



# Finanzierung der Gesundheitsversorgung: strukturelle Herausforderungen

## Financing Health Care: Structural Challenges

*Michael Schlander* | ORCID: 0000-0002-3489-5856

Institute for Innovation & Valuation in Health Care, Wiesbaden,  
Deutschland

Alfred-Weber-Institut, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, Deutschland

*michael.schlander@innoval-hc.com*

Received 4 January 2026 | Accepted 27 January 2026 |

Published online 13 March 2026

### Abstract

Das deutsche Gesundheitssystem hat einen Umfang und einen Komplexitätsgrad erreicht, der zu Intransparenz und Ineffizienz bei hohen Kosten und mittelmäßigen *Outcomes* führt. Zugleich beruht es auf ökonomischen Voraussetzungen, die aufgrund der krisenhaften Entwicklung der Gesamtwirtschaft gefährdet sind. Als Teil einer notwendigen Reformagenda sollte die Neujustierung des dualen Systems von Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen hin zu einem komplementären System aus obligatorischer Grundversicherung und freiwillig versicherten Zusatzleistungen bedacht werden.

The German health care system has grown into a size and level of complexity that impair its transparency and efficiency, combined with high costs and mediocre overall outcomes. At the same time, it relies on economic foundations that are threatened by the poor development of the overall economy. As part of a necessary reform agenda, a realignment of the dual system of statutory and private health insurance towards a complementary system consisting of mandatory basic insurance and voluntarily insured supplementary benefits should be considered.

## Keywords

Finanzierung – Marktversagen – Staatsversagen – Wachstum – Stagnation – Rezession

Financing – market failure – government failure – growth – economic stagnation – recession

## 1 Einleitung

### 1.1 *Gesamtwirtschaftlicher Kontext*

Mit der schwachen Wirtschaftsentwicklung stehen die Sozialsysteme in Deutschland unter wachsendem Stress. Die volkswirtschaftlichen Indikatoren sind denkbar eindeutig: das Land bewegt sich ausweislich des seit mehreren Jahren sinkenden realen Bruttoinlandsprodukts (BIP) pro Kopf zwischen Stagnation und Rezession. Stieg das BIP je Einwohner im Schnitt der OECD-Länder von 2020 bis 2024 um 12 Prozent, so belief sich der Zuwachs in Deutschland im gleichen Zeitraum noch auf magere 2,6 Prozent und war seit 2022 rückläufig.<sup>1</sup> Auf die gesamte deutsche Volkswirtschaft gerechnet, schrumpfte das BIP gegenüber dem Vorjahr in 2023 um 0,9 Prozent und in 2024 erneut um 0,5 Prozent, um im Jahr 2025 bei einer um 1,3 Prozent sinkenden Industrieproduktion und um 2,4 Prozent sinkenden Ausrüstungsinvestitionen voraussichtlich bei etwa 4,3 Billionen Euro zu stagnieren. Die Quote der wichtigen privaten Bruttoanlageinvestitionen in Deutschland sank im langfristigen Trend bereits seit Anfang der 1990er Jahre (1991, 21,6 % des BIP) und beschleunigt dann ebenfalls seit 2022 (bei gleichzeitig sinkendem BIP auf 17,4 % im Jahr 2024 nach 18,7 % zwei Jahre zuvor).<sup>2</sup>

Das Niveau der Vor-Pandemie-Jahre bis 2019 wurde in Deutschland seither nicht wieder erreicht. Das toxische Zusammenwirken mehrerer Faktoren – von geopolitischen Herausforderungen mit erheblichen Auswirkungen auf die Ausgaben für die äußere Sicherheit und auf die Energieversorgung (im Zusammenspiel mit einer auch klimapolitisch motivierten Transformationspolitik), die mit erheblichen Kostenbelastungen einhergehen, bis hin zu den Folgen eigener politischer Entscheide – bietet erheblichen Grund zu Besorgnis: Das Land könnte zumal im internationalen Vergleich seinen wirtschaftlichen Zenit überschritten haben, mit anderem Worten, sich „vom kranken

---

1 Deutsche Bundesbank (2025).

2 Deutsche Bundesbank (2025); Statistisches Bundesamt (2025).

Mann Europas zum Superstar und zurück“ entwickeln.<sup>3</sup> Dazu kommen im internationalen Vergleich eine hohe Effektivsteuerlast auf Investitionserträge, hohe Lohnkosten bei gleichzeitig geringer Jahresarbeitszeit, die Wahrnehmung einer zunehmenden Belastung der unternehmerisch Tätigen durch regulatorische Auflagen, sowie eine in den nächsten zehn Jahren um nahezu zehn Prozent schrumpfende Bevölkerung im Erwerbsalter von 16 bis 64 Jahren, aggraviert durch eine seit 2015 deutlich verstärkte ungesteuerte Immigration in die Sozialsysteme, ein ausweislich neuerer PISA-Ergebnisse deutlich negativer Trend bei den schulisch erworbenen Grundqualifikationen, bis hin zur Schuldenfinanzierung eines Systems von Sozialtransfers, das ein Ausmaß und eine Komplexität erreicht hat, die ersichtlich die Möglichkeiten einer systematischen Analyse überschreiten. Ein Forscherteam am Münchner ifo-Institut identifizierte beim Versuch der Bestandsaufnahme der Sozialleistungen in Deutschland, die alleine auf Bundesebene festgelegt sind, nicht weniger als 502 einzelne Regelungen von Geld-, Sach- und Dienstleistungen sowie steuerlichen Freibeträgen mit sozialpolitischem Zweck.<sup>4</sup> Eine wachsende Staatsquote, die im Jahr 2025 die 50-Prozent-Marke überstiegen haben dürfte (nach 49,5 % im Vorjahr und 48,4% im Jahr 2023; verglichen mit einem Durchschnittswert von 47,3 % in der Zeitspanne von 1991 bis 2024), spiegelt den zunehmenden staatlichen Einfluss auf das Wirtschaftsgeschehen.<sup>5</sup>

Eine Einschätzung der zukünftigen wirtschaftlichen Entwicklung Deutschlands steht unter dem Vorbehalt großer Unsicherheit; Frühindikatoren wie der ifo-Geschäftsklima-Index, der ZEW-Konjunkturerwartungsindex, Einkaufsmanagerindizes der Industrie und der *Economic Sentiment Index* zeichneten zuletzt hartnäckig ein für Deutschland pessimistischeres Bild verglichen mit den Aussichten der Eurozone und der Weltwirtschaft. Die wachsende Staatsverschuldung im gesamten Euro-Raum (keineswegs nur in Deutschland; übrigens auch in den Vereinigten Staaten, im Vereinigten Königreich und in Japan) im Zusammenspiel mit der Politik der Europäischen Zentralbank (EZB), welche in ihrer *de facto*-Rolle als „*Lender of Last Resort*“ etwa durch ihr Verhalten in vergangenen Krisen, mit ihrem „*Emergency Liquidity Assistance*“ (ELA)-Programm und dem „*Transmission Protection Instrument*“ diesbezüglich Fehlanreize setzt, führt nicht nur zu einem hohen Risiko inflationärer Entwicklung mit allen Folgen, sondern schränkt eben auch die verbleibenden Handlungsspielräume der Politik zunehmend ein und könnte sich in einer

3 Borger et al. (2024).

4 Blömer et al. (2025).

5 Statistisches Bundesamt (destatis) (2025); Deutsche Bundesbank (2025).

kommenden nächsten Krise als fatal erweisen, wenn grundlegende strukturelle Reformen der europäischen Finanzarchitektur ausbleiben<sup>6</sup>:

There is a limit to what the ECB [European Central Bank] can do. We may have just seen that limit: The Covid fiscal expansions led or at least contributed to inflation in Europe as in the United States and the United Kingdom, as people were unwilling to hold that much extra debt and money. If people see a quick repetition 2020–2022 on hand, the ECB may already be fighting inflation when it feels the need to buy bonds of weaker states one again.

In this case, Europe will be faced with a crisis that fragile states and financial institutions expect a bailout, but the bailout fails; states are unable to borrow to handle the crisis, and the ECB cannot buy massive amounts of debt without pouring gasoline on the fire of an inflation that threatens the euro's existence. If a crisis comes in which everyone expects a river of borrowed money, but governments cannot realistically borrow, the crisis will be enormous.<sup>7</sup>

## 1.2 *Gesundheitssystem im wirtschaftlichen Kontext*

Vordergründig könnte man meinen, dass sich das angesichts der stetig wachsenden Beitragssätze der deutschen Krankenversicherungen gerne bemühte Phänomen einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem nahtlos in das Bild einer nicht nachhaltigen Entwicklung einfügt (vgl. Tabelle 1). Immerhin stieg der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP seit 1960 von 4,8 Prozent auf zuletzt 12,3 Prozent (2024) – mit anderen Worten: die Aufwendungen für Gesundheit wuchsen mehr als doppelt so schnell verglichen mit der Leistungskraft der gesamten Volkswirtschaft. Deutschland befindet sich damit in guter Gesellschaft; denn eine ähnliche Entwicklung ist für ausnahmslos alle entwickelten Staaten zu verzeichnen. Zum Beispiel stieg die Gesundheitsquote in den Vereinigten Staaten in diesem Zeitraum von 5,1 Prozent auf 17,2 Prozent und in Großbritannien von 3,9 Prozent auf 11,1 Prozent.

