



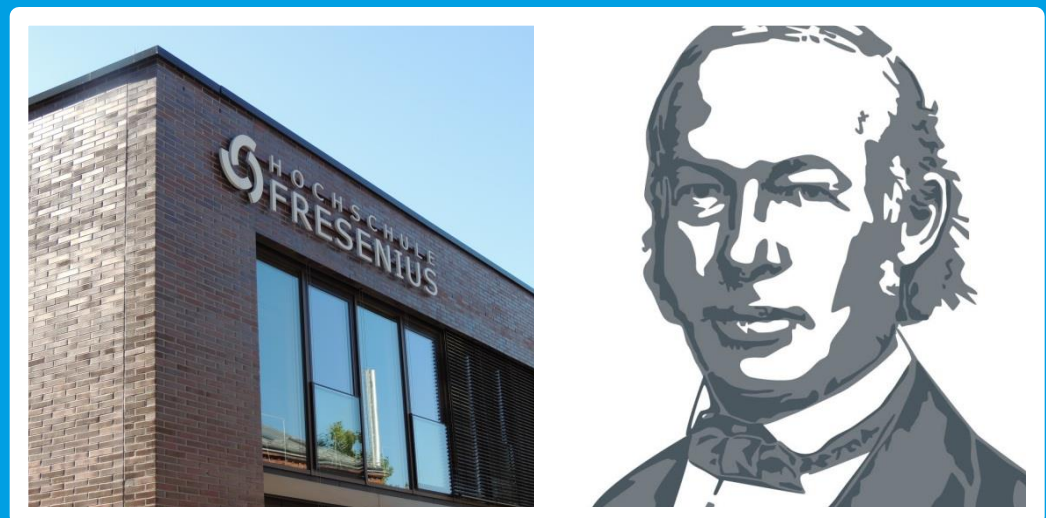
Wie schaffen wir es, unser Gesundheitssystem für die nächsten 100 Jahre solidarisch zu gestalten?
Eine gesundheitsökonomische Perspektive

Prof. Dr. rer. pol.

Andreas Beivers

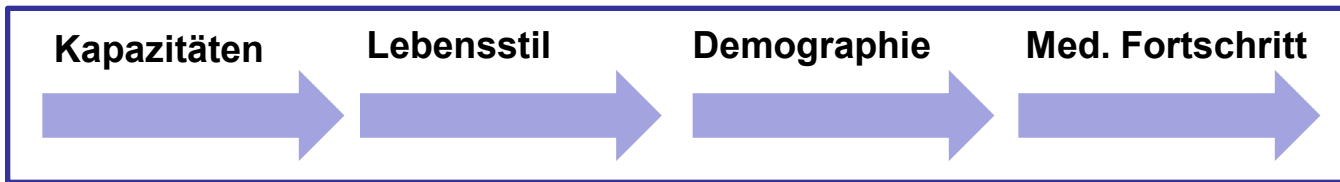
Politischer Festakt

Berlin, den 16. März 2026



Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem... im Kontext der aktuellen Lage in Deutschland

Ausgabefaktoren

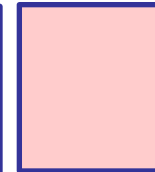
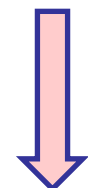


Einnahmefaktoren



BIP-Wachstum:
2023: **-0,3%**
2024: **-0,5%**
2025: **+0,9%**
2026e: **+1,3% bis 0,8%**

GLS 2023: 3,45%
GLS 2024: 4,22%
GLS 2025: 4,41%
GLS 2026: 5,17%



Zum Wohle des Patienten:

Was muss eine hochwertige Patientenversorgung leisten?

