

Prof. Dr. rer. oec. Axel C. Mühlbacher
Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg

Warum Streecks Vorschlag auf der falschen Ebene ansetzt – und was seit 20 Jahren bekannt ist

>> Der Bundestagsabgeordnete Hendrik Streeck hat in einer Fernsehsendung die Frage aufgeworfen, ob sehr alten Menschen noch besonders teure Medikamente verordnet werden sollten. Er beschreibt die letzten Wochen der Behandlung seines an Lungenkrebs erkrankten Vaters und kommt zu dem Schluss, dass sehr viel Geld ausgegeben wurde, ohne dass die Therapien noch einen erkennbaren Nutzen gehabt hätten. Daraus leitet er die Forderung ab, über eine Begrenzung solcher Therapien im hohen Alter nachzudenken.

Das Argument läuft auf Folgendes hinaus: Es wird suggeriert, dass die Behandlung hochaltriger Menschen mit sehr teuren Innovationen eine schlechte Kosten-Nutzen-Relation aufweist und dass ein System mit begrenzten Ressourcen hier einen Riegel vorschieben müsse. Die latente Botschaft lautet: Das Alter soll als Kriterium für Rationierung herangezogen werden.

Diese Perspektive ist nicht neu. Sie ist im Kern das, was in dieser Debatte bereits Anfang der 2000er Jahre diskutiert wurde – damals deutlich fundierter und zugleich genauso politisch toxisch.

Breyer und Ulrich 2000: Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und Beitragssätze

Im DIW-Wochenbericht 24/2000 analysieren Friedrich Breyer und Volker Ulrich die langfristige Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen und des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgangspunkt ist eine Prognose der PROGNOS AG, die einen Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von etwa 13,5 Prozent auf rund 16 Prozent bis zum Jahr 2040 erwartete und in der damaligen politischen Diskussion breite Wirkung entfaltet hatte.

Breyer und Ulrich zeigen, dass diese Prognose zwei zentrale Schwächen aufweist. Erstens wird der medizinische Fortschritt nur unzureichend abgebildet. Zweitens werden altersspezifische Gesundheitsausgaben überschätzt, weil das kalendarische Alter als treibende Größe missverstanden wird. Die Autoren legen zwei alternative Schätzansätze vor: Sie unterscheiden explizit zwischen Personen im letzten Lebensjahr und allen übrigen und verwenden zusätzlich eine Regressionsanalyse der GKV-Ausgaben, in der Einkommen, Altersstruktur und ein Zeittrend als Näherung für den medizinisch-technischen Fortschritt eingehen.

Die Ergebnisse sind eindeutig. Die Alterung der Bevölkerung führt nur zu einem vergleichsweise moderaten Anstieg der Ausgaben und des Beitragssatzes. Der dominante Treiber ist der medizinische Fortschritt, verstanden als Sequenz kostensteigernder Innovationen. Unter realistischen Annahmen zu dieser Innovationsdynamik ergibt sich für 2040 ein Beitragssatz von rund 23 Prozent, also deutlich mehr als die politisch zirkulierenden 16 Prozent. Die demografische Alterung erzeugt vor allem einen Finanzierungseffekt: Die Zahl der Beitragszahler sinkt in Relation zur Zahl der Leistungsbezieher, was den Beitragssatz nach oben treibt, ohne dass die Pro-Kopf-Ausgaben explodieren.

Die ökonomische Schlussfolgerung, die Breyer und Ulrich daraus ziehen, ist klar: Wer Beitragssatzanstiege begrenzen will, muss sich primär mit dem medizinisch-technischen Fortschritt, mit Anreizstrukturen und mit der Frage der Effizienz beschäftigen – nicht mit dem Alter der Patienten.

