Lösungsoptionen nur kursorisch anreißen.

5.1 Wettbewerb der Versorgungsmodelle – Effizienzgewinne durch mittelbar ausgabenrelevante Innovationen

Wenn der Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Managed-Care-Modellen die Leistungserbringer dazu anreizen soll, effiziente Versorgungskonzepte zu entwickeln, dann werden damit zunächst mittelbar ausgabenwirksame Innovationsbeiträge aus den Handlungsfeldern der iGW einbezogen – es geht um eine Verbesserung der medizinischen Prozessqualität.[26] Innovationen auf den Handlungsfeldern der Medizintechnik oder E-Health sind für denkbare Organisationsformen mit säulenübergreifender Versorgung, digital unterstützter Leistungserbringung und Patientensteuerung erfolgskritisch (Abbildung 5-2).

Abbildung 5-2: Mittelbar ausgabenrelevante Innovationen, Leistungserbringer und GKV

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

Damit die erhofften Einsparpotenziale aber beitragswirksam mobilisiert werden können, braucht es ebenso einen wettbewerblichen Steuerungsanreiz im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und der GKV. Nur wenn der GKV vertragliche Gestaltungsfreiheiten gegenüber konkurrierenden Versorgungsangeboten eingeräumt werden, darf erwartet werden, dass die Leistungserbringer einen Anreiz erhalten, Einsparpotenziale gegenüber der GKV zu offenbaren.

[26] Wie bereits zuvor erwähnt (siehe Kapitel 3.2), ist davon auszugehen, dass Managed-Care-Modelle dazu beitragen, dass wünschenswerte Innovationen zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität verbreitet angewendet werden und auf diesem Wege die Entwicklung der Gesundheitsausgaben langfristig positiv beeinflussen.

Managed Care – Voraussetzung für gleiche Zugangschancen

Wenn von einem Nebeneinander unterschiedlicher Versorgungskonzepte auszugehen ist, dann stellt sich zunächst die Frage nach der Vereinbarkeit mit der GKV-Leistungspflicht. Im Fokus steht der Versicherte in seiner Rolle als potenzieller Patient, nicht als Beitragszahler. Aus dem Solidaritätsprinzip leitet sich der Anspruch der Versicherten auf gleiche Zugangschancen zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ab. Dieser bezieht sich zuallererst auf die Leistungspflicht der GKV sowie die Erreichbarkeit medizinischer Leistungsangebote. Der Anspruch auf medizinisch gleichwertige Leistungen ließe sich in unterschiedlichen Modellen realisieren, sofern mit der Auswahl eines Versorgungsmodells die GKV-Leistungspflicht nicht variiert werden kann. Die zentrale Voraussetzung dafür ist, dass der Gesetzgeber geeignete Vorkehrungen trifft, die eine qualitätsgesicherte Versorgung in unterschiedlichen Managed-Care-Modellen gewährleisten. Das gilt aber dem Grunde nach ebenso unter dem bisherigen Primat einer freien Wahl des Behandlers. Unter dieser Prämisse stehen Differenzierungen nach der Organisation des Versorgungsangebots nicht im Widerspruch zu dem Anspruch auf bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung.

Im Folgenden wird die These plausibilisiert, dass differenzierte Versorgungskonzepte sogar Voraussetzung sind, um gleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung sicherstellen zu können. Dafür spricht, dass sich die demografische Transformation je nach Region unterschiedlich auswirkt:

- Regionale Unterschiede zeigen sich zum einen in der Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung (BBSR, 2026). Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an die medizinische Versorgungsinfrastruktur, die sich je nach Altersaufbau der lokalen Bevölkerung mit unterschiedlicher Dynamik verändern. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in einer Region erfordert deshalb ein hohes Maß an Flexibilität, um die erforderliche Infrastruktur im Zeitverlauf bedarfsgerecht anpassen zu können.

- Zum anderen entwickeln sich die regionalen Arbeitsmärkte spiegelbildlich mit der Alterung der Bevölkerung. Insbesondere ist zu erwarten, dass in manchen Regionen alterungsbedingt stark steigende Versorgungsbedarfe auf ein vergleichsweise schwach entwickeltes Arbeitskräftepotenzial treffen. Anhand von Indikatoren, die die regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Leistungsangeboten des Gesundheitswesens messen, lässt sich zeigen, dass der Zugang zu einer gleichwertigen medizinischen Versorgung bereits heute mit den regionalen Gegebenheiten variiert (stellvertretend Neumeier, 2026; 2017). Um das Kriterium der Erreichbarkeit nicht fortlaufend aufweichen zu müssen, werden innovative Versorgungskonzepte notwendig, mit denen die medizinische Versorgung auch in Regionen mit schwächer entwickeltem Arbeitskräftepotenzial gewährleistet werden kann.

Die gesundheitspolitische Herausforderung besteht folglich weniger darin, in den Regionen gleichartige Versorgungskonzepte zu gewährleisten. Vielmehr ist unter den gegebenen regionalen Bedingungen eine medizinische Versorgung unter den spezifischen demografischen Anforderungen sicherzustellen. Während bundeseinheitliche Standards für die Organisation der medizinischen Versorgung nicht auf regionale Besonderheiten eingehen können, sind vertragliche Gestaltungsfreiheiten für Leistungserbringer und GKV Voraussetzung dafür, dass sich über die wettbewerbliche Selbststeuerung innovative Strukturen herausbilden können. Diese Innovationen sind notwendig, um den Behandlungsbedarfen unter den regionalen Gegebenheiten hinreichend begegnen zu können – zum Beispiel durch säulenübergreifende Konzepte.[27] Dabei steht in weniger

[27] Aus diesem Argument leitet sich ein kritischer Hinweis auf die aktuelle Krankenhausstrukturreform ab: Selbst wenn mit einem abgestuften Versorgungsauftrag die Idee verbunden wird, Spezialisierungsvorteile in der stationären Versorgung zu mobilisieren, hält die Strukturanpassung zum einen an der Logik einer zweisäuligen Versorgung fest. Die Entwicklung säulenübergreifender Versorgungskonzepte wird mit dieser Reform nicht incentiviert. Zum anderen werden die Entgelte für die Krankenhausbetreiber zwar

dicht versorgten Regionen die Sicherstellung im Fokus. In bislang dicht versorgten Gebieten ist dagegen zu erwarten, dass über die wettbewerbliche Selbststeuerung unterschiedliche Versorgungskonzepte entwickelt werden, die gleichwertige Leistungen zu unterschiedlichen Versorgungskosten bereitstellen. Die Innovationsbeiträge auf den Handlungsfeldern der iGW sind dafür von zentraler Bedeutung.