Maximierung Kosten-Nutzen der Patientenversorgung

Nutzen = Qualität für Patienten

Kosten = Prämien & Beiträge der Versicherten + Steuermittel +
Eigenbeteiligung der Patienten

**Qualität des
Zugangs,
Erreichbarkeit**

Zeitlich, örtlich,
finanziell

**Indikations-
qualität**

**Ergebnis-
qualität**

**Service-
qualität**

**Nicht alle Dimensionen können gleichzeitig maximiert werden,
es bestehen Zielkonflikte**

Sozioökonomische Bezüge

- Personen aus Kreisen mit hoher **sozioökonomischer Deprivation*** weisen eine **höhere Sterblichkeit** auf als Personen aus Kreisen mit **niedriger sozioökonomischer Deprivation**
- **Männer** in Kreisen mit der niedrigsten Deprivation weisen eine **etwa sechs Jahre, Frauen eine bis zu drei Jahre längere mittlere Lebenserwartung** auf als Personen aus Kreisen mit der höchsten Deprivation
- Ein ähnlicher sozialer Gradient zeigt sich bei der **Herz-Kreislauf-Mortalität und Lungenkrebsinzidenz**

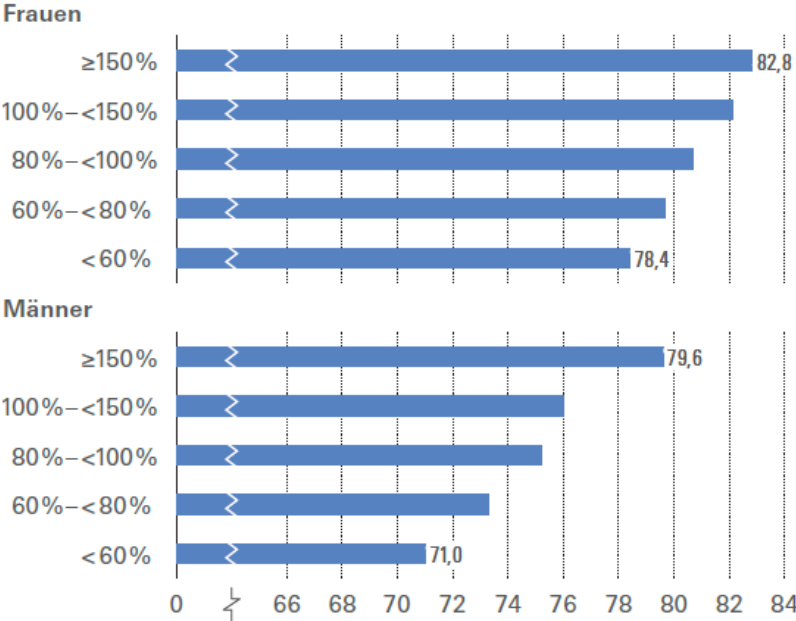
* **Deprivation** (lat. privare ‚berauben‘) bezeichnet allgemein den Zustand der Entbehrung, des Entzuges, des Verlustes oder der Isolation von etwas Vertrautem sowie das Gefühl einer Benachteiligung





Wie gut sind wir in Deutschland?

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Netto-Äquivalenzeinkommen, 1992–2016



Quelle: Lampert et al. 2019a; eigene Darstellung.
Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1992–2016

WSI Mitteilungen

Altersstandardisierte^A Mortalitätsraten für Deutschland nach Todesursache und regionaler sozioökonomischer Deprivation auf Kreisebene, 2019

	Sterbefälle pro 100 000 Einwohner	
	Herz-Kreislauf	Krebs
Frauen		
Hohe Deprivation	321	215
Mittlere Deprivation	301	198
Niedrige Deprivation	262	187
Männer		
Hohe Deprivation	447	350
Mittlere Deprivation	407	307
Niedrige Deprivation	350	272

A altersstandardisiert auf die Europäische Standardbevölkerung 2013

Quelle: Michalski et al. 2022, Tetzlaff et al. 2023; eigene Darstellung. Datenbasis: Todesursachenstatistik

WSI Mitteilungen

Armut & Gesundheit bei Kindern & Jugendlichen in Deutschland

- Kinder und Jugendliche der **Armutsrisikogruppe** sind deutlich häufiger in ihrer **Gesundheit beeinträchtigt als Gleichaltrige** aus der mittleren und v.a. aus der hohen Einkommensgruppe, ihr **Gesundheitsverhalten** ist ungünstiger
- Am stärksten sind die relativen **einkommensbezogenen Unterschiede** in der **subjektiven Gesundheit** ausgeprägt
- Kinder und Jugendliche **aus Familien mit niedrigem Einkommen** sind zu **6,0 % dauerhaft gesundheitlich eingeschränkt**
- Die **einkommensbezogenen Unterschiede** fallen bei Jungen noch stärker aus als bei Mädchen (s. nächste Folie)

Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1263–1274
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03009-6>
Online publiziert: 16. September 2019
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019

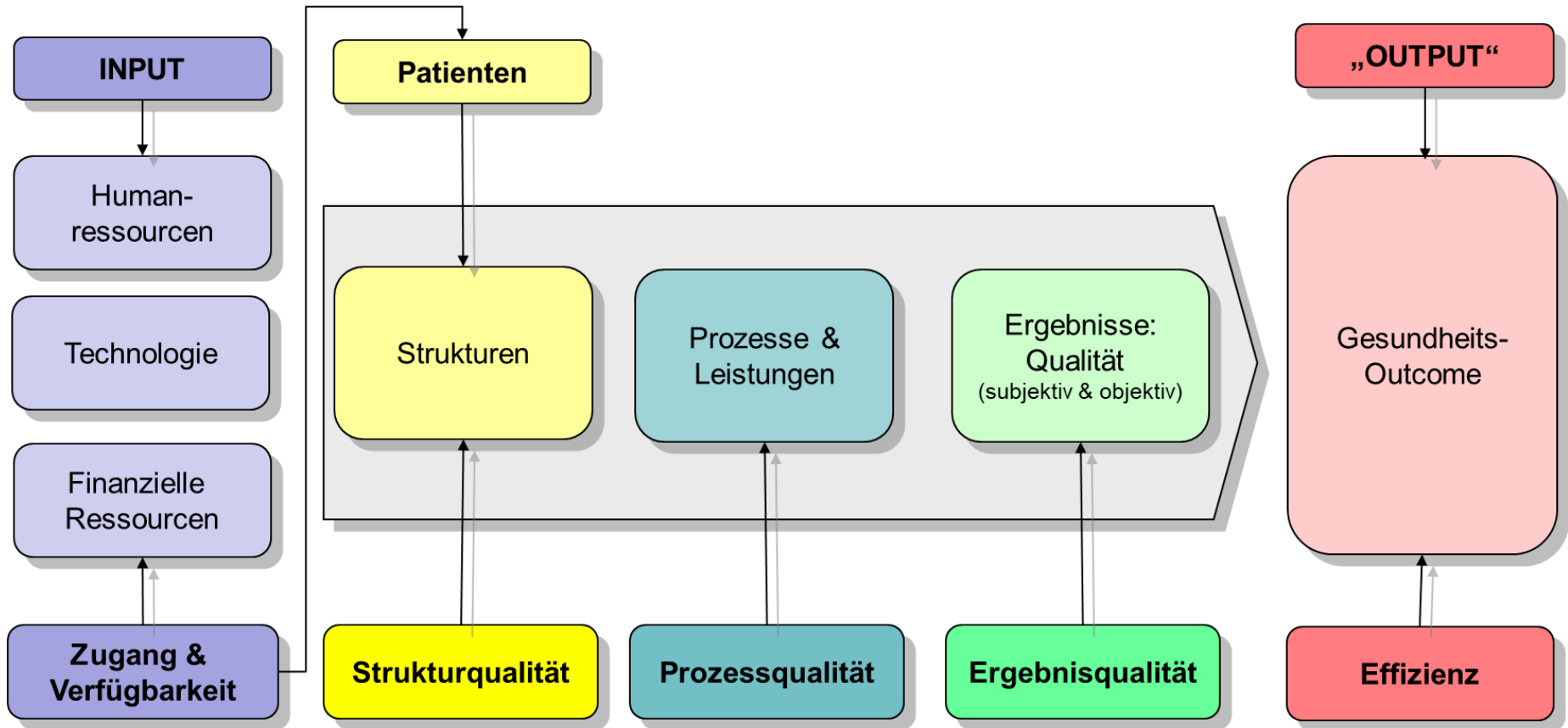
Thomas Lampert · Benjamin Kuntz
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 28 „Soziale Determinanten der Gesundheit“, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen
Ergebnisse aus KiGGS Welle 2