Noch eindrucksvoller stellt sich das wirtschaftliche Wachstum des Gesundheitsbereiches dar, wenn man die Entwicklung der nominalen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit in den gleichen Ländern betrachtet: In Dollar-Kaufkraftparitäten ausgedrückt, wuchsen sie in den Vereinigten Staaten von 144 US-Dollar im Jahr 1960 auf 14.885 US-Dollar (2024) und

6 Cochrane et al. (2025).

7 Cochrane et al. (2025), 205.

TABELLE 1 Anteil der Gesundheits- und GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt und GKV-Beitragssatz [%] bis zur Beitragsbemessungsgrenze<sup>a</sup>

Jahr	Gesundheitsausgaben [gesamt]	GKV- Ausgaben	GKV- Beitragssatz	GKV- Zusatzbeitrag
1970	6.0	3.5	8.2	
1975	8.4	5.7	10.0	
1980	8.4	5.8	11.4	
1985	8.8	6.0	11.7	
1990	8.3	5.5	12.2	
1995	10.1	6.6	13.2	
2000	10.3	6.5	13.6	
2005	10.7	6.4	14.2	
2010	11.1	6.5	14.9	
2015	11.1	7.0	14.6	0.9
2020	12.7	7.6	14.6	1.1
2021	12.9	7.6	14.6	1.3
2022	12.6	7.4	14.6	1.3
2023	11.8	7.4	14.6	1.6
2024	12.3	7.3	14.6	1.7
2025	n.a.	n.a.	14.6	2.5*
2026	n.a.	n.a.	14.6	2.9*

a Destatis (2025); OECD (2025); Zusatzbeitrag 2025 und 2026: Schätzwerte des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2025), tatsächlich wurde bereits für 2025 ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 2,9 % berichtet (nach Pimpertz 2025).

in Großbritannien von 74 US-Dollar (1960) auf 6.747 US-Dollar. Die Entwicklung in Deutschland vollzog sich mit einem Wachstum von 90 US-Dollar pro Kopf 1960 auf 9.365 US-Dollar (2024) auch in dieser Betrachtung zwischen diesen beiden Extremen. Diese Entwicklung war auch in den vergangenen fünf Jahren zu beobachten; OECD-Daten zeigen eine Zunahme der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 1,6 Prozent pro Jahr zwischen 2019 und 2024 (zum Vergleich: USA + 2,8 %, Großbritannien + 2,1 %).

Zugleich wuchs in Deutschland die Wertschöpfung der «Gesundheitswirtschaft» im langjährigen Durchschnitt um fast exakt einen Prozentpunkt schneller als das BIP; sie wurde im Jahr 2022 mit 440 Milliarden Euro oder 12,7 Prozent der deutschen Gesamtwirtschaft beziffert und bot jedem sechsten

Erwerbstätigen einen Arbeitsplatz.<sup>8</sup> Der Anteil der Beschäftigten im enger gefassten Gesundheitssektor an den Erwerbspersonen in Deutschland belief sich noch im Jahr 1970 auf 2,9 Prozent. Heute repräsentiert das Gesundheitssystem insgesamt mit fast 6,1 Mio. Beschäftigten der offiziellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes folgend (Stand zum Jahresende 2023; Vergleich Ende 2000, 4,0 Mio.; Ende 2010, 4,9 Mio.) – entsprechend mehr als 4,3 Mio. Vollzeitäquivalenten (plus 4,4 Prozent alleine seit 2019) – den Wirtschaftssektor mit den meisten Arbeitsplätzen in Deutschland. Das Bundesgesundheitsministerium bezieht sich in seiner Selbstdarstellung sogar auf die 7,7 Mio. Erwerbstätigen in der (breiter definierten) „Gesundheitswirtschaft“, was dem zitierten Sechstel der deutschen Gesamtbeschäftigung entspricht.<sup>9</sup>

Beschäftigungswirksam waren (2023) insbesondere der Krankenhaussektor mit einem Personalbestand von rund 1,3 Mio. (Ende 2000 und Ende 2010 noch ca. 1,0 Mio.) sowie – in der Statistik enthalten – der Bereich der stationären und teilstationären Pflege (mit gut 760.000 Beschäftigten; 2000: 440.000; 2010: 610.000), sowie unter den ambulanten Einrichtungen Arzt- und Zahnarztpraxen (1,1 Mio.; 2000: 870.000; 2010: 980.000), die Praxen sonstiger medizinischer Berufe (570.000; Ende 2000: noch 250.000; 2010: 410.000), Einrichtungen der ambulanten Pflege (430.000; 2000: 185.000; 2010: 275.000), außerdem die sogenannten „Vorleistungsindustrien“ (biopharmazeutische und Medizinprodukte-Industrie, Großhandel und Laboratorien) mit nahezu 600.000 Beschäftigten (2000: 380.000; 2010: 480.000).<sup>10</sup>

Zu alledem steht außer Zweifel, dass ein funktionierendes Gesundheitssystem großen gesellschaftlichen Nutzen stiftet, der über die unmittelbar gesundheitsbezogenen Effekte selbst auch einen positiven Einfluss auf ökonomische Parameter wie die Bildung von Humankapital, die Minderung krankheitsbedingter Produktivitätsausfälle und damit eine dem Wirtschaftswachstum dienliche Wirkung haben kann.<sup>11</sup>

Dies wären nicht nur für die Beschäftigten im Gesundheitswesen, sondern auch für jeden Wirtschafts- und Sozialpolitiker uneingeschränkt positive Sachverhalte, wären nicht drei Viertel der Ausgaben für das Gesundheitswesen öffentlich finanziert. Auch hier liegt Deutschland im internationalen – jedenfalls europäischen – Vergleich innerhalb der Bandbreite anderer

---

8 Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2023).

9 Bundesministerium für Gesundheit (2025a).

10 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025), Eckzahlen der Gesundheitspersonalrechnung.

11 Nordhaus (2002); Suhrcke et al. (2007).

entwickelter Industriestaaten.<sup>12</sup> Inwieweit das Potenzial für wirtschaftliches Wachstum im Gesundheitssektor ausgeschöpft werden kann, hängt im gegenwärtigen System damit entscheidend von der Leistungskraft beitragsfinanzierter Sozialversicherungen ab.

## 2 Finanzierung und Finanzierbarkeit

Die vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben erreichten zuletzt 501 Mrd. Euro. Davon entfielen 2023, dem letzten Berichtsjahr mit vorliegenden Daten zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Artikels, mehr als 55 Prozent oder 279 Mrd. Euro alleine auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)<sup>13</sup> und waren damit im Wesentlichen über die Pflichtbeiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert. Sie wurden nach den Grundsätzen der Solidarität und des Wirtschaftlichkeitsgebots verwendet – im Sozialgesetzbuch SGB V beschrieben mit den unbestimmten Rechtsbegriffen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“, ergänzt um die zusätzliche Vorgabe, dass die Leistungen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen.<sup>14</sup>

Weitere wichtige Beiträge zur Finanzierung leisteten die privaten Haushalte (60 Mrd. Euro oder 12 %, im Wesentlichen Zuzahlungen und Ausgaben für Selbstmedikation), die soziale Pflegeversicherung (mit 58 Mrd. Euro oder 11,6 %), die Privaten Krankenversicherungen (PKV), deren Mitglieder rund zehn Prozent der Bevölkerung, davon etwa die Hälfte beihilfeberechtigte Beamte, umfassen (mit 41 Mrd. Euro oder 8,2 %), sowie die öffentlichen Haushalte mit einem nach der COVID-19-Pandemie wieder rückläufigen Anteil von 28 Mrd. Euro oder 5,6 Prozent.<sup>15</sup> Die Leistungsausgaben der GKV wiederum (vgl. Tabelle 2) entfielen zuletzt (2024) zu knapp einem Drittel auf Krankenhausbehandlungen (102 Mrd. Euro oder 32,2 %), gefolgt von Kosten für Arzneimittel (55 Mrd. Euro oder 17,7 %) und ärztliche Behandlungen (50 Mrd. Euro oder 16,1 %); der Rest verteilte sich vorrangig auf Heil- und Hilfsmittel (zusammen 8,1 %), Krankengeld (6,6 %) sowie zahnärztliche Behandlungen einschließlich Zahnersatz (5,8 %).

Der Aufwuchs (nicht nur) des deutschen Gesundheitssystems, der das Wachstum der Volkswirtschaft(en) übertraf, vollzog sich vor dem Hintergrund

<sup>12</sup> OECD (2025).

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt (destatis) (2025); vdek (2025).

<sup>14</sup> Sozialgesetzbuch V, § 12, Abs. 1.

<sup>15</sup> vdek (2025).