Parallel zu diesen Arbeiten wird international die sogenannte „Red-Herring"-These formuliert. Zentral sind hier Beiträge von Peter Zweifel, Stefan Felder und Markus Meier, unter anderem in Health Economics und im Journal of Health Economics. Der Kernpunkt dieser Literatur ist präzise und für die Debatte um Streecks Vorschlag unmittelbar relevant: Die Autoren zeigen anhand von Individual- und Paneldaten, dass das kalendarische Alter eine schlechte Erklärung für Gesundheitsausgaben ist. Entscheidend ist die Nähe zum Tod. Die Ausgaben steigen im letzten Lebensjahr stark an, weitgehend unabhängig davon, ob dieses letzte Lebensjahr im Alter von 65, 75 oder 85 erreicht wird. Wenn sich die Lebenserwartung erhöht, verschiebt sich der teure Abschnitt nach hinten; es kommt aber nicht automatisch zu einer dauerhaften, linearen Kostendrift im gesamten höheren Alter.

Diese empirische Perspektive ergänzt die DIW-Analyse, indem sie den Sterbeeffekt auf Mikroebene sichtbar macht. Sie liefert damit eine robuste Begründung für die Aussage, dass es analytisch verkürzt ist, Kostendruck im Gesundheitswesen primär auf „die Alten" zurückzuführen. Der entscheidende Mechanismus ist nicht das Alter an sich, sondern der Umstand, dass in modernen Gesundheitssystemen im letzten Lebensjahr – aus nachvollziehbaren Gründen – sehr intensiv behandelt wird.

Breyer 2003: Altersrationierung in „Report Mainz"

Die Verbindung von Beitragssatzprojektionen, medizinischem Fortschritt und Nähe-zum-Tod-Effekt blieb nicht abstrakt. Im Juni 2003 trat Friedrich Breyer gemeinsam mit dem Theologen Joachim Wiemeyer im ARD-Magazin „Report Mainz" auf. In dem Beitrag mit dem Titel „Keine Medizin für Alte? – Provokante Vorschläge zur Gesundheitsreform" wurden Überlegungen zur Begrenzung teurer Behandlungen bei Patienten ab 75 Jahren vorgestellt.

Die Position lautete verkürzt: Angesichts absehbarer Beitragssatzsteigerungen und begrenzter Ressourcen müsse die Gesellschaft darüber nachdenken, auf bestimmte kostspielige Maßnahmen bei hochaltrigen Patienten zu verzichten oder diese nicht mehr aus Mitteln der GKV zu finanzieren. In verschiedenen Stellungnahmen wurde später deutlich, dass Breyer diese Überlegung als eine mögliche, nicht zwingend gebotene Option im Rahmen eines breiteren Bündels von Steuerungsinstrumenten verstand.

Die Reaktionen waren heftig. Sozialver-

bände erstatteten Strafanzeige, ärztliche Standesorganisationen und kirchliche Institutionen distanzierten sich; die Deutsche Bischofskonferenz stellte klar, dass die in der Sendung geäußerten Positionen nicht ihre Haltung widerspiegelten.

Für die aktuelle Debatte ist entscheidend: Hier lag eine klare ökonomische Argumentationskette vor – basierend auf Projektionen, Finanzierungslasten, Nähe-zum-Tod-Effekten und der Einsicht, dass nicht alle medizinisch möglichen Leistungen finanziert werden können. Dennoch scheiterte der Versuch, Alterskriterien offen zu diskutieren, an der politischen und normativen Ablehnung. Genau dieses Muster droht sich nun bei Streeck zu wiederholen, nur mit deutlich weniger analytischer Vorarbeit.

Priorisierung: Interventionen zuerst, Personen zuletzt

Die genannten Arbeiten von Breyer, Ulrich, Zweifel und anderen münden in eine einfache, aber harte ökonomische Schlussfolgerung: In einem System mit endlichen Ressourcen ist Priorisierung unvermeidlich. Entscheidend ist die Reihenfolge, in der Kriterien eingeführt werden.

Auf der ersten Ebene steht die Bewertung von Interventionen. Hier geht es um Fragen wie: Welche Behandlung bringt welchen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zur Alternative? Welche Intervention verursacht welche Opportunitätskosten, also welche anderen Leistungen müssen unterbleiben, wenn sie finanziert wird? Wie hoch ist der Zusatznutzen pro Euro? Welche Wirkungen sind aus Patientensicht relevant?