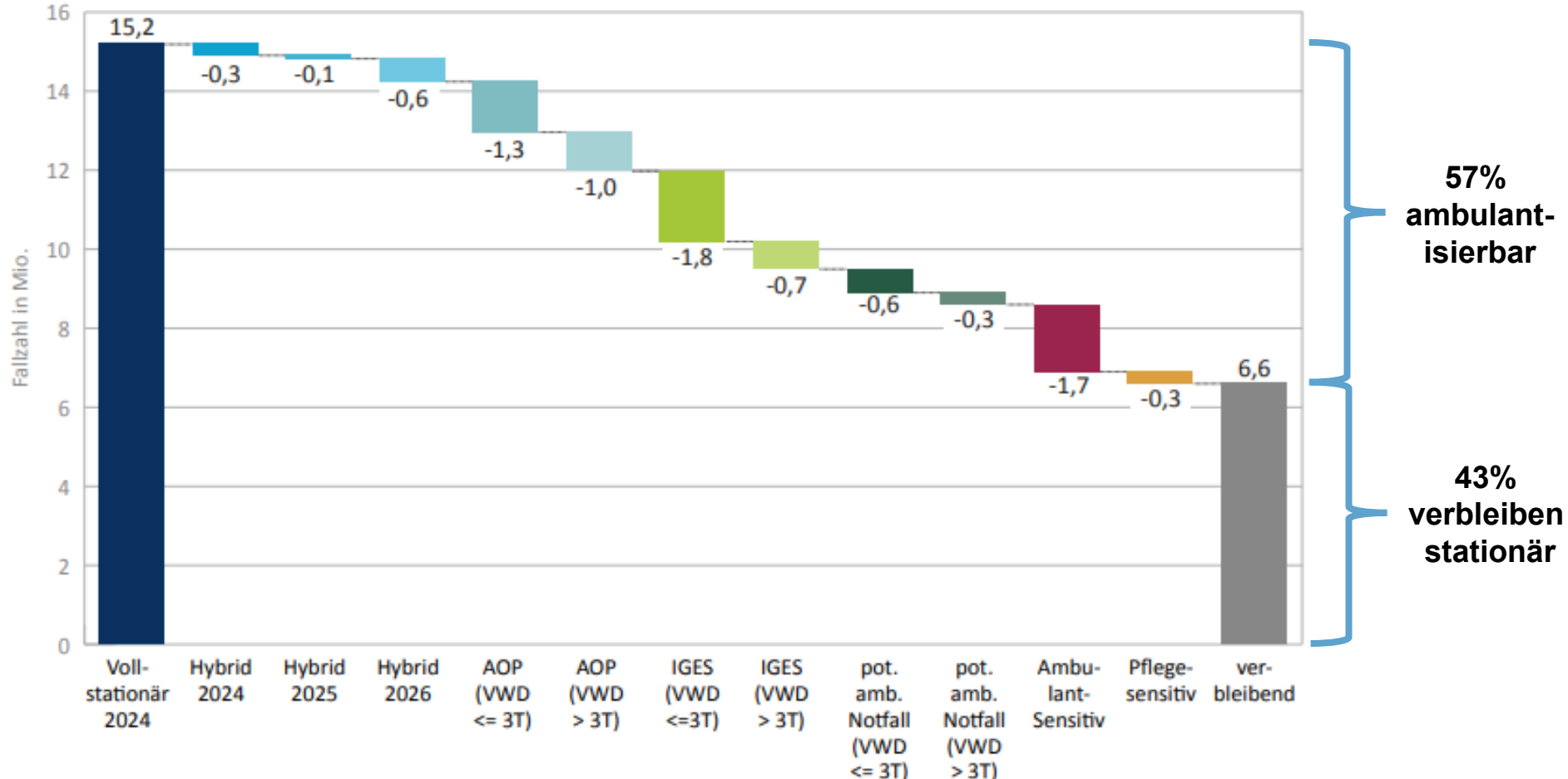
 Check for updates

Die Effizienzfrage aus gesundheitsökonomischer Sicht

(Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Busse 2022)



Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials in Fällen



Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf Krankenversichertenstatistik nach Altersgruppe und Kassenart (KM6-Statistik) und Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 (PG2-Statistik))

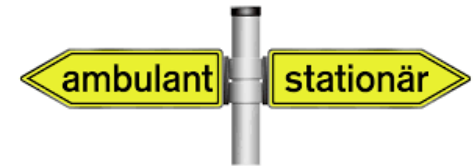
Ambulantisierung ja, aber...