Voraussetzung für die beitragswirksame Mobilisierung von Einsparpotenzialen

Vertragsfreiheiten sind auf Seiten der GKV aber nicht nur eine Voraussetzung für die Sicherstellung gleichwertiger Zugangschancen. Sie sind auch notwendige Bedingung, damit über den Verhandlungsprozess mit den unterschiedlichen Leistungsangeboten Einsparpotenziale in der GKV beitragswirksam mobilisiert werden können. Damit rückt der Versicherte in seiner Rolle als Beitragszahler in den Fokus. Zur Begründung dieser Aussage ist zunächst die Verhandlungssituation zwischen GKV und konkurrierenden Leistungserbringern in den Blick zu nehmen:

Angenommen, zwei Versorgungskonzepte versprechen, die medizinische Leistungserbringung in einer Region zu übernehmen. Unterstellt wird, dass dies je nach Modell zu unterschiedlich hohen Kosten gelingt. Damit ist jedoch nicht sichergestellt, dass die GKV den effizient wirtschaftenden Anbieter identifizieren kann. Bei einheitlichen Entgelten fehlt den Anbietern bislang die Möglichkeit, niedrigere Versorgungskosten mit der GKV zu vereinbaren. Stattdessen führen einheitliche Konditionen bei geringeren Kostenstrukturen des einen Versorgungskonzepts dazu, dass das Betriebsergebnis in diesem Modell bei gleicher Patientenauslastung höher ausfällt als bei dem weniger effizient wirtschaftenden Mitbewerber. Damit diese Einsparpotenziale in der GKV beitragswirksam werden können, braucht es einen Anreiz für den effizient wirtschaftenden Anbieter, die Einzelleistung abweichend von den einheitlichen Konditionen zu einem niedrigeren Entgelt anzubieten. Dies lohnt sich, wenn sich ein geringeres Entgelt je Leistungsfall mindestens umsatzneutral kompensieren lässt – zum Beispiel über ein Aufweichen mengenwirksamer Restriktionen, die bislang in der ambulanten Versorgung für einzelne Anbieter gelten. Über eine höhere Fallzahl lässt sich das Betriebsergebnis bei niedrigerem Einzelleistungsentgelt optimieren.

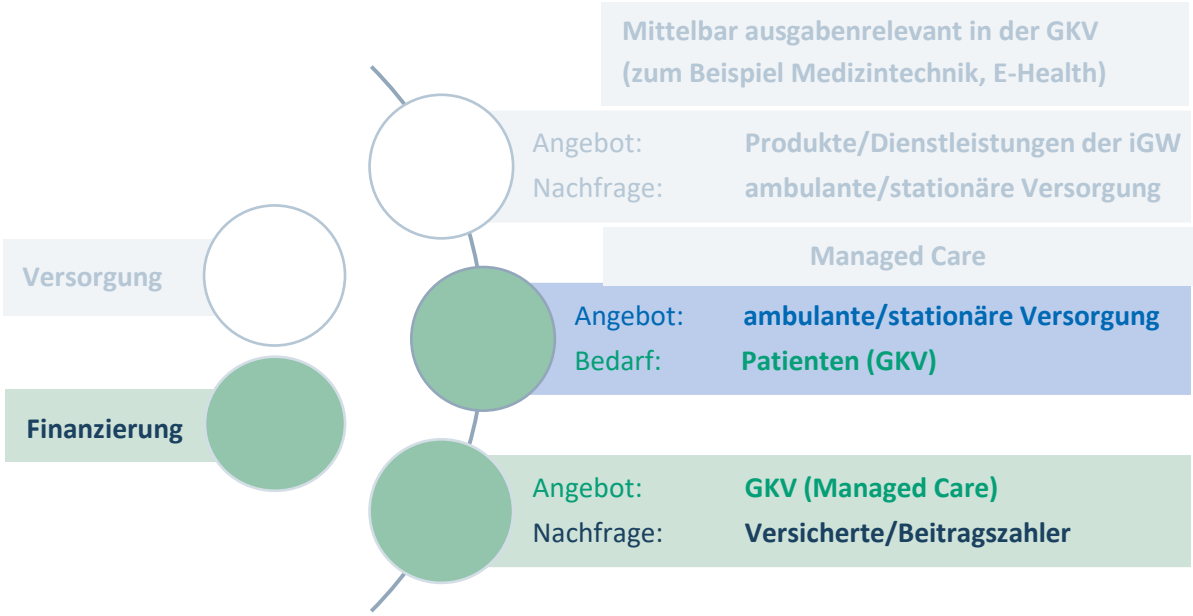
Dies wäre im Sinne des ökonomischen Reformkriteriums zielführend, weil damit ein größerer Anteil der Leistungsnachfrage zu günstigeren Konditionen versorgt werden kann. Dazu bedarf es auf Seiten der GKV eines Mechanismus, über den Patienten zu dem effizient wirtschaftenden Versorgungskonzept gelenkt werden können. Nur unter dieser Voraussetzung kann der Verhandlungspartner auf Seiten der GKV eine höhere Auslastung eines bestimmten Versorgungskonzepts versprechen, um im Gegenzug niedrigere Einzelleistungskonditionen durchsetzen zu können (Abbildung 5-3).

---

je nach Versorgungsauftrag unterschiedlich, aber für konkurrierende Anbieter auf einer Versorgungsstufe einheitlich definiert. Deshalb lässt sich ebenso wenig ein Wettbewerb zwischen gleichwertigen stationären Einrichtungen in dicht versorgten Regionen initiieren, um darüber effiziente Betreibermodelle identifizieren zu können.

Abbildung 5-3: Marktbeziehung zwischen GKV und Versicherten/Beitragszahlern

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

Preissignale zur Patientensteuerung

GKV-Patienten lassen sich wiederum über zwei verschiedene Ansätze steuern. Einerseits wäre denkbar, qua Gesetz die bislang kostenlose freie Arztwahl aufzugeben und stattdessen – wie politisch gefordert – ein einheitliches Primärarztsystem als allgemeingültigen Leistungsanspruch zu definieren.[28] Hierdurch würde jedoch das Spektrum konkurrierender Managed-Care-Modelle ex ante begrenzt, statt alternative Modelle der Patientensteuerung über den wettbewerblichen Selbststeuerungsmechanismus entwickeln und erproben zu können.

Alternativ können auf Seiten der GKV Versicherungstarife für unterschiedliche Versorgungskonzepte angeboten werden – zum Beispiel ein Tarif mit freier Wahl des Behandlers und weitere Tarife je nach präferierter wohnortnaher Versorgungsform.[29] Für eine präferenzgerechte Entscheidung der Versicherten ist ein

[28] Damit ist eine freie Arztwahl insbesondere in der fachärztlichen Versorgung nicht ausgeschlossen. Sie muss aber über eine Zuzahlungspflicht mit einem finanziellen Malus belastet werden, sofern Patienten ohne vorherige Konsultation des Primärarztes bei einem Facharzt vorstellig werden. Ohne eine preisliche Differenzierung ließe sich nicht gewährleisten, dass die vermuteten Effizienzwirkungen eines Primärarztsystems ausgabenwirksam in der GKV umgesetzt werden. Diese Logik ließe sich ebenso gut umkehren, indem eine Versorgungsoption in einem Managed-Care-Modell mit verpflichtender Primärarztkonsultation zu einem anderen Versichertenbeitrag führt als eine Versorgungsoption mit freier Wahl des Behandlers – der finanzielle Anreiz wirkt auf Versichertenseite identisch.