TABELLE 2 Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), insgesamt und je Versicherten, 2019 bis 2024, absolut [€ nominal] und Veränderung zum Vorjahr [%]<sup>a</sup>

Jahr	insgesamt (absolut)	insgesamt (ggü. Vorjahr)	je Versicherten (absolut)	je Versicherten (ggü. Vorjahr)
2019	239,5 Mrd. €	+ 5,9 %	3.278 €	+ 5,5 %
2020	248,9 Mrd. €	+ 3,9 %	3.397 €	+ 3,6 %
2021	263,4 Mrd. €	+ 5,8 %	3.594 €	+ 5,8 %
2022	274,2 Mrd. €	+ 4,1 %	3.724 €	+ 3,6 %
2023	288,6 Mrd. €	+ 5,3 %	3.887 €	+ 4,4 %
2024	312,3 Mrd. €	+ 8,2 %	4.192 €	+ 7,9 %

a Daten aus vdek (2025).

zunehmender Wirtschaftskraft. Er war in der bisherigen Dimension<sup>16</sup> nicht zuletzt deshalb finanzierbar, weil selbst bei in der jüngeren Vergangenheit vergleichsweise niedriger Zunahme der Produktivität der gesamten Volkswirtschaft das überproportionale Wachstum des Gesundheitssektors nicht dazu führte, dass auf ein Wachstum anderer transferabhängiger Bereiche der Volkswirtschaft hätte verzichtet werden müssen.<sup>17</sup>

Denn gemäß dem „Baumolschen Gesetz“ ist davon auszugehen, dass die Produktion persönlicher Dienstleistungen zu einem erheblichen Teil auf menschlicher Arbeit beruht, die anders als industrielle Produktionsprozesse nicht leicht automatisierbar ist, so dass ihr relativer Anteil in einer wachsenden Wirtschaft zwangsläufig zunehmen muss.<sup>18</sup> Das dürfte besonders auf arbeitsintensive Bereiche wie Pflegeleistungen zutreffen. Wenn dann die Löhne im Gesundheitswesen trotz geringerer Produktivitätsfortschritte ebenso wachsen sollen wie in der übrigen Volkswirtschaft, dann entsteht notwendig Kostendruck und Preisauftrieb im Gesundheitssektor, die sogenannte Baumolsche „Kostenkrankheit“.<sup>19</sup>

Eine Fülle empirischer Studien weist auf eine positive Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich hin, welche sich

16 Der kontinuierliche, aber im Verhältnis zum BIP eben doch moderate Anstieg (Tab. 1) lässt sich schwerlich als „Kostenexplosion“ dramatisieren.

17 Baumol (2012); auch Schlander (2024).

18 Baumol (2012).

19 Baumol (2012); auch Colombier (2017).

in Querschnitts-, Zeitreihen- und Panelanalysen mit Werten um 1,4 (von knapp unter 1 bis 1,6 auf der Makroebene) als robust erwiesen hat.<sup>20</sup> Der anhand OECD-Daten Jahr für Jahr reproduzierbare Wert von +1,4 bedeutet, dass rein kalkulatorisch eine Erhöhung des BIP um 5 Prozent mit einer Steigerung der Ausgaben für Gesundheit von  $(1,4 \times 5 \% =)$  7 Prozent verknüpft ist. In den Querschnittsvergleichen erklärt das aggregierte Einkommen konstant mehr als 90 Prozent der Varianz der Gesundheitsausgaben der untersuchten Länder.<sup>21</sup>

Während in den klassischen Untersuchungen<sup>22</sup> eine Kausalität, also eine Abhängigkeit der Gesundheitsausgaben von der Höhe der Einkommen unterstellt wurde, und Gesundheit von daher als ökonomisches „Luxusgut“ diskutiert wurde<sup>23</sup>, ist die Interpretation dieses statistisch eindeutigen Zusammenhangs komplexer. Zum Beispiel wurde in nationalen Untersuchungen auf der Mikroebene von Haushalten durchweg eine deutlich geringere (oder gar keine) Einkommenselastizität gefunden. Einen plausiblen Erklärungsansatz für diesen scheinbaren Widerspruch bieten die Auswirkungen eines umfangreichen Versicherungsschutzes mit der zielkonformen Wirkung, Einkommensunterschiede beim Zugang zu Gesundheitsleistungen zu egalisieren.<sup>24</sup> Schließlich muss in der Realität mit vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Einkommen und Gesundheit gerechnet werden: auf der Mikroebene eines einzelnen Haushalts kann beispielsweise Krankheit (und damit verbunden höhere Kosten) zu einem verringerten Erwerbseinkommen führen; auf der Ebene ganzer Volkswirtschaften kann, wie schon erwähnt, umgekehrt ein verbesserter Gesundheitszustand der Bevölkerung zu ökonomischem Wachstum beitragen.<sup>25</sup>

Zuletzt zeigen zahlreiche empirische Analysen in großer Übereinstimmung die überragende Bedeutung des medizinischen Fortschritts,<sup>26</sup> nicht aber des demographischen Wandels, für den bisherigen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Ein instruktives Beispiel für die kostenintensive Marktdiffusion medizinischer Innovationen bietet der sehr transparente Arzneimittelmarkt, dessen Wachstum bei Preisstabilität der im Markt befindlichen Produkte und

20 Kleiman (1974); Newhouse (1977); Getzen (1990); Gerdtham/Jönsson (2000); Reinhardt et al. (2002).

21 Newhouse (1977); Schlander et al. (2004).

22 Kleiman (1974); Newhouse (1977).

23 Gerdtham/Jönsson (2000).

24 Getzen (2000).

25 Fogel (1997); Suhrcke et al. (2007); Hu/Wang (2024).

26 Früh dazu schon Newhouse (1992); allerdings trifft der bislang sehr moderate Effekt der Alterung der Gesellschaft auf die Zunahme der Gesundheitsausgaben nur auf die Krankenversicherung, nicht aber auf die Pflegeversicherung zu.

stabilen bis rückläufigen Verordnungszahlen seit jeher praktisch vollständig aus der Durchsetzung teurer Innovationen resultiert.<sup>27</sup>

Der auf der Makroebene überraschend geringe Effekt des demographischen Wandels kann auf die Konzentration der Kosten im letzten Lebensjahr und in den letzten Monaten vor dem Tod<sup>28</sup> zurückgeführt werden, weshalb nicht das kalendarische Alter an sich, sondern primär der zeitliche Abstand zum Tod für die Höhe der Gesundheitsausgaben verantwortlich ist,<sup>29</sup> selbst wenn in einer Untersuchung gezeigt werden konnte, dass mit steigender Lebenserwartung bestimmte medizinische Eingriffe als „sich noch lohnend“ wahrgenommen und vermehrt vorgenommen werden könnten, mit dem Effekt einer gewissen gegenläufigen Entwicklung.<sup>30</sup> Interessanterweise aber nimmt die Höhe der Gesundheitsausgaben vor dem Tod bei Hochbetagten sogar ab.<sup>31</sup>

### 2.1 *Finanzierbarkeit*

Zwar ist jede Projektion der künftigen Ausgabenentwicklung zwangsläufig mit großen Unsicherheiten verbunden; alle Szenarien, gleich ob einfache Extrapolation vergangener Trends oder aufwendige ökonometrische Modellierung, beruhen auf kritischen Annahmen und können stets nur Zusammenhänge im Sinne eines «wenn-dann» aufzeigen – insbesondere dann, wenn die meisten Modellrechnungen von einer Fortschreibung des gesundheitspolitischen *status quo* ausgehen. Dennoch kann gerade die Beleuchtung von Zusammenhängen Aufschluss geben über die ökonomische Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen.

Auf einem hohen Abstraktionsniveau – die tatsächlichen Modalitäten der Finanzierung zunächst ausklammernd – lässt sich konstatieren, dass selbst bei langfristig niedrigen realen Wachstumsraten des BIP – solange diese nicht unter ein Prozent fallen – auch zukünftiges Wachstum des Gesundheitssystems in der bisherigen Größenordnung grundsätzlich für viele weitere Jahrzehnte finanzierbar bliebe.<sup>32</sup> In der jüngsten Vergangenheit – etwa seit 2022, siehe Einleitung – rutschte die deutsche Wirtschaft jedoch in eine hartnäckig persistierende rezessive Phase, deren Ursachen wesentlich in strukturellen Umbrüchen liegen, was eine nachhaltige Trendumkehr ohne größere Änderungen der Rahmenbedingungen unwahrscheinlich macht. Zu alledem

27 Mühlbauer/Ludwig (2024).

28 Lubitz/Riley (1993); Riley/Lubitz (2010)

29 Zweifel et al. (1996/1999); Zweifel et al. (2004); Breyer/Lorenz (2021).

30 Breyer et al. (2015).

31 Lubitz/Riley (1993); Riley/Lubitz (2010); Colombier/Weber (2011).

32 Schlander et al. (2004); Schlander et al. (2005).

ist es im Kontext apokalyptischer Szenarien im Zeichen des Klimawandels politisch nicht unumstritten, ob Wirtschaftswachstum überhaupt noch erstrebenswert sei. Die Ausprägungen der entstandenen *Degrowth*-Bewegung sind variantenreich; die Forderungen reichen von einer „Deprivilegierung derjenigen, die aktuell auf Kosten anderer leben“, bis zur Einführung einer „Überlebenswirtschaft“ nach britischem Nachkriegsvorbild, nicht selten verknüpft mit Ideen eines radikalen Systemwechsels hin zu autoritären Strukturen und einer staatlich gelenkten Planwirtschaft.<sup>33</sup>