...Was bedeutet das für die Versorgung im Detail?

- **Qualitätsmessung und -transparenz ambulanter Leistungen** als ganz zentrales Thema (Spezialisierung, Mindestmengen etc.)
- **Entlass- und Case-Management** muss im Rahmen der Ambulantisierung ein wesentlich größeres Augenmerk geschenkt werden
- Macht es Sinn eine Art **Recall-System** zu etablieren?
- Wer prüft ex ante, ob es das soziale Umfeld eines Patienten*in zulässt, dass dieser **ambulant behandelt werden kann?**
- ➔ Wenn hier die Prozesse nicht geklärt sind, ist möglich, dass Notaufnahmen, Rettungsdienste / KV-Bereitschaftsdienste unnötig in Anspruch genommen werden und wichtige Informationen im Bedarfsfall nicht vorliegen
- ➔ **GEFAHR: Ambulantisierung als Nullsummenspiel?**



Prof. Dr. Andreas Beivers
Hochschule Fresenius | Stiftung Münch



Ambulantisierungspotenziale und Konsequenzen für die Realisierung

- **Ambulantisierung funktioniert nur mit...**
 - leistungsfähiger ambulanter Versorgung,
 - starker Primärversorgung,
 - tragfähigen Pflege-Strukturen,
 - koordinierter Notfallversorgung
- **Ohne diesen parallelen Ausbau und eine Beteiligung der Sozialen Arbeit gibt es keine Entlastung, sondern Versorgungsrisiken**



Primärarztssystem aus gesundheitsökonomischer Sicht

Orientierungswert

Primärarztssystem ist nur ein Baustein

Orientierungswerte / 15.04.2025



Die Regierungskoalition kündigt die Einführung eines Primärarztssystems an. Andreas Beivers erklärt, warum allein damit noch nicht viel

- Der Koalitionsvertrag ist nun beschlossene Sache, einer Regierungsbildung scheint nichts mehr im Weg zu stehen. Im Bereich Gesundheit sind im Koalitionsvertrag viele wichtige und sinnvolle Dinge enthalten, die es Detail auszuarbeiten gilt. Insbesondere die Ankündigung, ein Primärarztssystem bei freier Arztwahl einführen zu wollen, hat für Aufsehen gesorgt. Das ist aus gesundheitsökonomischer Sicht richtig. Die Nachfrage im System muss neu koordiniert und die Patientensteuerung in den Mittelpunkt gestellt werden. Gerade vor dem Hintergrund knapper werdenden personeller Ressourcen in Kombination mit einer steigenden Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels muss alles unternommen werden, um unnötiges Nachfrageverhalten zu verhindern. Auf Primärarztssysteme zurückzugreifen ist – betrachtet man unsere europäischen Nachbarn – sinnvoll. So zeigen sich positive Effekte wie eine bessere Koordination, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, klare Behandlungswege, mehr Kosteneffizienz, längerfristige Arzt-Patienten-Beziehungen, mehr Fokus auf Prävention und Früherkennung sowie eine Entlastung des Facharztssystems.



ÄrzteZeitung

Aktuelle (gesundheits-)politische Diskussionen

Kassen-Revolution geplant

Was habe ich als Versicherter davon?



Die CDU plant eine Krankenkassen-Revolution für gesetzlich Versicherte
Foto: Getty Images

Tarife mit Eigenbeteiligung

Beivers: „Auch günstigere Tarife mit einer Eigenbeteiligung könnten möglich sein. Es muss darauf geachtet werden, dass es eine hochwertige Grundversorgung gibt.“ Heißt: Wer aus eigener Tasche beim Arzt dazuzahlt, könnte niedrigere monatliche Kassenbeiträge haben.

Beivers Vorschlag: Ein Ethikrat soll die Reform begleiten, damit niemand aus Kostengründen schlechter behandelt wird.