[29] Diesem Gedanken ist der Gesetzgeber zum Beispiel mit der Idee der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V gefolgt. Bei der Wahl dieser Versorgungsform verpflichten sich die Versicherten, ihren Behandlungsbedarf zunächst an den zugewiesenen Hausarzt zu adressieren, der gegebenenfalls die Weiterleitung an die fachärztliche oder stationäre Versorgung veranlasst. In der Erwartung, dass über die Lotsenfunktion des Hausarztes Einsparpotenziale im Rahmen der Patientensteuerung realisiert werden können, werden den gesetzlichen Krankenkassen für diese Alternative auch vertragliche Gestaltungsspielräume gegenüber den teilnehmenden Leistungsanbietern eingeräumt.

knappheitsgerechtes Preissignal vonnöten, das zwischen Modellen mit freier Wahl des Leistungsanbieters und selektivem Zugang zu Managed-Care-Konzepten differenziert.[30] So es den Leistungserbringern im Zusammenspiel mit den gesetzlichen Kassen gelingt, preisgünstige Versorgungskonzepte zu entwickeln, nehmen die Versicherten mit ihren Wahlentscheidungen mittelbar Einfluss auf die Verhandlungsposition der GKV gegenüber den Leistungserbringern. Bei Konzepten mit günstigeren Versorgungskosten, die eine hohe Zustimmung auf Versichertenseite erwarten lassen, bieten sich den Vertretern der gesetzlichen Kassen dann größere Verhandlungsspielräume bei der Vereinbarung der Einzelleistungsentgelte. Über diesen Ansatz würden die Krankenkassen einem stärkeren Wettbewerbsdruck unterliegen, attraktive Versorgungsmodelle für ihre Versicherten zu kontrahieren, als in einem Modell mit einem einheitlichen Standard für die Patientensteuerung.

Implikationen für das Solidaritätsprinzip in der GKV

Ein einheitlicher Standard für die Patientensteuerung, wie zum Beispiel das verpflichtende Primärarztsystem, schränkt das Spektrum möglicher Versorgungsalternativen und damit die Wirkung der wettbewerblichen Selbststeuerung ein. Dennoch sei angenommen, die Patienten ließen sich darüber gezielt in effizient wirtschaftende Versorgungskonzepte steuern. Für diese gelten günstigere Konditionen je Einzelleistung als unter den bisherigen Bedingungen. Dann würden die Einsparpotenziale zwar für die GKV beitragswirksam mobilisiert, diese aber in der Solidargemeinschaft aller GKV-Versicherten kollektiviert. Mittelbar würde der Solidarausgleich damit auf die Entstehungskosten der Versorgung ausgeweitet, wenn je nach regionalen Gegebenheiten verschiedene Versorgungskonzepte zur Anwendung gelangen, bei denen gleichartige Leistungstatbestände unterschiedlich hohe GKV-Ausgaben verursachen.

Alternativ ließe sich eine präferenzgerechte Wahlentscheidung der Versicherten kostenbewusst steuern, wenn deren Entscheidung zugunsten einer Versorgungsalternative mit einem knappheitsgerechten Preissignal versehen wird. Der Lösungsraum auf Seiten der Leistungserbringung ließe sich über diesen Anreiz erweitern, weil innovative Konzepte mit alternativer Patientensteuerung entwickelt werden können. Das setzt jedoch voraus, dass der individuelle Beitrag zur GKV um einen absoluten Betrag ergänzt wird, damit die Wahlentscheidung des Versicherten einkommensunabhängig incentiviert werden kann (Pimpertz, 2024). Über diesen Weg würden Einsparpotenziale individualisiert. Der solidarische Ausgleich würde nicht um versorgungsseitige Kostenunterschiede erweitert, sondern auf der Finanzierungsseite eingeschränkt. Wird neben dem lohn- und rentenproportionalen Beitrag ein zusätzlicher Betrag je nach Wahl des präferierten Versorgungsmodells erhoben, dann werden die finanziellen Konsequenzen der präferenzgerechten Wahlentscheidungen nicht länger über den solidarischen Finanzierungsbeitrag umverteilt.[31] Gleichzeitig würde damit der

[30] Allerdings erlaubt die Logik der solidarischen Beitragsfinanzierung bislang nicht, den Beitrag der GKV-Mitglieder nach Maßgabe ihrer präferierten Versorgungslösung zu differenzieren. Unter dieser Vorgabe ist die Option einer kostenlosen freien Arztwahl aus anreiztheoretischer Perspektive die überlegene Wahl, weil zum Beispiel mit der hausarztzentrierten Versorgung Entscheidungsfreiheiten aufgegeben werden, ohne dafür im Gegenzug eine materielle Kompensation zu erfahren. Dies mag auch erklären, warum die hausarztzentrierte Versorgung nicht flächendeckend gewählt wird (Pimpertz, 2024).

[31] Theoretisch ließe sich die Diskussion um die Frage erweitern, ob mit der Wählbarkeit der Versorgungsmodelle bei entsprechend differenzierten Versicherungstarifen adverse Selektionsprozesse drohen, die es in einer solidarischen Krankenversicherung zu vermeiden gilt. Die Überlegungen stehen allerdings unter der Annahme, dass die Leistungsangebote unterschiedlicher Managed-Care-Modelle nicht die Leistungspflicht der GKV substanziell beschränken. Deshalb leuchtet zunächst nicht ein, warum die Wahl kostengünstiger Versorgungskonzepte von einer Versichertengruppe mit hohen oder niedrigen Erkrankungsrisiken präferiert werden und das zum Ausschluss anderer Gruppen mit abweichenden Risikomerkmalen führen sollte.
Wenn überhaupt, ließe sich an dieser Stelle das theoretische Argument der asymmetrischen Informationsverteilung mit Blick auf die unterstellte Wahrung einheitlicher Qualitätsstandards diskutieren. Allerdings unterliegt auch der Gesetzgeber der

Wettbewerbsdruck auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen steigen. Diese können im Verhandlungsprozess mit den Anbietern unterschiedlicher Versorgungskonzepte nur dann attraktive Entgeltkonditionen aushandeln, wenn sie ihren Versicherten präferenzgerechte Versorgungskonzepte anbieten und diese in hinreichend großer Zahl nachgefragt werden.

Die alternativen Herangehensweisen können je nach politischer Zielgewichtung unterschiedlich bewertet werden. An dieser Stelle ist folgende Feststellung relevant:

15. Damit Effizienzpotenziale einzelner Versorgungskonzepte in der GKV zu beitragswirksamen Entlastungen führen, braucht es auf Seite der GKV eine wettbewerbliche Selbststeuerung.

    Das setzt zum einen vertragliche Gestaltungsspielräume für die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern voraus. Zum anderen bedarf es weiterer Instrumente, um Patienten im Erkrankungsfall in die effizient wirtschaftenden Versorgungsmodelle steuern zu können.

    Dafür muss auch das Verhalten auf der Versichertenseite über knappheitsgerechte Preissignale gesteuert werden.

asymmetrischen Informationsverteilung. Deshalb ist a priori nicht sichergestellt, ob über die Vorgabe einheitlicher Qualitätsstandards und qualitätssichernder Verfahren deren Einhaltung in der medizinischen Praxis sichergestellt werden kann. Selbst wenn sich die Therapie für eine diagnostizierte Erkrankung darüber qualitätsgesichert kontrollieren ließe, würde die Diagnose im Einzelfall immer noch unter den Bedingungen der asymmetrischen Informationsverteilung erfolgen. Deshalb ist zu fragen, ob eher in einem System wettbewerblicher Selbststeuerung zielführende Impulse zur Weiterentwicklung der qualitätssichernden Standards zu erwarten sind oder bei einer einheitlichen gesetzlichen Vorgabe.