Auf der zweiten Ebene stehen Programme, Indikationen und Versorgungspfade. Hier wird geklärt, in welchen Indikationsbereichen, für welche Patientengruppen und unter welchen Bedingungen eine Intervention sinnvoll ist.

Erst auf einer dritten Ebene – und nur in Situationen echter Knappheit oder bei Notfällen – stellt sich die Frage nach individuellen Priorisierungskriterien wie Alter, Komorbidität, Prognose oder anderen patientenspezifischen Merkmalen.

Es ist inkonsistent, auf Ebene drei einzusteigen, wenn Ebene eins und zwei strukturell unzureichend bearbeitet sind. Genau das geschieht, wenn man – wie Streeck – über rationierte Therapien bei Hochaltrigen spricht, ohne dass es zuvor eine konsistente, systemische Wirtschaftlichkeitsbewertung der Interventionen gegeben hat.

Die institutionelle Lücke: Nutzenbewertung ohne Kosten-Nutzen-Logik

In Deutschland existieren inzwischen durchaus institutionelle Strukturen, die theoretisch geeignet wären, eine Priorisierung auf Interventionsniveau zu ermöglichen. Dazu gehört vor allem die Methoden des IQWiG und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese Institutionen bewerten derzeit den Zusatznutzen neuer Arzneimittel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Sie beantwortet jedoch explizit nicht die Frage bzw. transparent, ob dieser Zusatznutzen die aufgerufenen Preise rechtfertigt oder welche Alternative durch die Finanzierung verdrängt wird.

Das Ergebnis ist ein asymmetrisches System: Der medizinische Zusatznutzen wird – auf Basis von Expertenurteilen – relativ detailliert evaluiert, während die ökonomische Dimension (Kosten-Nutzen-Relation, Budgetimpact, Opportunitätskosten) institutionell nur sehr eingeschränkt abgebildet wird. Patientenpräferenzen oder bevölkerungsbezogene Werturteile spielen in dieser Nutzenbewertung bislang nur eine nachgeordnete Rolle.

Genau hier liegt eine zentrale Bruchstelle zwischen dem, was die Literatur seit Jahren fordert, und dem, wie die Entscheidungen tatsächlich getroffen werden.

Die ungenutzte Effizienzgrenze des IQWiG

Es besteht die Möglichkeit, Wirtschaftlichkeitsanalysen durchzuführen. Das IQWiG hat ein umfangreiches Methodenpapier zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten medizinischer Maßnahmen vorgelegt und darin das Konzept der Effizienzgrenze entwickelt. Die Effizienzgrenze ist ein relatives Wirtschaftlichkeitskriterium. Sie stellt dar, welche Kombinationen von Kosten und Nutzen bereits erstatteter Interventionen in einem Indikationsgebiet akzeptiert sind. Neue Interventionen sollen dann nur zu Preisen erstattet werden, die im Verhältnis zu ihrem Zusatznutzen nicht schlechter abschneiden als diese Referenzpunkte. Ökonomisch ist die Effizienzgrenze ein Versuch, Opportunitätskosten im Rahmen des bestehenden Systems sichtbar zu machen.

Tatsächlich wurde dieses Instrument in Deutschland bislang nur in äußerst begrenztem Umfang bzw. garnicht eingesetzt.

Kritiker sprechen vom „deutschen Sonderweg“ der IQWiG-Kosten-Nutzen-Bewertung und diskutieren methodische wie politische Gründe, warum die Effizienzgrenze in der Routineversorgung keine zentrale Rolle spielt. Die Folge ist aber klar: Die Möglichkeit, Interventionen anhand einer konsistenten Effizienzlogik zu priorisieren, ist vorhanden, wird aber nicht oder kaum genutzt. Der Methodenrahmen existiert, die praktische Implementierung bleibt die Ausnahme. Damit fehlt dem System genau das Werkzeug, das benötigt würde, um einen rationalen Umgang mit teuren Innovationen zu ermöglichen, bevor man über Altersgrenzen oder andere individuelle Kriterien nachdenkt.