Die Folgen einer stagnierenden oder sogar schrumpfenden Wirtschaftsleistung für die Sozialhaushalte beginnen sich bereits abzuzeichnen; eine wohlhabende Stadt wie Stuttgart etwa kann ihren Doppelhaushalt für die Jahre 2026/27 vor dem Hintergrund von wegbrechenden Einnahmen aus der Gewerbesteuer – von 1,3 Mrd. Euro (2024) auf voraussichtlich 750 Mio. Euro (2025) – trotz Kürzungen und Abgabenerhöhungen nur durch eine dem erklärten Zweck zusätzlicher Investitionen in die Infrastruktur zuwiderlaufende Verwendung des „Sondervermögens“ des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität für bereits vorgesehene Projekte genehmigungsfähig halten; „für zusätzliche neue Maßnahmen reicht die Finanzspritze nicht.“<sup>34</sup> Obwohl eine hohe Zahl an Stellenstreichungen im unter besonderem Wettbewerbsdruck stehenden energieintensiven produktiven Kern der Volkswirtschaft erst auf den Weg gebracht worden ist, bezifferte das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) die fiskalischen Kosten der Arbeitslosigkeit – bestehend aus Versicherungs- und Sozialleistungen sowie Mindereinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen – im Jahr 2024 auf 76,6 Mrd. Euro oder 1,8 Prozent des BIP.<sup>35</sup> Kurzum, aus dem Ende des Wirtschaftswachstums folgt absehbar das Ende der bislang gewohnten Verteilungsspielräume. Damit stellen sich zwingend Fragen nach der zukünftigen Finanzierbarkeit des gegenwärtigen Leistungsumfangs und erst recht neuer medizinischer Verfahren.

## 2.2 Finanzierung

Die skizzierten Fragen konkretisieren sich bei der Betrachtung des gegenwärtigen Modus der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens und seiner Nachhaltigkeit. Vor dem Hintergrund einer hoch defizitären Finanzsituation der GKV und der sozialen Pflegeversicherung ist der Handlungsdruck

33 Schmelzer (2018); Hermann (2022); Schlander (2024); Deutscher Ethikrat (2024).

34 Landeshauptstadt Stuttgart (2025).

35 Hausner et al. (2025).

in der Bundespolitik angekommen: „Tiefgreifende Maßnahmen und Struktur-reformen zur Stabilisierung des Systems sind überfällig.“<sup>36</sup>

Schon im Frühjahr 2025 lag der tatsächlich erhobene Zusatzbeitragssatz bei 2,9 Prozent und damit deutlich über der Empfehlung des GKV-Schätzerkreises aus dem Vorjahr (vgl. Tabelle 1); der effektive Beitragssatz belief sich damit schon 2025 auf 17,5 Prozent, obwohl der Bund die GKV sowohl 2025 als auch 2026 mit einem zinslosen Darlehen von jeweils 2,3 Mrd. Euro stützt.<sup>37</sup> Damit ist bereits 2025 der für das Jahr 2035 in konservativen Szenarien projizierte Beitragssatz von 17,5 bzw. 17,8 Prozent erreicht.<sup>38</sup> Auch die jüngsten vorliegenden Berechnungen, die basierend auf der Frühjahrsprojektion 2025 der Bundesregierung<sup>39</sup> bereits ab 2026 wieder von einem realen Wachstum des BIP von 1,0 Prozent ausgehen und eine Lohnentwicklung je GKV-Mitglied (je nach Szenario) zwischen 2 und 4 Prozent unterstellen, schätzen den GKV-Beitragssatz im Jahr 2025 auf je nach Entwicklung zwischen 20,0 und 22,6 Prozent; nur unter günstigen Bedingungen und mit einem strikten Regiment einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ bliebe der Beitragssatz bei 18 Prozent im Jahr 2025. In der Gesamtschau würde sich damit die Sozialabgabenlast der beitragspflichtigen Einkommen bis zum Jahr 2035 auf 50 Prozent (mit einer Bandbreite der gerechneten Szenarien von 46 bis 54 Prozent) belaufen<sup>40</sup> – mithin substanziell höher als ehemals die Zielmarke der „Sozialgarantie 2021“ von maximal 40 Prozent.

Bei aller Unsicherheit von Prognosen der künftigen Entwicklung der Ein-nahmenseite der Sozialversicherungen muss davon ausgegangen werden, dass kurz- und mittelfristig kaum mit positiven Wirkungen durch einen sich selbst tragenden wirtschaftlichen Aufschwung – über höhere Einkommen der sozial-versicherungspflichtig Beschäftigten und über einen Anstieg der Beschäftigung oder einen weiteren Anstieg der Erwerbsbeteiligung der Frauen – zu rechnen sein dürfte. Gleichzeitig haben die Sozialabgabenquoten in Deutschland ein Niveau erreicht, das – erst recht in der gegenwärtigen Wirtschaftssituation – weitere Steigerungen kaum noch zulassen dürfte:

In a country whose government spends half of GDP, the long-run average tax rate must be half of income. For everyone who faces a lower rate,

---

36 Bundesministerium für Gesundheit (2025b).

37 Pimpertz (2025).

38 Bahnsen/Wimmesberger (2023); Ochmann et al. (2026).

39 Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2025).

40 Ochmann et al. (2026).

someone else must face a higher rate. Growth disincentives surely start to kick in at such tax rates. [...]

Tax disincentives come from all taxes put together, the total wedge between producing something worth a euro and how many euros of good or service one can buy with the after-tax results. Combining payroll or social insurance taxes, corporate taxes (which are all passed on to people, as consumers, workers, or savers), income taxes, value-added taxes (i.e., sales taxes), and phase-outs of government benefits with income, marginal tax rates are well in the range that reduces incentives to work and invest, and more importantly reduces incentives to invest in human capital, choose difficult but rewarding careers, or start and grow companies – all the things that are crucial to multi-decade growth.<sup>41</sup>

Bemerkenswerterweise war „Beitragssatzstabilität“ schon seit 1977 ein erklärtes – freilich deutlich verfehltes – politisches Ziel in Deutschland. Die Entwicklung zeigt die politische Schwierigkeit, dem ausufernden Wachstum des Sozialstaats – vermeintlicher Wohltaten, die vorgeblich „niemanden etwas kosten“<sup>42</sup> – Grenzen zu setzen.

### 3 Handlungsoptionen

Wenn also *ceteris paribus* nicht einfach weitere Einnahmequellen erschlossen werden (können), ohne die wirtschaftliche Basis weiter zu belasten oder sogar existenziell zu gefährden, dann muss für die Zukunft mit einer strikten Kontrolle der Ausgabenseite einem weiter zunehmenden Auseinanderklaffen der Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung entgegengewirkt werden. *Degrowth* – ob politisch gewünscht oder „nur“ als Nebenwirkung in Kauf genommen – führt notwendig zur Abkopplung vom bisher gewohnten medizinischen Fortschritt bis hin zu harter Rationierung. Die naheliegende Handlungsoption 1 bietet evident keine nachhaltige Lösung:

#### 3.1 „Mehr Geld für Gesundheit“?

Ohne eine positive Wende der Wirtschaftsentwicklung kann diese Option nicht tragen, auch wenn – kommende Verteilungskämpfe antizipierend – Akteure im Markt bezahlter Lobby-Arbeit sichtbar in Stellung gebracht werden,

<sup>41</sup> Cochrane et al. (2025), 201.

<sup>42</sup> Es gibt parteienübergreifend zahlreiche Beispiele für Aussagen von Politikern, die fälschlich suggerieren, öffentliche Ausgaben würden keine Opportunitätskosten verursachen.

die den (zutreffenden, spätestens seit der einflussreichen Arbeit von William Nordhaus 2002 belegten<sup>43</sup>) Refrain der positiven ökonomischen Wirkungen von Gesundheit in eingängigen Formeln variieren, so etwa:

Gesundheit ist das höchste Gut. Sie ist ausschlaggebend für Wohlbefinden, Resilienz und Wohlstand einer Gesellschaft. Mithilfe unserer Gesundheitsökonomie-Forschung zeigen wir die Bedeutung einer gesunden Bevölkerung für die Volkswirtschaft und machen den Wert von Gesundheitsinvestitionen global messbar.<sup>44</sup>

Nun ist Gesundheit tatsächlich ein hohes Gut, für das allgemein gilt, dass es nicht alles ist, aber ohne es alles nichts ist. Denn es handelt sich um ein sogenanntes „konditionales Gut“, was bedeutet, dass ihr ein Ermöglichungscharakter beikommt: ihr Besitz – oder besser ein angemessenes Minimum desselben – muss vorausgesetzt werden, „damit Individuen ihre Lebenspläne überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg angehen, verfolgen und ausbauen können.“<sup>45</sup> Das gilt freilich auch für andere Güter wie Frieden, Freiheit, innere und äußere Sicherheit und das Leben selbst. In Zeiten knapper, voraussichtlich sogar abnehmender Verteilungsspielräume wird der Grenznutzen von Gesundheits- und Sozialausgaben den Vergleichstest mit den Grenzerträgen alternativen Ressourceneinsatzes bestehen müssen.