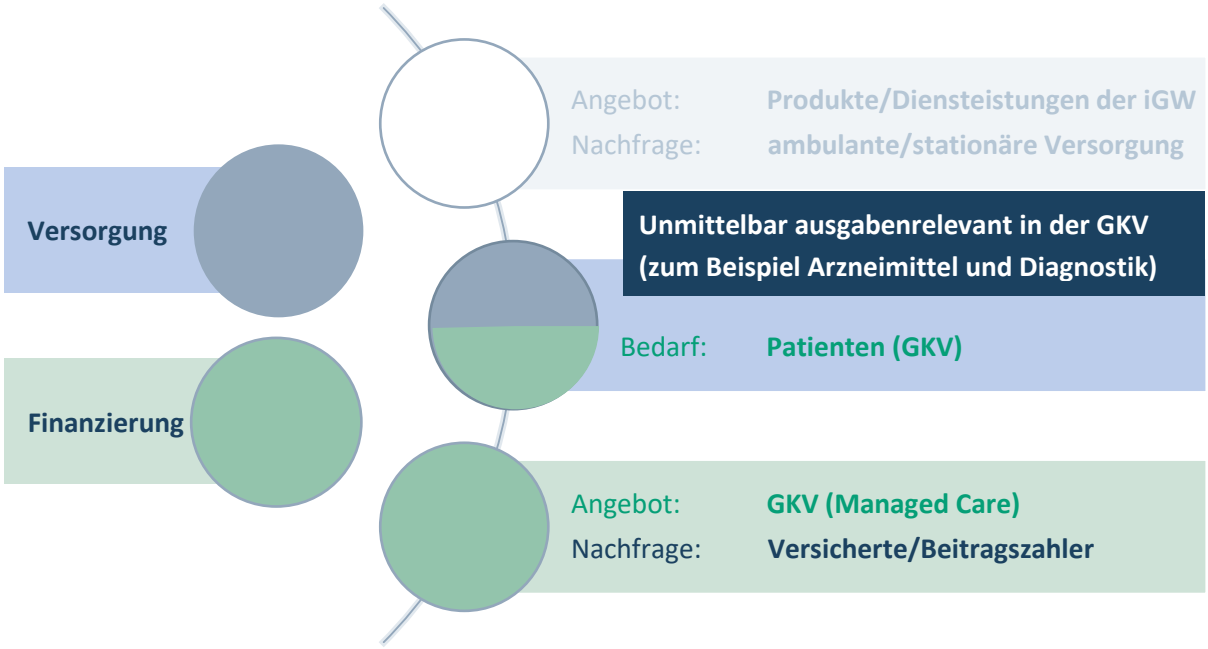
Schließlich führt das Argument der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient zu der Vermutung einer angebotsinduzierten Nachfrageausweitung. Die bislang vorgesehenen Regulierungen legen jedoch die Vermutung nahe, dass praxisindividuelle Budgetierungen bei einheitlichen Entgelten zwar den gegenüber der GKV abrechenbaren Umsatz begrenzen, darüber hinaus aber Ausweichreaktionen auf nicht erstattungsfähige Leistungstatbestände provozieren. Dagegen bietet eine wettbewerbliche Selbststeuerung einen alternativen Ansatz, eine unerwünschte Nachfrageausweitung zu Lasten der GKV über das unternehmerische Eigeninteresse der Leistungserbringer zu disziplinieren.

5.2 Unmittelbar ausgabenwirksame Innovationen – finanzierungsseitige Implikationen

Die Ausführungen zu der Frage, wie innovative Lösungen der iGW zu einer effizienten Versorgung beitragen können, beziehen sich auf **mittelbar ausgabenrelevante** Leistungen, die beispielhaft für Handlungsfelder wie Medizintechnik oder E-Health diskutiert wurden. Bislang ging es vorrangig um die Frage der Verbesserung medizinischer Prozessqualitäten, ohne damit Beiträge zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität beider Handlungsfelder in Abrede zu stellen. Anders sind dagegen innovative Beiträge der iGW zu diskutieren, die in der GKV qua medizinischer Verordnung **unmittelbar ausgabenrelevant** werden (Abbildung 5-4). Aus den Handlungsfeldern der iGW sind dafür zum Beispiel Arzneimittel- und biotechnologische Forschung sowie Diagnostika relevant, die auf die Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität zielen. Vergleichbare Wirkungen können zum Beispiel von weiteren Innovationen auf dem Handlungsfeld der Medizintechnik ausgehen.

Abbildung 5-4: Unmittelbar ausgabenrelevante Innovationen der iGW

Schematische Darstellung



Eigene Darstellung.

Gesetzt den Fall, Versicherte könnten zwischen Versorgungsmodellen wählen, die zwar eine Leistungserbringung gleicher Qualität versprechen, aber gleichzeitig innovative Arzneimitteltherapien einbeziehen oder ausschließen. In diesem Fall droht die Gefahr adverser Selektionsprozesse, weil der medizinische Versorgungsanspruch je nach individueller Präferenz, Zahlungsbereitschaft oder Zahlungsfähigkeit unterschiedlich ausfallen würde. Das widerspräche dem Anspruch gleicher Zugangschancen zu einer gleichwertigen und bedarfsgerechten Medizin für alle Versicherten (Pimpertz, 2024). Hinzu käme, dass über die Möglichkeit des Ausschlusses innovativer Therapien die Markteinführung innovativer Arzneimittel für Unternehmen unattraktiver werden kann, weil hierdurch das potenzielle Marktvolumen beschränkt würde. In der Folge bestünde zudem die Gefahr, dass nach Patentauslauf ebenso die Markteinführung entsprechender

Nachahmerpräparate zur Disposition steht und damit die zukünftige Breitenversorgung im Vergleich zu anderen Gesundheitsmärkten eingeschränkt wird. Ein zunehmender Versorgungsrückstand gegenüber anderen Gesundheitsmärkten träfe damit die Versorgung mit innovativen ebenso wie mit grundsätzlich etablierten Produkten. Eine schwächere Innovationsdynamik auf dem deutschen Versorgungsmarkt stünde folglich im Widerspruch zu dem Versprechen einer innovativen Medizin. Innovationen können deshalb nicht Gegenstand von Wahloptionen der Versicherten sein, ohne einen Konflikt mit dem Versprechen der GKV auf gleiche Zugangschancen zu provozieren.

Unter der Annahme, dass (bio-)pharmazeutische wie medizintechnische Innovationen Bestandteil der Leistungspflicht der GKV bleiben, kann der Fall eintreten, dass die GKV-Ausgaben zumindest vorübergehend steigen, ehe ausgabenpräventive Effekte wirksam werden. Ebenso denkbar ist, dass bei fortschreitender Bevölkerungsalterung die Einsparpotenziale zunächst eine Stabilisierung der Beitragslast ermöglichen, aber die demografischen Einflüsse langfristig überwiegen. In diesen Fällen entsteht ein Zielkonflikt mit dem Reformkriterium stabiler Beitragslasten: Maßnahmen zur Ausgabendämpfung (Rationierungsszenario) würden einen Konflikt mit den Zielen der Versorgungssicherheit und der strategischen Unabhängigkeit provozieren, während eine Finanzierung pharmazeutischer Innovationen über lohn- und rentenproportionale Beiträge die wirtschaftlichen Wachstumsperspektiven beeinträchtigen. Diese Abwägung gilt es in einem breit angelegten Diskurs zu erörtern, um frühzeitig entscheiden zu können, wie viele Ressourcen die Gesellschaft bereit ist, künftig für eine innovative medizinische Versorgung aufzubringen und zu welchen Opportunitätskosten. Der grundlegende Konflikt tritt auf dem gesamten Feld der humanmedizinischen Forschung auf; unabhängig davon vermögen einzelne Akteure diesen in ihren Rollenbezügen nicht aufzulösen.