Die Forderung, die sich daraus ableitet, ist direkt: Bevor Diskussionen über die Einschränkung von Leistungen für bestimmte Altersgruppen geführt werden, müssen die bestehenden Instrumente zur Wirtschaftlichkeitsbewertung – Effizienzgrenze, Kosten-Nutzen-Analysen, systematische Budgetimpact-Bewertungen – konsequent genutzt und weiterentwickelt werden. Erst wenn klar ist, welche Interventionen in welcher Indikation effizient sind, kann überhaupt sinnvoll diskutiert werden, ob und wo darüber hinaus individuelle Kriterien eine Rolle spielen sollen.

Streecks Vorschlag im Licht von 20 Jahren

Streeck bewegt sich mit seiner Intervention in einem Feld, das seit zwei Jahrzehnten vermessen ist. Die Arbeiten von Breyer und Ulrich, die Red-Herring-Analysen von Zweifel und Kollegen, die Übersichtsbeiträge Breyers zum Zusammenhang von Demografie, medizinischem Fortschritt und Ausgabenentwicklung sowie die Debatten um Altersrationierung nach der „Report Mainz“-Sendung 2003 bilden einen gut dokumentierten Hintergrund.

Die Schlussfolgerung aus dieser Literatur lässt sich in drei Sätzen zusammenfassen:

- **Erstens:** Die demografische Alterung erzeugt vor allem einen Finanzierungseffekt und nur einen begrenzten Ausgabeneffekt. Die Nähe zum Tod ist relevanter als das Alter.
- **Zweitens:** Der eigentliche Ausgabentreiber ist der medizinische Fortschritt, eingebettet in ein System, das Innovationen rasch einführt und teuer bezahlt, ohne systematisch nach Effizienz zu fragen.

- **Drittens:** Eine sachgerechte Priorisierung muss bei den Interventionen beginnen, nicht bei den Personen. Nicht die Ärzte und Pflegekräfte sollten für uns gesellschaftliche Entscheidungen treffen, sondern die demokratisch legitimierten Entscheidungsträger.

Streeck setzt genau an diesem dritten Punkt an, ohne dass die ersten beiden systematisch bearbeitet wurden. Er fragt, ob es sich noch „lohnt", sehr alten Menschen teure Therapien zu finanzieren, obwohl das deutsche System weder eine funktionierende Effizienzgrenze etabliert hat noch eine Routine für Kosten-Nutzen-Analysen kennt, die Opportunitätskosten sichtbar machen. Er bewegt sich damit in derselben Argumentationslinie wie Breyer 2003, jedoch ohne die explizite Verknüpfung mit den damals erarbeiteten Modellrechnungen und ohne die klare Unterscheidung der Ebenen.

Schlussfolgerung

Die Debatte, die Streeck angestoßen hat, ist notwendig, aber sie wird an der falschen Stelle eröffnet. Die Diskussionen der letzten zwanzig Jahre zeigt deutlich, dass Beitragssatzanstiege und Ausgabendynamiken nur zu einem vergleichsweise kleinen Teil auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen sind. Entscheidend sind medizinischer Fortschritt, technologische Innovationsketten und institutionelle Anreize. Demografische Veränderungen verschärfen primär das Finanzierungsproblem (das System hat immer weniger Einzahler).

Die vorgelagerte Aufgabe ist daher nicht, zu entscheiden, ob 80- oder 85-Jährige bestimmte Therapien noch „verdienen", sondern zu klären, welche Interventionen in welchem Setting überhaupt effizient sind. Dazu liegen mit dem IQWiG-Methodenbericht zur Bewertung von Kosten-Nutzen/Nutzwert-Verhältnissen mit dem Konzept der Effizienzgrenze Instrumente vor, die bislang nur punktuell bzw. garnicht angewendet wurden. Solange diese Instrumente nicht systematisch genutzt werden, ist jede Debatte über altersbezogene Rationierung analytisch verkürzt und politisch schief. Zuerst sind Interventionen und Alternativen anhand von Kosten, Nutzen und Opportunitätskosten zu bewerten. Dann sind Programme und Indikationen zu priorisieren. Erst ganz am Ende, wenn überhaupt oder in Notfällen, kann die Frage gestellt werden, ob individuelle Kriterien wie das Alter in engen Grenzen eine Rolle spielen dürfen.