Stand heute wird nirgendwo auf der Welt, den Sonderfall der Vereinigten Staaten ausgeklammert, – gemessen am BIP pro Kopf – mehr für Gesundheit ausgegeben als in Deutschland, was wiederum mit dem zurückbleibenden Wachstum des BIP zusammenhängt. Dessen ungeachtet weisen schon einige krude Kennziffern im internationalen Vergleich darauf hin, dass dem hohen Ressourceneinsatz gemessen an der erzielten Lebenserwartung der Bevölkerung ein nur mittelmäßiges Ergebnis gegenübersteht (Tabelle 3). Die über viele Jahre beobachtbare stetige Zunahme der Lebenserwartung der 65-Jährigen verlangsamte sich zuletzt beeinflusst durch den Effekt der Covid-19-Pandemie, blieb aber gleichwohl auch im Zeitraum seit 2000 (bis 2023, dem letzten Jahr mit aktuell verfügbaren Daten) mit weniger als zwei Jahren in Deutschland deutlich hinter dem OECD-Durchschnitt von 2,8 Jahren zurück.<sup>46</sup> Überdies sind die Daten der Tabelle 3 mit dem – erwartbaren – abnehmenden Grenznutzen eines immer höheren Ressourceneinsatzes kompatibel.

---

43 Nordhaus (2002); Suhrcke et al. (2007).

44 WifOR.com (2025).

45 Kersting (2007), 31, in Anlehnung an Daniels (1985).

46 OECD (2025).

TABELLE 3 Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung im internationalen Vergleich nach OECD Health at a Glance (2025)<sup>a</sup>

Akronym	Land	Gesundheitsausgaben / BIP	Lebenserwartung	
			bei Geburt	mit 65 Jahren
USA	Vereinigte Staaten	17.2	78.4	19.5
DEU	Deutschland	12,3	81.1	19.6
AU	Österreich	11.8	81.4	20.1
CHE	Schweiz	11.8	84.3	21.8
FRA	Frankreich	11.5	83.0	21.8
SVE	Schweden	11.3	83.4	21.0
CAN	Kanada	11.3	81.7	20.9
UK	Vereinigtes Königreich	11.1	81.0	19.9
JAP	Japan	10.6	84.1	22.0
FIN	Finnland	10.6	81.6	20.1
AUS	Australien	10.3	83.0	21.4
NEL	Niederlande	10.0	81.9	20.0
BRA	Brasilien	9.4	75.8	19.1
ESP	Spanien	9.2	84.0	21.9
ITA	Italien	8.4	83.5	21.2
IRE	Irland	6.9	82.9	20.8

a Beide Geschlechter aggregiert; nicht adjustiert für sozioökonomische Einflussfaktoren und Lebensqualität; BIP, Bruttoinlandsprodukt. OECD-Durchschnittswerte: Ausgaben 9,3 % des BIP (2024); Lebenserwartung (2023) bei Geburt 81,1 Jahre; im Alter von 65 Jahren, 20,0 Jahre.

Weitere Auffälligkeiten im internationalen Vergleich – ohne jeden Versuch einer vollständigen Darstellung – hängen zu einem großen Teil mit der Menge der erbrachten Leistungen zusammen. Zum Beispiel gibt es in Deutschland (2023) 7,7 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner – fast doppelt so viele wie die OECD-Mitgliedstaaten im Durchschnitt mit 4,2 im gleichen Zeitraum vorhielten und in der gesamten OECD nur übertroffen von Südkorea und Japan; zudem lag die durchschnittliche Verweildauer bei Krankenhausbehandlungen mit kurativer Intention mit 7,5 Tagen ebenfalls über dem OECD-Durchschnitt von 6,4 (im Jahr 2023). In Deutschland werden so viele Hüft- und Kniegelenks-Endoprothesen implantiert wie in keinem anderen

Land – die Statistik weist fast doppelt so viele Operationen je 100.000 Einwohner auf als im OECD-Durchschnitt. Umgekehrt weist die Statistik im internationalen Vergleich vielfach unterdurchschnittliche *Outcomes* aus. Die 30-Tage-Mortalitätsrate nach Krankenhausaufnahme wegen eines akuten Myokardinfarkts betrug in Deutschland im Jahr 2023 7,9 Prozent verglichen mit einem OECD-Durchschnitt von 6,5 Prozent (und 2,5 % in Island, 3,3 % in Australien, 4,7 % in Italien, 6,0 % in Österreich, 6,2% in der Schweiz und 6,3 % in Spanien).<sup>47</sup> Das Ergebnis fällt im Verhältnis zum betriebenen Aufwand insgesamt keineswegs überzeugend aus.

All dessen ungeachtet versucht eine hochrangige Expertengruppe „Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen [als] das unterschätzte Problem“ zu belegen und benennt Wartezeiten für Arzttermine, einen „empfindlichen Personalmangel“ in der hausärztlichen Versorgung, Konzentration der spezialärztlichen Versorgung auf urbane Zentren, diverse ökonomische Fehlanreize aufgrund der komplexen Vergütungsstrukturen und den Personalmangel in der Pflege.<sup>48</sup> Die Autoren, darunter einflussreiche gesundheitspolitische Akteure der vergangenen Jahrzehnte, stellen fest:

Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Hunderte Gesetzesänderungen der vergangenen Jahrzehnte haben keinen großen Wurf ergeben. Vielmehr wurden alle Sektoren mit immer neuen und wenig wegweisenden Änderungen beschäftigt, ohne dass sich die intersektorale Koordination und Kooperation verbessert hätte. Die Bürokratie wurde hinsichtlich Dokumentationspflichten zunehmend unübersichtlicher.<sup>49</sup>

### 3.2 „Mehr Markt im Gesundheitssystem“?

Die offensichtlichen Ineffizienzen (der Sachverständigenrat sprach schon in seinem Gutachten 2000/2001<sup>50</sup> vom Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung), das dokumentierte Phänomen „angebotsinduzierter Nachfrage“ bei fehlendem Marktregulativ vor dem Hintergrund der Trennung von Patienten („Konsumenten“) und Versicherungen („Zahlern“), eine überbordende Bürokratie,<sup>51</sup> im Ergebnis Personalmangel und zunehmende

47 OECD (2025).

48 Schrappe et al. (2025).

49 Schrappe et al. (2025), 48.

50 Deutscher Bundestag (2001).

51 Im Rahmen ihrer „Inventur im ‚Haus der sozialen Hilfe und Förderung‘“ identifizierten Blömer et al. (2025) alleine im Sozialgesetzbuch (SGB) V, das Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen bestimmt, 105 einzelne Regelungen; dazu kommen zahlreiche weitere gesundheitsbezogene Regulierungen zum Beispiel im SGB VI und

Wartezeiten auf Arzttermine und Pflegeheimplätze korrespondieren aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive mit der inhärenten Irrationalität eines nach planwirtschaftlichen Prinzipien gesteuerten Systems. Dieses auch als „Staatsversagen“ apostrophierte Phänomen macht das öffentlich geprägte Gesundheitswesen in der Praxis (belegt durch Budgetierung, Honorarobergrenzen, Wartezeiten usw.) zum rationierungsfreundlichsten System.

Vor diesem Hintergrund werden wenig überraschend immer wieder Rufe laut, auch im Gesundheitswesen „mehr Markt“ zu wagen. Im Zentrum steht die Idee, individuelle Handlungsfreiräume zu schaffen durch ein Zurückdrängen kollektiver Regelungen, welche als dirigistische Bevormundung erlebt werden. Der Patient wird in der Rolle des „mündigen Konsumenten“ medizinischer Dienstleistungen gesehen. Er soll mehr Wahlfreiheiten haben – im hiesigen Kontext auch bezogen auf den von ihm gewünschten Umfang des Krankenversicherungsschutzes. Zugleich sollen für die Patienten die Folgen ihres Handelns sichtbar und spürbar werden, womit unter anderem die Erwartung verknüpft wird, dass das Kostenbewusstsein der Patienten steigt.

Von funktionierenden Märkten wird erwartet, dass sie den gesellschaftlichen Nutzen maximieren; Konkurrenzdruck soll die Kundenorientierung der Anbieter fördern und Anreize zur Effizienzsteigerung geben. Der Konsument beziehungsweise Patient wird anhand von Preisen, die als Knappheitssignale dienen, sein eigentlich unbegrenztes Bedürfnis nach „Gesundheit“ so in Nachfrage nach Leistungen umsetzen, dass sich echte Marktgleichgewichte einstellen; insbesondere wird Verschwendung durch subventionierte Übernachfrage ausbleiben. Auf diese Weise soll, da die Ressourcenallokation über den Preismechanismus erfolgt, eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nicht notwendig werden.