Exkurs: Paradoxon Solidaritätsprinzip

Damit ist eine Abwägung zwischen dem Anspruch auf eine möglichst vollumfängliche solidarische Beitragsfinanzierung in der GKV und anderen Finanzierungsoptionen angelegt (Kapitel 3.1). Ohne die Finanzierungsfragen an dieser Stelle zu vertiefen, ist für den politischen Diskurs eine aufgeklärte Debatte über den Geltungsanspruch des Solidaritätsprinzips vonnöten:

- Das Solidaritätsprinzip wird in der umlagefinanzierten GKV über lohn- und rentenproportionale Beiträge umgesetzt.[32] Gleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung erlangen die Versicherten beziehungsweise Patienten unabhängig von ihren individuellen Gesundheitschancen oder ihrer Beitragskraft. Aufgrund der altersabhängigen Verteilung der Erkrankungsrisiken und der beitragspflichtigen Einkommen entsteht darüber hinaus ein intergenerativer Solidarausgleich. Abgesehen von dem beitragsfreien Leistungsanspruch der Familienangehörigen vor allem im Kindes- und Jugendalter erstreckt sich dieser auf einen Ausgleich zwischen den Versicherten im erwerbsfähigen Alter und denen im Ruhestandsalter (Beznoska et al., 2021).

- Der intergenerative Solidarausgleich verändert sich jedoch in einer alternden Versichertengemeinschaft. Die Kohorten im Ruhestandsalter werden typischerweise von der solidarischen Umverteilung gestützt, weil die altersdurchschnittlichen Leistungsausgaben in dieser Lebensphase die durchschnittliche

[32] Die intendierten, solidarischen Umverteilungseffekte (Beznoska, 2021; Pimpertz, 2022) beziehen die Gesamtheit aller GKV-Versicherten nur in dem Umfang ein, wie GKV-Leistungsausgaben über den allgemeinen Beitragssatz finanziert und die Beitragseinnahmen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen und Leistungserbringer umverteilt werden. Der Anteil der Ausgaben einer Krankenkasse, der darüber nicht gedeckt wird, muss über einen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz finanziert werden. Auch hier wirken solidarische Umverteilungsmechanismen, die jedoch nur die Mitglieder und Versicherten einer Krankenkasse einbeziehen.

Beitragszahlung übersteigen. Umgekehrt übertreffen die Beitragszahlungen der Versicherten in der erwerbsfähigen Lebensphase typischerweise die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Kohorten. Werden die höheren Altersklassen häufiger besetzt, erfordert allein der intergenerative Solidarausgleich höhere Beitragslasten (Pimpertz, 2022; Beznoska et al., 2021; dies. 2023).

Mit anderen Worten: Das Solidaritätsprinzip führt in seiner bisherigen Umsetzung in ein Paradoxon. Kann in einer umlagefinanzierten GKV der intergenerative Solidarausgleich zu jedem Zeitpunkt im Querschnitt der Versichertengemeinschaft organisiert werden, gelingt das bei einem alternden Kollektiv auf Dauer nur zu Lasten der jüngeren Kohorten (Pimpertz, 2022).

Deshalb lässt sich eine marktliche Steuerungslogik der GKV nicht mit einem Hinweis auf das Solidaritätsprinzip ablehnen. Solange lohn- und rentenproportionale Beiträge in der umlagefinanzierten GKV einen inkonsistenten Solidarausgleich zwischen den Kohorten provozieren, ist der Gesetzgeber unabhängig von den Reformerfordernissen auf Seiten der medizinischen Versorgung aufgerufen, sich frühzeitig mit Finanzierungsfragen auseinanderzusetzen, welche die intergenerativen Verteilungseffekte berücksichtigen.

16. Verbesserungen der medizinischen Ergebnisqualität sind Gegenstand der Leistungspflicht der GKV. Relevante Innovationen können von den Versicherten nicht zu- oder abgewählt werden, da ansonsten der Anspruch auf gleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung ausgehöhlt würde.

17. Führen diese Innovationen nicht nur zu einer Erweiterung des medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsspektrums, sondern auch zu steigenden Ausgaben, dann ist ein höherer Finanzierungsbeitrag der Versicherten gerechtfertigt.

18. Da höhere Sozialversicherungsbeiträge Konflikte mit anderen Politikzielen hervorrufen, hat der Gesetzgeber zu entscheiden, wie eine innovative medizinische Versorgung in diesem Fall finanziert werden soll.

    Unabhängig davon, wie die Finanzierungsfragen im Zuge einer Strukturreform beantwortet werden, lässt sich aus dem Hinweis auf das Solidaritätsprinzip kein Argument gegen einkommensunabhängige Finanzierungselemente ableiten.

    Stattdessen lassen sich über Preissignale auf Versichertenseite eine wettbewerbliche Steuerung der Versorgung mit einer wettbewerblichen Organisation des GKV-Versicherungsmarkts verknüpfen, ohne das Solidaritätsprinzip aufgeben und gleichwertige Zugangschancen zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung einschränken zu müssen.

6 Ausblick auf anstehende Debatten

Die Mobilisierung von Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem ist Voraussetzung dafür, die Beitragsbelastung in der GKV nachhaltig stabilisieren zu können. Dafür ist das Wachstum der Leistungsausgaben pro Fall zu bremsen. Nur so lässt sich bei demografisch bedingt steigenden Fallzahlen die Entwicklung der Gesamtausgaben auf das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen begrenzen. Innovative Lösungen auf den unterschiedlichen Handlungsfeldern der iGW leisten dazu einen wichtigen Beitrag.

Das gelingt zum einen über die Reduzierung von Folgekosten im Gesundheitswesen: Eine innovative Medizin trägt über die Vermeidung von Erkrankung und verbesserte Genesungschancen dazu bei, das Gesundheitssystem zu entlasten und das Produktionspotenzial der Volkswirtschaft zu stärken. Einsparpotenziale lassen sich zum anderen über die Anwendung innovativer Lösungen in der Medizintechnik, durch E-Health und in der pharmazeutischen wie biotechnologischen Forschung realisieren. Die iGW trägt zu einer höheren Effizienz der medizinischen Versorgungsprozesse und zu einer verbesserten medizinischen Ergebnisqualität bei. Mit einer strengen Auslegung des ökonomischen Kriteriums der Beitragssatzstabilität sollten deshalb wünschenswerte Beiträge einer innovativen Medizin nicht verhindert werden. Denn von ihr gehen positive Ausstrahleffekte auf das volkswirtschaftliche Produktionspotenzial und andere umlagefinanzierte Sicherungssysteme aus.