Streeck bewegt sich mit seinem Vorschlag in einem Feld, das in Deutschland spätestens seit 2000 immer wieder wissenschaftlich kartiert, aber politisch nie konsistent bearbeitet wurde. Genau das macht seine Intervention so angreifbar – und zugleich so symptomatisch für ein System, das seine eigenen ökonomischen Instrumente nicht nutzt, aber im Zweifel bereit ist, beim Patienten zu sparenen.

Warum es in Deutschland faktisch keine Wirtschaftlichkeitsanalysen gibt

An diesem Punkt drängt sich eine naheliegende, aber bislang erstaunlich wenig beantwortete Frage auf: Warum werden die im Gesetz vorgesehenen Instrumente zur Wirtschaftlichkeitsanalyse praktisch nicht genutzt? Und warum bleibt die Perspektive systematischer, indikationsübergreifender Effizienz weitgehend ausgeblendet, obwohl die gesundheitsökonomischen Werkzeuge existieren?

Zunächst zur formalen Seite: § 35b SGB V sieht die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln ausdrücklich vor. Der Paragraph legt klar fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung beauftragen kann, und zwar auf der Grundlage eines Antrags nach § 130b Absatz 8 SGB V. In dem Auftrag sind unter anderem die Vergleichstherapie, die Patientengruppen sowie „Art von Nutzen und Kosten" und „das Maß für den Gesamtnutzen" zu definieren. Die Rechtsgrundlage ist also klar vorhanden.

Trotzdem findet dieses Instrument faktisch nicht statt. Das IQWiG schreibt in seinen eigenen FAQs offen, der G-BA könne das Institut „im Prinzip" mit Kosten-Nutzen-Bewertungen beauftragen, in denen geprüft werde, ob der Nutzen eines neuen Medikaments die Kosten rechtfertigt – „das hat das IQWiG aber bisher nur ein einziges Mal gemacht". Mehr muss man dazu eigentlich nicht sagen: Ohne Auftrag keine Analyse. Der Gesetzgeber hat das Instrument geschaffen, der G-BA nutzt es praktisch nicht. Warum der G-BA von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch macht, ist offiziell nicht erläutert; das kann seriös nur der G-BA selbst beantworten. Spekulative politökonomische Vermutungen – etwa, dass zusätzliche Transparenz über Effizienz schmerzhafte Verteilungsentscheidungen erzwingen würde – liegen zwar nahe, bleiben aber Spekulation.

Die zweite Frage ist subtiler: Warum gibt es keine indikationsübergreifenden Wirtschaftlichkeitsanalysen, also keine explizite Opportunitätskostenlogik über Indikations- und Sektorgrenzen hinweg? Hier ist das IQWiG selbst erstaunlich klar. Im frühen Methodenentwurf zur Kosten-Nutzen-Bewertung (Version 1.1) wird in der Präambel und im Summary ausdrücklich festgehalten, dass es nicht Auftrag des Expertenpanels gewesen sei, eine Methode zu entwickeln, mit der Erstattungsprioritäten im gesamten Gesundheitssystem gesetzt werden. Statt einer systemweiten Priorisierung soll die Methode lediglich dazu dienen, die Effizienz von Gesundheitstechnologien innerhalb eines gegebenen Therapiebereichs zu vergleichen und daraus Höchstbeträge für die Erstattung abzuleiten. Der explizite Fokus „auf eine Indikation" wird als spezifisch deutsches Merkmal hervorgehoben; Fragen der Ressourcenallokation über das gesamte System hinweg sowie die dazugehörigen Tradeoffs bleiben bewusst ausgeklammert.