Mehr Markt führt im Gesundheitswesen jedoch keineswegs zwangsläufig zu besseren Ergebnissen. Am Beispiel der Vereinigten Staaten lässt sich das „natürliche Experiment“ der größten Annäherung an einen freien Markt im Gesundheitswesen eines hochentwickelten Staates besichtigen. Das Ergebnis ist ein außergewöhnlich fragmentiertes „System“ mit folgenden Eckdaten:

Die Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems sind absolut und relativ (bezogen auf die Einwohnerzahl, 14.885 US-Dollar pro Kopf, und auf das BIP, 17,2 % im Jahr 2024) weltweit mit großem Abstand am höchsten; bei gleichzeitig niedrigerem öffentlichen Anteil an der Finanzierung mit zuletzt rund 54 Prozent (Deutschland, Frankreich und Italien rund 75 %, Großbritannien

---

SGB IX (Rehabilitation), im SGB VII (Unfallversicherung), im SGB VIII (Familienhilfe/ Gesundheits- und Krankenhilfe), SGB XI (Pflegeversicherung), SGB XII (Sozialhilfe), SGB XIV (Soziale Entschädigung) oder im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

über 80 %). Die im internationalen Vergleich sehr hohen Aufwendungen für Gesundheitsleistungen in den USA können zum Teil durch im Vergleich zum OECD-Durchschnitt mehr als 50 Prozent höhere „Faktorkosten“ in den Vereinigten Staaten (zum Vergleich 24 % unter dem OECD-Mittel in Deutschland; der Index für die Menge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liegt demgegenüber in den USA [52 % über dem OECD-Mittel] und Deutschland [+ 40 %] vergleichbar an der weltweiten Spitze) erklärt werden. Mortalitätsindikatoren zeigen für die amerikanische Bevölkerung ein ungünstigeres Profil als für andere entwickelte Länder (vgl. Tabelle 1).<sup>52</sup>

Als Ursachen für das beobachtbare „Marktversagen“ im Gesundheitswesen lassen sich ohne enzyklopädische Vollständigkeit anführen (a) das Versicherungsprinzip, demzufolge eine große Mehrheit der Bevölkerung (der potenziellen Patienten) eine Absicherung gegen unvorhersehbare Behandlungskosten und gegen einen drohenden finanziellen Ruin durch Krankheit wünscht, mit den für Versicherungsmärkte typischen Folgeproblemen aufgrund multipler Informationsasymmetrien, Überinanspruchnahme („*Moral Hazard*“) auf der einen und der Selektion „guter Risiken“ durch die Versicherer („*adverse Selektion*“) auf der anderen Seite; (b) die Asymmetrie der Patienten-Arzt-Beziehung und eine unzureichende medizinische Entscheidungskompetenz der Patienten; (c) die existenzielle Herausforderung durch Krankheit, welche einen krisenhaften Charakter vieler medizinischer Entscheidungssituationen für den betroffenen Patienten bedingt, und das nicht nur im akuten Notfall, was das „hyper-rationale“ Bild des Patienten als eines mündigen Konsumenten massiv in Frage stellt; (d) die Externalität der Wirkungen zahlreicher medizinischer Maßnahmen, welche sich (deshalb) prinzipiell der Steuerungsmechanismen der klassischen Marktmodelle entziehen: weder auf Epidemien und übertragbare Krankheiten noch auf erhebliche Gesundheitsprobleme von Kindern oder Armen könnte der Markt angemessen reagieren.

Der letztgenannte Aspekt verweist zurück auf den Umstand, dass – im Unterschied zu der unter neoklassischen Ökonomen verbreiteten Prämisse<sup>53</sup> –

52 OECD (2025).

53 Dazu exemplarisch und die Thematik etwas verkürzend im Lehrbuch „Gesundheitsökonomik“ von Breyer et al. (2013), 17: „Das Abwägen zwischen den Zielen ‚Konsum‘ und ‚Gesundheit‘ lässt sich als konventionelles einzelwirtschaftliches Optimierungsproblem darstellen. Bei dessen Lösung ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheit ihrerseits ein produktiver Faktor bei der Erzielung von Einkommen ist, mit dem Konsumgüter gekauft werden.“ Und an anderer Stelle (ebd., 44) ebenfalls verkürzend zu Einwänden gegen die Aufrechnung von Leben in Geld: „Moralischen Rigoristen, seien sie durch den christlichen Glauben, durch den Eid des Hippokrates oder durch die humanistische Weltanschauung inspiriert, erscheint es als frevelhaft, das Leben und die Unversehrtheit von

Gesundheit sich nicht einfach als ein ökonomisches Gut wie jedes andere rekonstruieren lässt; sondern vielmehr – wie bereits eingangs in Abschnitt 3 erwähnt – als ein „konditionales Gut“ verstanden werden muss, ein angemessenes Minimum dessen vorausgesetzt werden muss, dass Individuen ihre Lebensprojekte überhaupt mit einiger Aussicht auf Erfolg angehen können. Hieraus leitet sich zugleich die ethische Forderung nach einem gerechten, „fairen“ Zugang zu „notwendigen“ Gesundheitsleistungen ab.<sup>54</sup> (Daran anknüpfend lassen sich gerechtigkeits-theoretische Überlegungen anstellen, denen zufolge eine Verteilung dann gerecht ist, wenn sie nach Standards erfolgt, die für alle Beteiligten von einem unparteilichen Standpunkt aus – also hinter einem „Schleier der Unwissenheit über die eigene Position“ annehmbar sind.<sup>55</sup>)

Insoweit gibt es also im Kernbereich der Gesundheitsversorgung ein doppeltes Marktversagen, zum einen funktionale Defizite gegenüber dem theoretischen (ökonomischen) Ideal betreffend, zum anderen das Unvermögen unregulierter Märkte, distributive Ziele abzubilden.

### 3.3 *Komplementarität von Staats- und Marktversagen*

Zusammengefasst steht dem Staatsversagen – nicht zuletzt der Nichtfinanzierbarkeit des vom prinzipiell unbegrenzten Bedürfnis nach „Gesundheit“ angetriebenen Versorgungsmaximalismus, mit der Überregulierung des Systems und der damit einhergehenden tendenziellen Aushöhlung der Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln – ein komplementäres Marktversagen gegenüber.

Einerseits kann das Gesundheitssystem als eine in ihrem Kern soziale Institution seine Gerechtigkeitsziele nicht für das der Marktlogik inhärente utilitaristische Prinzip der Allokationseffizienz opfern; andererseits aber ist es existenziell abhängig von den Verteilungsspielräumen, die nur eine florierende Wirtschaft schaffen kann. Es lebt (auch) insofern – frei nach einem viel zitierten Diktum des Staatsrechtlers Ernst-Wolfgang Böckenförde – von Voraussetzungen, die es selbst nicht schaffen kann.<sup>56</sup>

---

Menschen gegen profane Dinge wie Geld oder den dadurch symbolisierten Konsum von Gütern abzuwägen.“

54 Zum Begriff der „Notwendigkeit“ siehe auch den Beitrag Maio (2004) in dieser Zeitschrift.

55 Rawls (1971), aber auch Harsanyi (1975).

56 So wie für Böckenförde klar war, dass „der Erhalt der sozialen Voraussetzungen der Freiheit [...] eine sich stets erneuernde Aufgabe [sei], die sich nicht durch einen einmaligen Akt bewerkstelligen lasse“ (Grote [2019], 741), so gilt eben auch, dass eine multikausale Überlastung (oder gar ein gewolltes Schrumpfen) der Wirtschaft, nicht zuletzt (wenn

Die „politische Ökonomie“<sup>57</sup> des Gesundheitswesens beleuchtet die Funktionen und Einflussmöglichkeiten von Interessengruppen und Berufsverbänden sowie die Handlungsanreize von Politikern, die eine demokratische Wiederwahl anstreben; sie bietet eine (Teil-) Erklärung für das Ausbleiben durchgreifender Reformen zugunsten eines „Durchwurstelns“<sup>58</sup> und eines immer weiteren Ausbaus des Sozialsystems. Nicht nur in Deutschland haben Gesundheitspolitiker (zu) lange versucht, mit punktuellen Maßnahmen disruptiven Änderungen aus dem Weg zu gehen, damit aber vielfach durch neue Fehlanreize und Bürokratie letztlich ein überkomplexes System geschaffen, dessen nachhaltige Finanzierbarkeit im Zuge des ausbleibenden Wirtschaftswachstums infrage steht.

Hinzu tritt die mit dem Grundgedanken der Solidarität inkompatible Trennung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als zur GKV parallelem System der Krankenversicherung, das 8,7 Prozent der Versicherten in Deutschland umfasst und im Wesentlichen Selbständigen, Besserverdienenden und Beamten offensteht, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen. Diese Dualität ist historisch erklärbar, gilt aber als weder medizinisch, ökonomisch noch gerechtigkeitsethisch belastbar begründbar. Durchaus auch mit Blick auf die in der PKV angesammelten Altersrückstellungen geweckte Begehrlichkeiten führen zu wiederkehrenden politischen Forderungen, das gegenwärtige duale System von GKV und PKV in ein einheitliches Krankenversicherungssystem („Bürgerversicherung“) zu überführen.<sup>59</sup> Der Griff nach den Reserven der Privatversicherten mag verlockend erscheinen, er wäre aber juristisch hochproblematisch und würde für sich genommen keines der systemischen Probleme lösen.

Gleich ob für eine Freisetzung marktwirtschaftlicher Kräfte oder für die Verwaltung des Mangels aufgrund einer „Postwachstumspolitik“ – es ist aufgrund rechtzeitig unterlassener zielführender Maßnahmen das Dilemma entstanden, dass strukturelle Verbesserungen – auch bereits angestoßene – wenn überhaupt, dann nur eine mittel- bis langfristige Entlastung der Sozialbudgets versprechen. Immerhin könnten mit entsprechendem politischen Willen kurzfristig der prognostizierten demographisch bedingten Veränderung des Verhältnisses von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern (vorrangig aber nicht nur Renten- und Pflegeversicherung betreffend) mit einer Verlängerung

---

auch keinesfalls nur) durch ein überdehntes soziales Transfersystem, nicht nachhaltig sein kann (vgl. Einleitung und Cochrane et al. (2025)).