Auf ihren Handlungsfeldern müssen sich die Unternehmen der iGW im Wettbewerb mit ausländischen Anbietern behaupten – das ist eine Voraussetzung dafür, dass die Angebote der inländischen Unternehmen effizient produziert werden. Auf dem deutschen Absatzmarkt treffen sie jedoch auf Leistungserbringer der medizinischen Versorgung, die ihre Produkte und Dienstleistungen unter marktfernen Anreizbedingungen nachfragen. Das hemmt eine verbreitete Anwendung effizienzsteigernder Innovationen. Eine effiziente Medizin gelingt vielmehr im Wettbewerb um kostengünstige Versorgungskonzepte und -modelle bei gleicher oder verbesserter Qualität. Der Gedanke ist nicht neu: Unter der Chiffre „Managed Care“ werden dazu seit langem unterschiedliche Konzepte diskutiert. Voraussetzung für die Entwicklung und Erprobung effizienter Versorgungsalternativen sind vertragliche Gestaltungsfreiheiten jenseits einheitlicher Preis- und Mengenvorgaben.

Mit effizienten Versorgungsmodellen lassen sich gleichwertige medizinische Leistungen zu geringeren Kosten bereitstellen. Auf den Handlungsfeldern der iGW werden zahlreiche Lösungsoptionen entwickelt, die dazu beitragen können. Damit ist jedoch nicht sichergestellt, dass die realisierten Einsparungen in der Versorgung bei den Krankenkassen beitragswirksam werden. Dazu braucht es ebenso auf Seiten der GKV vertragliche Gestaltungsfreiheiten gegenüber den Leistungserbringern. Erst über die Verhandlung von preis- und mengenrelevanten Konditionen lassen sich effizient wirtschaftende Versorgungskonzepte identifizieren. Preisnachlässe bei der Einzelleistungsvergütung werden effizient wirtschaftende Leistungserbringer akzeptieren, wenn sie im Gegenzug einen größeren Marktanteil versorgen können, als es ihnen bislang unter einheitlichen Vorgaben möglich ist. Hierin muss aber das Ziel einer jeden Strukturreform bestehen – schließlich ist das Wachstum der durchschnittlichen Leistungsausgaben zu bremsen. Neben den vertraglichen Gestaltungsfreiheiten benötigen die gesetzlichen Krankenkassen – dort, wo es sinnvoll ist – weitere Instrumente, mit deren Hilfe sie ihre Versicherten im Erkrankungsfall in die kostengünstigere Versorgungsalternative steuern können. Ohne finanzielle Anreize auf Versichertenseite wird das aber kaum gelingen.

Vertragliche Gestaltungsfreiheiten auf den Versorgungs- und den Versicherungsmärkten sind notwendig, damit die iGW ihren Beitrag zur Entwicklung effizienter Versorgungsalternativen zur Dämpfung des Ausgabenwachstums in der GKV bestmöglich leisten kann. Allerdings lässt sich diese Logik einer wettbewerblichen Selbststeuerung nicht gleichermaßen auf Innovationen übertragen, die im Zuge der medizinischen Verordnung unmittelbar ausgabenwirksam werden. Solange die Leistungspflicht der GKV medizinische Innovationen einbezieht und den Patienten gleiche Zugangschancen garantiert werden, müssen innovative Untersuchungs- und Behandlungsoptionen allgemein zugänglich sein. Das gilt für Beiträge aus der medizintechnischen wie der (bio-)pharmazeutischen Forschung gleichermaßen.

Eine innovative Medizin trägt zur Dämpfung des Ausgabenwachstums bei, weil Folgekosten im Gesundheitssystem reduziert werden. Dennoch können wünschenswerte Erweiterungen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zumindest vorübergehend höhere GKV-Ausgaben nach sich ziehen, ehe diese Innovationen Folgekosten im Gesundheitswesen reduzieren. Gleichzeitig steht zu befürchten, dass realisierte Einsparpotenziale einer innovativen Medizin langfristig nicht ausreichen werden, die steigenden Versorgungsbedarfe aufgrund der demografischen Alterung bei unveränderter Beitragslast finanzieren zu können. Über eine Deckelung der Entgelte für pharmazeutische, biotechnologische oder medizintechnische Innovationen lassen sich die Ausgaben der GKV aber nicht dämpfen, ohne damit den gewünschten Zugang zu innovativen Therapien zu gefährden. Da sich inländische wie ausländische Unternehmen der iGW auf globalen Gesundheitsmärkten behaupten müssen, würde dies zu einer Abwägung über die Markteinführung ihrer innovativen Produkte auf dem deutschen gegenüber anderen Gesundheitsmärkten führen. Analog gilt für Hersteller von Generika und Biosimilars, dass restriktive Erlösbedingungen die Wirtschaftlichkeit eines Angebots auf dem deutschen Markt gefährden können. Kurzfristige Einsparungen drohen dann langfristig wirksame ausgabenpräventive Effekte einer innovativen Medizin zu verhindern.

Der Gesetzgeber ist deshalb aufgefordert, die Zielkonflikte zwischen Versorgungsversprechen, sozialpolitischen Anforderungen in der GKV und wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Finanzierung des Gesundheitssystems aufzulösen. Konkret ist zu klären, wer für zusätzliche Aufwendungen aufkommen soll, die eine innovative Medizin zumindest vorübergehend beanspruchen kann oder die aufgrund der Bevölkerungsalterung zu einem späteren Zeitpunkt auftreten. Diese Frage lässt sich wiederum nicht losgelöst von der übergeordneten Wohlstandsperspektive beantworten. Eine Ausweitung der paritätischen Beitragsfinanzierung bremst die wirtschaftlichen Wachstumschancen. Höhere Beitragslasten ließen sich zum Beispiel über ergänzende Steuerzuschüsse an die GKV vermeiden. Diese müssten allerdings schon allein aufgrund der demografisch bedingt steigenden Leistungsinanspruchnahme stetig steigen. Weitere Alternativen bestehen in höheren und stetig steigenden Zuzahlungspflichten für Versicherte oder Patienten. Schließlich sind ergänzende kapitalgedeckte Vorsorgeformen denkbar.

Diese Abwägung vorzunehmen, bleibt Aufgabe demokratisch legitimierter Entscheidungsträger. Insbesondere betrifft diese das Solidaritätsprinzip in der GKV, da einkommensunabhängige Beiträge dessen Geltungsanspruch zwangsläufig begrenzen. Daraus erwächst aber kein Einwand gegen alternative Finanzierungsoptionen. Denn die solidarische Beitragsfinanzierung steht unabhängig von Ordnungsfragen der Versorgung auf dem Prüfstand: Der intergenerative Solidarausgleich zwischen GKV-Versicherten im Erwerbs- und im Ruhestandsalter führt in seiner bisherigen Umsetzung in ein Paradoxon. Zwar lässt sich in der umlagefinanzierten GKV zu jedem Zeitpunkt ein solidarischer Ausgleich zwischen den Versicherten im Erwerbs- und Ruhestandsalter jeweils im Querschnitt organisieren. In einer alternden Versichertengemeinschaft werden jedoch jüngere Kohorten systematisch mit steigenden Solidarbeiträgen belastet – der intergenerative Solidarausgleich

wirkt einseitig zulasten nachfolgender Generationen. Eine Stabilisierung dieses Ausgleichs erfordert einkommensunabhängige Finanzierungselemente. Die ließen sich mit den Anforderungen an eine effiziente Organisation der Versorgung verknüpfen. Auf die Höhe eines einkommensunabhängigen Finanzierungsbeitrags könnten Versicherte über eine kostenbewusste Auswahl der präferierten Versorgungsform Einfluss nehmen.