Orientierungswert

Beivers: GKV-Basistarife allein bringen wenig

Politik / 18.09.2025



Die Finanzierung der Krankenkassen steht vor dem Kollaps, und die Politik muss handeln. Doch der Streit um einzelne Instrumente bringt uns nicht weiter, unterstreicht Prof. Andreas Beivers in diesem "Orientierungswert".



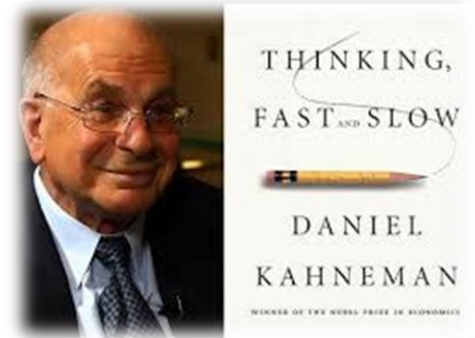
Als Staatssekretär Tino Sorge seine ersten Ideen zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) präsentierte, führte dies zu einem großen medialen Echo. Seine Idee, dass künftig jede Kasse einen günstigeren Basistarif anbieten soll, der eine „gute Grundversorgung“ sicherstellt und zusätzliche Leistungen als optionale Zusatzpakete hinzubuchbar sind, ist ein Element des Kopfpauschalen-Modells der CDU/CSU, das bereits zu Beginn der 2000er-Jahre diskutiert wurde.

Basistarif und Kopfpauschale



Vergangenheit und Moderne: *Homo Oeconomicus vs. Verhaltensökonomie*

- Verhaltensökonomie ist ein Bereich der Wirtschaftswissenschaften, der die **Psychologie & Ökonomie** verbindet, um zu verstehen, wie Menschen tatsächliche, oft nicht-rationale Entscheidungen treffen
- **Bekannte Vertreter**: Daniel Kahneman, Amos Tversky, Richard Thaler, Vernon Smith, Reinhard Selten etc.
- Es zeigt sich, dass **Entscheidungen abhängig von der Darstellung bzw. der Formulierung des Problems sind**, und...
 - Menschen häufig risikoavers handeln
 - Präferenzen nicht stabil sind
 - Präferenzen von der Art der Messung beeinflusst werden
 - Heuristiken dominieren
 - Der Besitz eines Gutes dessen Wertschätzung erhöht
 - Ein Verlust absolut schwerer wiegt als ein gleichhoher Gewinn
 - Menschen die Tendenz haben, den Status quo zu präferieren
 - Menschen nicht immer ihren Nutzen maximieren
 - Menschen häufig uneigennützig handeln



Regionale Gesundheitsbudgets: Lokale Lösungen für lokale Probleme



INHALT

Mitglieder der Reformkommission	3
Wirtschaften für Gesundheit:	
Gesundheitsprämien für Regionen	
▶ „Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung	4
▶ Das DRG-System setzt zu wenige Anreize zur Erhöhung der Systemeffizienz	4
▶ Das präventive und das ambulante, stationsersetzende Potenzial bleibt ungenutzt, Versorgung aus einer Hand gibt es nicht	5
▶ Nur eine höhere Effizienz erlaubt in Zukunft menschenswürdige, nicht-rationierte Medizin	5
▶ Regionale Gesundheitsprämien erlauben Gestaltungsfreiheit	6
Stiftung Münch setzt Reformkommission ein und formuliert einen Forderungskatalog	
▶ Pilotregionen	8
▶ Übergeordnete Voraussetzungen	9
▶ Gestaltungsfreiheit und Ergebnisorientierung in Pilotregionen	10
Impressum	12

Jellinek und die Willensgemeinschaft



*„Der Staat ist die auf einem bestimmten Gebiet befindliche, mit ursprünglicher Herrschermacht ausgestattete **Verbandseinheit sesshafter Menschen, die zu einer Willensgemeinschaft verbunden sind**“*

Georg Jellinek (1851-1911)

österreichisch-deutscher Staatsrechtler und
-theoretiker sowie Rechtsphilosoph



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Mail: beivers@hs-fresenius.de