Das Ergebnis dieser doppelt verengten Konstruktion ist deutlich: Wir haben ein gesetzliches Instrument zur Kosten-Nutzen-Bewertung, das nur auf Auftrag hin aktiviert werden kann – und dieser Auftrag wird praktisch nie erteilt. Und selbst wenn das Instrument genutzt würde, wäre es von vornherein indikationsspezifisch angelegt, nicht als Mechanismus zur gesamtgesellschaftlichen Priorisierung. Die Opportunitätskostenlogik bleibt außen vor; sie wird in vielen Einzelfallentscheidungen indirekt mitverhandelt, aber nicht systematisch operationalisiert.

Der eigentliche Sprengsatz steckt in § 35b SGB V in genau einem Satz: „Der G-BA soll im Auftrag festlegen, welcher Zeitraum, welche Art von Nutzen und Kosten und welches Maß für den Gesamtnutzen bei der Bewertung zu berücksichtigen sind."

Wenn man das ernst nimmt, bedeutet es nichts weniger als: Der G-BA müsste eine Nutzenfunktion oder Wertfunktion definieren. Er müsste entscheiden, welche Outcomes überhaupt zählen (Lebenszeit, Symptomreduktion, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Nebenwirkungen, Belastung von Angehörigen usw.) und wie diese Dimensionen gegeneinander zu gewichten sind. Das ist keine technische Detailfrage, sondern eine gesellschaftliche Wert- oder Präferenzentscheidung. Wer das Maß für den Gesamtnutzen festlegt, legt damit

implizit eine soziale Wohlfahrtsfunktion fest – und damit den normativen Rahmen, in dem Priorisierung überhaupt denkbar ist.

Aus meiner Sicht weicht das System genau an diesem Punkt systematisch aus. Der Gesetzgeber schreibt „Gesamtnutzen" in den Paragraphen, stellt aber keine Infrastruktur bereit, um dieses Maß empirisch und normativ sauber zu bestimmen – etwa über systematisch erhobene Patienten- und Bevölkerungspräferenzen. Stattdessen verbleibt der Gesamtnutzen in der Praxis als Leerformel, die durch Expertenurteile, Verhandlungsmacht und die Logik des Einzelfalls substituiert wird. Formal steht im Gesetz, dass der G-BA ein Maß für den Gesamtnutzen definieren soll. Faktisch wird diese zentrale Aufgabe umgangen. Genau deshalb bleibt die Kosten-Nutzen-Bewertung stumpf – und die eigentliche Priorisierungsfrage im deutschen Gesundheitssystem ungelöst. <<

von:
Prof. Dr. rer. oec. Axel C. Mühlbacher[1]
(ORCID: 0000-0003-4402-9211)

1: Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Hochschule Neubrandenburg

Prognos-Studie zum möglichen Beitrag der iGW

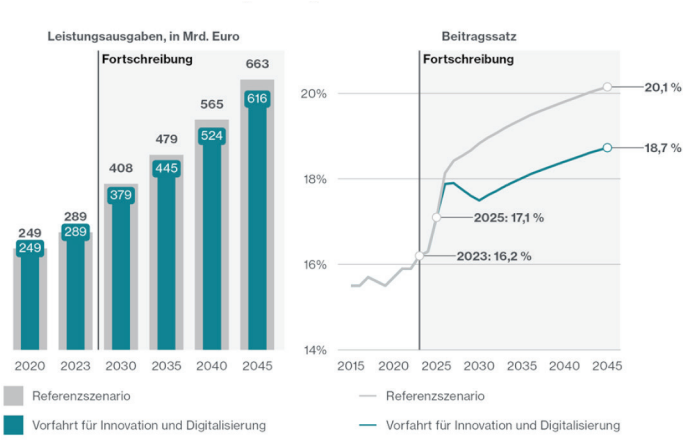
>> Nach Szenariorechnungen einer aktuellen, im Auftrag des BDI erstellten Prognos-Studie könnte der Kassenbeitragssatz von aktuell 17,1 Prozent bis zum Jahr 2045 auf 20,1 Prozent steigen. Die vorliegende Studie „Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen – Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft" zeigt ebenso, dass die industrielle Gesundheitswirtschaft (iGW) einen bedeutenden Beitrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung und zur Senkung der Kosten leisten kann. So seien zahlreiche Effizienzpotenziale durch innovative Technologien und Dienstleistungen identifiziert worden. Die quantifizierten Beispiele weisen laut Prognos in Summe ein Einsparvolumen von fast 21 Mrd. Euro auf – alleine im Geltungsbereich der GKV.