Die finanzierungsseitigen Fragen gilt es frühzeitig zu bedenken. Die beschriebenen Zielkonflikte lassen sich abschwächen, wenn wettbewerbliche Selbststeuerungskräfte auf dem Versorgungsmarkt zum Tragen kommen. Das Ausgabenwachstum kann aber nur gebremst werden, wenn diese Steuerungslogik auch auf dem GKV-Versicherungsmarkt greift. Eine Maßnahme, die auf einem Teilmarkt lediglich eine Rolle anspricht, greift zu kurz und provoziert neue Zielkonflikte. Stattdessen lässt sich die wettbewerbliche Steuerungslogik auf alle Teilmärkte des Gesundheitssystems übertragen, ohne das Solidaritätsprinzip dafür aufgeben zu müssen. Eine in diesem Sinn verstandene innovative Steuerung des Gesundheitswesens steht deshalb nicht im Widerspruch zu anderen Politikzielen. Sie ist vielmehr eine erfolgskritische Bedingung für ein effizient wirtschaftendes System – nicht zuletzt, weil damit zielführende Beiträge auf den Handlungsfeldern der iGW verbreitet zur Anwendung gelangen und stetig weiterentwickelt werden.

Die Studie zeigt, dass innovative Strukturen die Chance eröffnen, steigende Anforderungen an das Gesundheitswesen in der demografischen Transformation erfolgreich zu meistern. Sie formuliert explizit keine politischen Empfehlungen. Sie ist weder ein Gegenentwurf zu dem erwarteten Abschlussbericht der FKG, noch greift sie politischen Abwägungen vor. Ziel ist es, Transparenz über ökonomische Folgen herzustellen, die aus unterschiedlichen Reformpfaden resultieren können. Deshalb ist die Möglichkeit einer konsistenten wettbewerblichen Steuerungslogik für das Gesundheitssystem in einem ergebnisoffenen Diskurs mitzudenken. Auf der Grundlage des hier skizzierten Ordnungsrahmens sind Reformvorschläge dahingehend zu diskutieren, inwieweit diese einen hinreichenden Anreiz für die Entwicklung, Bereitstellung und Implementierung effizienter Versorgungsalternativen setzen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Handlungsfelder der Gesundheitspolitik 10
Abbildung 1-2: Ausgaben und beitragspflichtige Einnahmen in der GKV 11
Abbildung 1-3: Altersabhängige GKV-Leistungsausgaben bei alterndem Versichertenbestand 12
Abbildung 1-4: Demografischer Einfluss auf die Entwicklung auf die GKV 12
Abbildung 2-1: Marktpartner auf den relevanten Märkten der iGW 17
Abbildung 3-1: Handlungsfelder der iGW 20
Abbildung 5-1: Ordnungsfragen in der GKV 31
Abbildung 5-2: Mittelbar ausgabenrelevante Innovationen, Leistungserbringer und GKV 32
Abbildung 5-3: Marktbeziehung zwischen GKV und Versicherten/Beitragszahlern 35
Abbildung 5-4: Unmittelbar ausgabenrelevante Innovationen der iGW 38

Literaturverzeichnis

Bartol, Arne / Dreßler, Katrin / Kaskel, Peter / Landsberg, Christiane / Lechner, Cornelia / Petschulies, Marco, 2022, Zehn Jahre AMNOG-Prozess aus Sicht der Onkologie, Forum 37(1), 2022, S. 84 – 90, https://link.springer.com/article/10.1007/s12312-021-01031-x [22.10.2026]

Bataille, Marc / Wambach, Achim, 2018, Bedarfsgerechte Steuerung von GKV-Leistungen im Wettbewerb? Was zu tun wäre!, in: Wirtschaftsdienst, 98. Jg., Heft 9, S. 624 – 628, https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2018/heft/9/beitrag/bedarfsgerechte-steuerung-der-gesundheitsversorgung-chancen-und-hindernisse.html [6.10.2026]

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, 2026, INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, Datenabfragen zur Altersstruktur der Bevölkerung und der medizinischen Versorgung nach Raumordnungsregionen, https://www.inkar.de/ [16.10.2026]

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2024, Regionale Belastungseffekte einer Variation der Beitragsbemessungsgrenze. Fiskalische und wirtschaftspolitische Auswirkungen einer Anhebung in der Gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag der PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Berlin / Köln, https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-regionale-belastungseffekte-einer-variation-der-beitragsbemessungsgrenze.html [28.9.2026]

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2023, Wie beeinflusst die Demografie das Solidaritätsprinzip in der GKV?, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 72, Nr. 6, S. 499 – 517, https://doi.org/10.3790/sfo.72.4.499

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2021, Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität? Eine Vermessung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Analysen, Nr. 143, Köln, https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-eine-vermessung-des-solidaritaetsprinzips-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html [28.9.2026]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2026, Sozialbudget 2025, https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a230-26-sozialbudget-2025.html [14.9.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2026, Gesetzliche Krankenversicherung, Endgültige Rechnungsergebnisse 2025 (und weitere Jahre), Statistik KJ1, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse [14.10.2026]

BMWE – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, 2026a, Faktenblatt Gesundheitswirtschaft, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Module/Publikationen/modul-slider-faktenblaetter-gesundheitswirtschaft.html [16.9.2026]

BMWE, 2026b, Faktenblatt Industrielle Gesundheitswirtschaft, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Module/Publikationen/modul-slider-faktenblaetter-gesundheitswirtschaft.html [16.9.2026]

BMWE, 2026c, Faktenblatt Humanarzneimittel, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Module/Publikationen/modul-slider-faktenblaetter-gesundheitswirtschaft.html [16.9.2026]

BMWE, 2026d, Faktenblatt Medizintechnik und Medizinprodukte, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Module/Publikationen/modul-slider-faktenblaetter-gesundheitswirtschaft.html [16.9.2026]

BMWE, 2023, Gesundheitswirtschaft. Fakten. Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Daten 2022, https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2022.html [16.9.2026]

Breyer, Friedrich, 2018, Wege zu mehr Effizienz im deutschen Krankenhaussektor, in: Wirtschaftsdienst, 98. Jg., Heft 9, S. 634 – 637, https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2018/heft/9/beitrag/bedarfsgerechte-steuerung-der-gesundheitsversorgung-chancen-und-hindernisse.html [6.10.2026]

Bundesregierung, 2025, Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode, https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2025-2340970 [14.9.2026]

Catarata, Martin / Francas, David / Kirchhoff, Jasmina / Rühlig, Tim / Raison, Fearghal, 2025, Strategische Abhängigkeiten bei wichtigen Arzneimitteln von China. Wie verletzlich ist Europa?, Gutachten im Auftrag von Pro Generika e. V., Köln, https://www.iwkoeln.de/studien/jasmina-kirchhoff-fearghal-raison-strategische-abhaengigkeiten-bei-wichtigen-arzneimitteln-von-china.html [16.10.2026]