57 Vgl. Rowley/Schneider (2004); Sala-i-Martin (2005).

58 Sommer (2001).

59 Schrappe et al. (2025), 63.

der Lebensarbeitszeit entgegengewirkt<sup>60</sup> und durch eine Auflösung der unter dem Schlagwort der „Verschiebebahnhöfe“ berichtigten Verschleierung der realen Zahlungsflüsse innerhalb des Systems Kostenwahrheit und Transparenz geschaffen werden. (An dieser Stelle sei vorsorglich klargestellt, dass die hier angestellten grundsätzlichen Überlegungen keinesfalls konkrete Maßnahmen zur notwendigen Qualitätsverbesserung des bestehenden Systems ersetzen sollen – zu diesen gibt es im aktuellen Heft einen gesonderten Beitrag.)

### 3.4 *Konzeptionelle Trennung der Zuständigkeiten von „Staat“ und „Markt“*

Aus dem Charakter von Gesundheit als einem „konditionalen Gut“ sowie weiteren angedeuteten Argumenten zum distributiven Marktversagen lassen sich gerechtigkeitstheoretische Überlegungen ableiten, welche eine allen Bürgern unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft zugängliche Grundversorgung nahelegen.<sup>61</sup> Diese Grundversorgung kann jedoch nicht gleichbedeutend sein mit einem Anspruch auf eine solidarisch finanzierte Maximalversorgung. Damit sind nicht unerhebliche praktische Schwierigkeiten bei der Grenzziehung zwischen notwendigen<sup>62</sup> und nicht zwingend erforderlichen beziehungsweise zwischen erstattungsfähigen und nicht erstattungsfähigen Leistungen programmiert. Innerhalb des solidarischen Systems werden damit absehbar schwierige Entscheidungen über Versorgungsprioritäten – mit anderen Worten: über die Distribution knapper Ressourcen – notwendig werden.

Unbestritten wird die Voraussetzung belegter medizinischer Effektivität (Wirksamkeit und Verträglichkeit) für einen legitimen Anspruch auf Kostendeckung innerhalb des solidarischen Systems sein. Aber schon die Voraussetzung eines entsprechend akzeptierter Standards wissenschaftlicher „Evidenz“ dokumentierten Nutzens ist für eine nicht ganz geringe Zahl medizinischer Interventionen nicht erfüllt. Gerade in diesen Fällen werden sich kritische Fragen anschließen müssen, inwieweit diese Leistungsangebote zu Heilungserfolgen beitragen, die Versorgungsqualität steigern oder – tatsächlich im Sinne eines „Luxusgutes“ – lediglich ein Wohlgefühl des Patienten produzieren aufgrund der Wahrnehmung eines Versorgungsmaximalismus („es wird alles für mich getan“), aus der sich normativ jedoch keine Verpflichtung der Versichertengemeinschaft zur Leistungserbringung ableiten lässt.

60 Pimpertz (2025); Ochmann et al. (2025).

61 Vgl. z. B. Daniels (1985).

62 Siehe dazu in dieser Zeitschrift: Maio (2024).

Eine Konsequenz aus dem Vorstehenden wäre der schrittweise Umbau des dualen Systems aus GKV und PKV in eine das derzeitige GKV-System ablösende, in ihrem Leistungsumfang, ihrer Komplexität und ihren Kosten gegenüber jener reduzierten obligatorischen Pflichtversicherung für alle Bürger, ergänzt durch ein privatwirtschaftliches Versicherungssystem für individuell gewünschte, komplementäre Wahlleistungen.

Im Kontext einer umfassenderen Reform des überdehnten Sozialsystems implizierte dieser Weg, gerade nicht hinterfragungswürdigen Ideen eines „unternehmerischen Staates“ und einer „*Mission Economy*“<sup>63</sup> inklusive ihrer *Top-Down*-Anmaßung von überlegenem Wissen zu vertrauen, denn vor dem Hintergrund ihres wiederholten, teil spektakulären Scheiterns<sup>64</sup>:

The state entrepreneur is not subject to real risk, often faces no market, and cannot be properly evaluated. It pays no price for being wrong and it struggles in assigning responsibility. Missions are motivated by a false dichotomy: that there is a difference in principle between fixing and creating markets. This premise is splitting hairs at best. Instead, what sets missions apart, other than sheer ambition, is a shift from bottom-up to top-down approaches to knowledge creation.<sup>65</sup>

Stattdessen würden jenseits des Korridors objektiv notwendiger Leistungsangebote Räume geöffnet für die Entfaltung „dynamischer Effizienz“, also des mit marktwirtschaftlichen Freiheiten verknüpften Innovationspotenzials und den daraus folgenden Wachstumschancen<sup>66</sup> bei gleichzeitiger Entlastung des kollektiv (bzw. in Deutschland korporativ) und damit in der Konsequenz *Top-Down* (quasi-)staatswirtschaftlich gesteuerten Segments.

Die Art der Antwort wird für das Gesundheitswesen der Zukunft weitreichende Konsequenzen für einen ethisch vertretbaren Zugang zu knappen Ressourcen nach sich ziehen, der anhand von Notwendigkeit und Dringlichkeit priorisiert und – anders als beispielsweise bestimmte gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Kalküle<sup>67</sup> – eine systemimmanente Diskriminierung bestimmter Patientengruppen – etwa solcher mit Komorbiditäten oder seltenen Erkrankungen – ausschließt.

63 Mazzucato (2016/2021).

64 Nicht nur aus ökonomischer Perspektive lesenswert: „Seven Reasons Why Mission-Oriented Innovation Policies Seldom Work in Practice“ von Henrekson et al. (2024).

65 Larsson (2022), 77.

66 Fagerberg (2003); Baumol (2004).

67 Nord (1999); Ubel (2000); Schlander (2005); Mooney (2009); Schlander et al. (2014).

Die krisenhafte Entwicklung der finanziellen Situation des deutschen Sozialsystems bietet eine Chance für die Diskussion weitreichender institutioneller Reformen, die eine Neuvermessung der sachgerechten Abgrenzung kollektiver (obligatorischer) und privater (marktwirtschaftlich geprägter) Gesundheitsleistungen einschließen. Nicht jeder wird sich den vorgestellten Gedanken anschließen wollen; wenn sie einen Impuls für eine Grundsatzdebatte – über das „elegante Durchwursteln“<sup>68</sup> von Tag zu Tag hinaus – geben, wäre schon das ein Erfolg. Auch sollen die mit tiefgreifenden Reformen des Gesundheitssystems verbundenen politischen Herausforderungen damit nicht bagatellisiert werden.

### Bibliographie

- Bahnsen, L., und Wimmesberger, F. M. (2023). Das Spannungsfeld zwischen intra- und intergenerativer Solidarität in der umlagefinanzierten Kranken- und Pflegeversicherung. *Sozialer Fortschritt* 72 (6), 519–538.
- Baumol, W. J. (2004). *The Free-Market Innovation Machine. Analyzing the Growth Miracle of Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven: Yale University Press.
- Blömer, M., Fischer, L., Klaeren, P., und Peichl, A. (2025). *Eine Inventur im „Haus der sozialen Hilfe und Förderung“*. *ifo Forschungsberichte Nr. 160*, 10/2025.
- Borger, K., Koehler-Gelb, F., und Scheuermeyer, P. (2024). *Wettbewerbsfähigkeit – vom kranken Mann Europas zum Superstar und zurück: Wo steht die deutsche Wirtschaft?* *KfW Research Fokus Volkswirtschaft, Nr. 461*, 17. Mai 2024.
- Breyer, F. und Lorenz, N. (2021). The „Red Herring“ after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures. *European Journal of Health Economics* 22, 661–667.
- Breyer, F., Zweifel, P., und Kifmann, M., Hrsg. (2013). *Gesundheitsökonomik*. 6. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer-Gabler.
- Breyer, F., Lorenz, N., und Niebel, T. (2015). Health Care Expenditures and Longevity: Is There a Eubie Blake Effect? *European Journal of Health Economics* 16, 95–112.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025a). *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor*. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> (Zugriff: 28.12.2025).