Um diese Potenziale zu realisieren, bedarf es nach Prognos jedoch geeigneter politischer Rahmenbedingungen. Die Autor:innen: „Wenn es in diesem Umfeld gelingt, das Potenzial der iGW stärker als bislang auszuschöpfen, sind allein mit heute bekannten quantifizierbaren Innovationen bis zum Jahr 2045 Einsparungen in Höhe von nahezu 50 Mrd. Euro möglich." Das würde das sogenannte Szenario „Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung" verdeutlichen: Der Beitragssatz sinkt in diesem Szenario gegenüber dem Referenzszenario um 1,4 Prozentpunkte. Arbeitnehmer:innen sowie Unternehmen würden dadurch Jahr für Jahr spürbar entlastet.

Die durchgeführten Analysen zeigen darüber hinaus, dass das Gesundheitssystem durch weitere Maßnahmen weiter gestärkt und die GKV-Finanzen stabilisiert werden können. Dazu zählen sowohl zusätzliche, im Rahmen der Studie nicht quantifizierte Effizienzpotenziale als auch die Belastung der GKV-Finanzierung durch versicherungsfremde Leistungen in Höhe von geschätzt knapp 60 Mrd. Euro. Doch seien diese Aspekte nicht im Fokus der Studie gestanden, ihr Beitrag zur Entlastung der Versicherten der GKV sei gleichwohl enorm. Der Beitragssatz könnte bei vollständiger Steuerfinanzierung langfristig um 3,0 Prozentpunkte (gegenüber dem Szenario „Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung") gesenkt werden. Inklusive der in dieser Studie abgeleiteten Effizienzpotenziale zeigen laut Prognos die Modellrechnungen, dass damit 2045 ein Beitragssatz von 15,7 Prozent erreichbar wäre.

Bei Berücksichtigung weiterer indirekter positiver Effekte auf Gesellschaft und Wirtschaft – wie etwa eine höhere Produktivität, eine Steigerung des Bruttoinlandsprodukts und die Vermeidung von Folgeerkrankungen – werde zudem deutlich, dass wirtschaftliches Wachstum und bessere Versorgung bei gleichzeitig niedrigeren Kosten kein Widerspruch sein müssen. Bei einer durchschnittlichen Bruttowertschöpfung von 84.000 Euro je Erwerbstätigen (2023) ist nach Angaben von Prognos ein vermiedener Krankheitstag rund 360 Euro „wert". Der gesamtgesellschaftliche Nutzen bei Vermeidung eines Erwerbsunfähigkeitsjahres belaufe sich damit auf 98.500 Euro je Person und Jahr oder insgesamt 16,2 Mrd. Euro. Entsprechend könnten die Effizienzpotenziale der industriellen Gesundheitswirtschaft einen soliden Beitrag hierfür leisten – vorausgesetzt, politische und strukturelle Rahmenbedingungen werden entsprechend angepasst und weiterentwickelt. <<

Link: https://t1p.de/g4f45



Entwicklung der Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes – Szenario Vorfahrt für Innovation und Digitalisierung.
Aus: Prognos-Studie „Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen."
Quelle: BMG, BAS, Statistisches Bundesamt, SOEP v39, eigene Berechnungen.
© Prognos 2025

Zitationshinweis

Mühlbacher, A.: „Warum Streecks Vorschlag auf der falschen Ebene ansetzt – und was seit 20 Jahren bekannt ist", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 48–51. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2789