FKG – FinanzKommission Gesundheit, 2026, Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzkommission-gesundheit [21.09.2026]

Hayek, Friedrich August von, 1968, Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, Kieler Vorträge, Neue Folge 56, Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel (Hrsg.), Kiel

Hoch, Markus / Kostrzewa, Paula / Moog, Stefan / Toborg, Hauke / Vierhub-Lorenz, Frederick, 2025, Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen, Studie der PROGNOS AG im Auftrag des Bundesverbands der deutschen Industrie e. V. (BDI), https://bdi.eu/de/publications/effizienzpotenziale-von-innovationen-fuer-das-gesundheitswesen [21.09.2026]

Hüther, Michael / Obst, Thomas / Pimpertz, Jochen, 2025, Steigende Sozialversicherungsbeiträge belasten die Wettbewerbsfähigkeit. Investition und Wirtschaftswachstum mobilisieren statt belasten, IW-Policy-Paper, Nr. 3, Köln / Berlin, https://www.iwkoeln.de/studien/michael-huether-thomas-obst-jochen-pimpertz-steigende-sozialversicherungsbeitraege-belasten-die-wettbewerbsfaehigkeit.html [24.09.2026]

Jacobs, Klaus, 2018, Steuerung der Gesundheitsversorgung: mehr Konsistenz erforderlich, mehr Wettbewerb wünschenswert, in: Wirtschaftsdienst, 98. Jg., Heft 9, S. 628 – 631, https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2018/heft/9/beitrag/bedarfsgerechte-steuerung-der-gesundheitsversorgung-chancen-und-hindernisse.html [6.10.2026]

Kyle, Margaret K., 2007, Pharmaceutical Price Controls and Entry Strategies, in: The Review of Economics and Statistics, Vol. 89, No. 1, S. 88 – 99

Mandry, Tilo / Albrecht, Martin / Zimmermann, Sandra / Hryhorova, Hanna / Fries, Jan Ludwig / Gwinner, Patrick, 2023, Wachstumspotenziale der industriellen Gesundheitswirtschaft. Szenarien-Analyse und internationaler Vergleich, Studie von IGES Institut / WifOR Institut für den Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Berlin, https://www.iges.com/ergebnisse/projekte/2023/potenziale-der-gesundheitswirtschaft/index_ger.html [24.9.2026]

Neef, Theresa / Rochell, Charlotte / Ochsner, Christian / Werding, Martin, 2026, Sozialversicherungsbeiträge stabilisieren, Lasten gerecht verteilen, in: Wirtschaftsdienst, 106. Jg., Heft 8, S. 591 – 596, https://www.wirtschaftsdienst.eu/pdf-download/jahr/2026/heft/8/beitrag/sozialversicherungsbeitraege-stabilisieren-lasten-gerecht-verteilen.html [2.9.2026]

Neumeier, Stefan, 2026, Atlas der Ärzte- und Apothekenerreichbarkeit. Räumliche und verkehrliche Zugänglichkeit zu Ärzten und Arzneimitteln in Deutschland, Thünen Working Paper, Nr. 298, https://www.thuenen.de/de/newsroom/infothek/schriftenreihen/thuenen-working-paper [13.10.2026]

Neumeier, Stefan, 2017, Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland. Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells, Thünen Working Paper, Nr. 77, https://www.openagrar.de/receive/openagrar_mods_00029595 [13.10.2026]

Pimpertz, Jochen, 2025, Reicht ein Ausgabenmoratorium zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine kontrafaktische Simulation, in: IW-Trends, 52. Jg., Nr. 3, S. 21 – 40, https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-reicht-ein-ausgabenmoratorium-zur-stabilisierung-des-beitragssatzes-zur-gesetzlichen-krankenversicherung-eine-kontrafaktische-simulation.html [17.9.2026]

Pimpertz, Jochen, 2024, Effiziente Versorgung braucht Wettbewerb und knappheitsgerechte Preise, in: Hecken, Josef / Pimpertz, Jochen, 2024, Mut zu neuen Ideen. Für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens, Konrad-Adenauer Stiftung e. V. (Hrsg.), Berlin / Köln, S. 24 – 33, https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/mut-zu-neuen-ideen-wie-laesst-sich-die-effizienz-unseres-gesundheitssystems-steigern [17.9.2026]

Pimpertz, Jochen, 2022, Das Solidaritätsprinzip im Fokus einer GKV-Reform, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 71. Jg., Heft 1, S. 1 – 26, https://doi.org/10.1515/zfwp-2022-2068

Rémuzat, Cécile / Urbinati, Duccio / Mzoughi, Olfa / El Hammi, Emna / Belgaied, Wael / Toumi, Mondher, 2015, Overview of External Reference Pricing Systems in Europe, in: Journal of Market Access & Health Policy, 3(1), https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.27675

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2026, Frühjahrsgutachten 2026, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fruehjahrsgutachten-2026.html [16.09.2026]

SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Bonn / Berlin, https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/ [6.10.2026]

Schnee, Melanie / Greß, Stefan, 2018, Mehr Bedarfsgerechtigkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: Wirtschaftsdienst, 98. Jg., Heft 9, S. 632 – 634, https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2018/heft/9/beitrag/bedarfsgerechte-steuerung-der-gesundheitsversorgung-chancen-und-hindernisse.html [6.10.2026]

Seth, Shimona / Jouini, Omar / Schmitt, Maike / Ubels, Jasper, 2026a, Burden to Value: The Case for High-Value Care in Germany. Module A1: The Cost of Cancer in Germany based on Mortality, WifOR Institute, Studie im Auftrag von AstraZeneca, Frankfurt am Main. https://www.wifor.com/uploads/2026/10/High-value-care-cost-of-cancer-Germany-2026.pdf [19.10.2026]

Seth, Shimona / Jouini, Omar / Schmitt, Maike / Ubels, Jasper, 2026b, Burden to Value: The Case for High-Value Care in Germany. Module A2: Drivers of Cost of Cancer in Germany. Evidence from a Targeted Literature Review, WifOR Institute, Studie im Auftrag von AstraZeneca, Frankfurt am Main, https://www.wifor.com/uploads/2026/10/drivers-cost-cancer-germany-evidence-literature-review-2026.pdf

Spies, Sabrina / Hofmann, Sandra / Müller, Laura / Runschke, Benedikt / Stohr, Daniel / Schneid, Markus / Bruchmüller-Neuling, Mandy / Ermanis, Natalia, 2021, Internationale Benchmarking-Studie Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin Brandenburg, Studie des WifOR Institute im Auftrag der Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Berlin / Darmstadt, https://www.healthcapital.de/files/user_upload/210907_Langfassung_Benchmarkstudie_GeWi_final.pdf [24.9.2026]

vdek – Verband der Ersatzkassen e. V., 2026, Daten zum Gesundheitswesen: Ausgaben, GKV-Leistungsausgaben, https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html [19.10.2026]

Wahlster, Philip / Varabyova, Yauheniya / Schreyögg, Jonas, 2018, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – zu den aktuellen Vorschlägen des SVR Gesundheit, in: Wirtschaftsdienst, 98. Jg., Heft 9, S. 619 – 624, https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2018/heft/9/beitrag/bedarfsgerechte-steuerung-der-gesundheitsversorgung-chancen-und-hindernisse.html [6.10.2026]