68 Sommer (2001).

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025b). *Arbeitsauftrag an die „Finanz-Kommission Gesundheit“ (FKG) vom 8. September 2025*. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/Finanz\\_Kommission\\_Gesundheit/250908\\_Kommission\\_Arbeitsauftrag\\_FKG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/Finanz_Kommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf) (Zugriff: 20.10.2025).
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2025). *Eckwerte der Frühjahrsprojektion 2025, 24.04.2025*. Online unter: [https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckwerte-fruejahrsprojektion-2025.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckwerte-fruejahrsprojektion-2025.pdf?__blob=publicationFile&v=4) (Zugriff: 12.12.2025).
- Cochrane, J. H., Garicano, L., und Masuch, K. (2025). *Crisis Cycle: Challenges, Evolution, and Future of the EURO*. Princeton, NJ/Oxford, UK: Princeton University Press.
- Colombier, C., und Weber, W. (2011). Projecting Health-care Expenditure for Switzerland: Further Evidence against the „Red-herring“ Hypothesis. *International Journal of Health Planning and Management* 26, 245–263.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Destatis (2025). *Staatsquote 2024 auf 49,5 % angestiegen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. N021 vom 25. April 2025.
- Deutsche Bundesbank (2025). *Lange Zeitreihen: Zur Wirtschaftsentwicklung in Deutschland. Aktualisierte Ausgabe*. Frankfurt am Main: Deutsche Bundesbank, 01. Oktober 2025.
- Deutscher Bundestag (2001). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode, Drucksache 14/6871.
- Deutscher Ethikrat (2024). *Klimagerechtigkeit. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Fagerberg, J. (2003). Schumpeter and the revival of evolutionary economics: an appraisal of the literature. *Journal of Evolutionary Economics* 13, 125–129.
- Fogel, R. W. (1997). New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory. In: M. R. Rosenzweig, und O. Stark, Hrsg., *Handbook of population and family economics. Vol. 1A*. Amsterdam: Elsevier Science, 443–481.
- Gerdtham, U. G., und Jönsson, B. (2000). International comparisons of health expenditure: theory, data, and econometric analysis. In: A. J. Culyer, und J. P. Newhouse, Hrsg., *Handbook of Health Economics, Vol. 1A*. Amsterdam: Elsevier, 11–53.
- Getzen, T. E. (2000). Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures. *Journal of Health Economics* 19 (2), 259–270.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025). *Gesundheitspersonalrechnung Berichtsjahr 2023. Stand 23. Januar 2025*. Online unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.news?p\\_sprache=D&p\\_news\\_id=3148&p\\_typ=N](https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.news?p_sprache=D&p_news_id=3148&p_typ=N) (Zugriff: 28.12.2025).
- Grote, R. (2019). Staatsrechtslehre in sozialer Verantwortung – Zum Tode des Staatsrechtlers und früheren Verfassungsrichters Ernst-Wolfgang Böckenförde (1930–2019). Eine Würdigung. *Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht* 79, 737–747.
- Harsanyi, J. C. (1975). Can the Maximin Principle Serve as a Basis for Morality? A Critique of John Rawls's Theory. *The American Political Science Review* 69 (2), 594–606.
- Hausner, K.-H., Weber, E., und Yilmaz, Y. (2025). Auch 2024 sind die Kosten der Arbeitslosigkeit deutlich gestiegen, In: *IAB-Forum* 29. Dezember 2025. Online unter: <https://iab-forum.de/auch-2024-steigen-die-kosten-der-arbeitslosigkeit-deutlich/> (Zugriff: 29.12.2025).
- Henrekson, M., Sandström, C., und Stenkula, M. (2024). Seven reasons why mission-oriented innovation policies seldom work in practice. *Economic Affairs* 44: 354–362.
- Hermann, U. (2022). *Das Ende des Kapitalismus: Warum Wachstum und Klimaschutz nicht vereinbar sind – und wie wir in Zukunft leben werden*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Hu, Q., und Wang, L. (2024). Economic growth effects of public health expenditure in OECD countries: An empirical study using the dynamic panel threshold model. *Heliyon* 10 (4), e25684.
- Keriting, W. (2007). Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: O. Schöffski, und J.-M. Graf v. d. Schulenburg, Hrsg., *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag, 23–47.
- Kleiman, E. (1974). The determinants of national outlay on health. In: E. Perlman, Hrsg., *The Economics of Health and Medical Care*. London: Macmillan.
- Landeshauptstadt Stuttgart (2025). Doppelhaushalt 2026/27. Stand: 22.12.2025. Online unter: <https://www.stuttgart.de/doppelhaushalt-2026-2027> (Zugriff: 28.12.2025).
- Larsson, J. (2022). Innovation without Entrepreneurship: The Pipe Dream of Mission-Oriented Innovation Policy. In: K. Wennberg, und C. Sandström, Hrsg., *Questioning the Entrepreneurial State. Status-quo, Pitfalls, and the Need for Credible Innovation Policy*. Cham, Schweiz: Springer, 77–91.
- Lubitz, J. D., und Riley, G. F. (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England Journal of Medicine* 328, 1092–1096.
- Maio, G. (2004). Der Begriff der Notwendigkeit und die Frage nach der gerechten Allokation in der Medizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 70 (3), 349–358.
- Mazzucato, M. (2016). From Market Fixing to Market-Creating: A New Framework for Innovation Policy. *Industry and Innovation* 23 (2), 140–156.
- Mazzucato, M. (2021). *Mission Economy. A Moonshot Guide to Changing Capitalism*. New York, NY: Harper Collins.

- Mooney, G. (2009). *Challenging Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Mühlbauer, B., und Ludwig, W.-D. (2024). Arzneiverordnungen 2022 im Überblick. In: W.-D. Ludwig, B. Mühlbauer und R. Seifert, Hrsg., *Arzneiverordnungs-Report 2023 – Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer-Verlag, 3–28.
- Newhouse, J. P. (1977). Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey. *Journal of Human Resources* 12 (1), 115–125.
- Newhouse, J. P. (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 6 (3), 3–21.
- Nord, E. (1999). *Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nordhaus, W. D. (2002). *The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards*. Cowles Foundation Discussion Paper No. 1355, February 2002. New Haven, CT: Cowles Foundation for Research in Economics at Yale University.
- Ochmann, R., Albrecht, M., und Sonnenberger, D. (2026). Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung – Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035. IGES-Kurzbericht für die DAK-Gesundheit. Berlin: IGES-Institut.
- OECD (2025) *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/8f9e3f98-en.
- Pimpertz, J. (2025). *Reicht ein Ausgabenmoratorium zur Stabilisierung des Beitragsatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine kontrafaktische Simulation*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., und Anderson, G. F. (2002). Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999. *Health Affairs* Mai/Juni 2002, 169–181.
- Riley, G. F., und Lubitz, J. D. (2010). Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Services Research* 45 (2), 565–576.
- Rowley, C. K., und Schneider, F., Hrsg. (2004). *The Encyclopedia of Public Choice*. New York, NY: Springer Nature.
- Sala-i-Martin, X. (2005). The Median Voter Model. In: G. Lopez-Casanovas, B. Rivera, und L. Currais, Hrsg., *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. Cambridge, MA: MIT Press, 95–114.
- Schlender, M. (2005). Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie? In: H. A. Kick und J. Taupitz, Hrsg., *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, Münster: LIT-Verlag, 37–112.
- Schlender, M. (2024). *Medizinischer Fortschritt im Zeichen von „Degrowth“?* Frankfurter Allgemeine Zeitung, 07. Mai 2024, 18.
- Schlender, M., Thielscher, C., und Schwarz, O. (2004). Affordability Sensitive to Economic Growth Rates. *Health Affairs* 23 (1), 276–277.

- Schlender, M., Schwarz, O., und Thielscher, C. (2005). Gesundheitsausgaben in Deutschland: Eine makroökonomische Analyse ihrer langfristigen Finanzierbarkeit. In: B. Kremin-Buch, F. Unger, H. Walz, und E. Häusler, Hrsg., *Gesundheitsökonomie – Eine Langfristorientierung*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis Dr. Brauner, 83–129.
- Schlender, M., Garattini, S., Holm, S., et al. (2014). Incremental cost per quality-adjusted life year gained? The need for alternative methods to evaluate medical interventions for ultra-rare disorders. *Journal of Comparative Effectiveness Research* 3 (4), 399–422.
- Schmelzer, M. (2018). Degrowth und Postwachstum. *Peripherie – Politik, Ökonomie, Kultur* 28 (2), 336–339.
- Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Knieps, F., et al. (2025). Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem. *Monitor Versorgungsforschung* 18 (2), 47–64.
- Sommer, J. H. (2001). *Rationierung im Gesundheitswesen – Muddling Through Elegantly*. Basel: EMH, Ed. Medicorum Helveticorum.
- Suhrcke, M., Urban, D., Moesgaard Iburg, K., et al. (2007). *The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Ubel, P. A. (2001). *Pricing Life. Why It's Time for Health Care Rationing*. Cambridge, MA: MIT Press.
- vdek (2025). *2025/2026 vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*. Berlin: Verband der Ersatzkassen e.V. Online unter: <https://www.vdek.com/presse/daten.html> (Zugriff: 28.12.2025).
- WifOR (2025). *Forschung Gesundheit*. Online unter: <https://www.wifor.com/de/forschung/gesundheitsforschung/> (Zugriff: 31.12.2025).
- Zweifel, P., Felder, S., und Meier, M. (1996). Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: P. Oberender, Hrsg., *Alter und Gesundheit. Gesundheitsökonomische Beiträge*, Band 26. Baden-Baden: Nomos, 29–46.
- Zweifel, P., Felder, S., und Meier, M. (1999). Ageing of population and health expenditure: a red herring? *Health Economics* 8, 485–496.
- Zweifel, P., Felder, S., und Werblow, A. (2004). Population aging and health care expenditure: new evidence on the „red herring“. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 29 (4), 653–667.