Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen

„Wer Solidarität erhalten will, muss über ihre Grenzen sprechen“

Ein Meinungspapier zur Krise der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Notwendigkeit einer offenen Priorisierungdebatte

Mike H. Traub

Beiträge der Stiftung Freiheit im Gesundheitswesen

1. Einleitung: Ein System an der Belastungsgrenze

Die Diagnose ist inzwischen unbestritten: Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer strukturellen Krise. Besonders sichtbar wird dies an der finanziellen Schieflage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der GKV-Spitzenverband spricht für das Jahr 2024 von einem Defizit in der Größenordnung von rund zehn Milliarden Euro und einer „historischen Schieflage" der Kassenfinanzen (1). Der offizielle Schätzerkreis erwartet für 2025 eine Finanzierungslücke von etwa 13,8 Milliarden Euro; rechnerisch wären Zusatzbeiträge von im Schnitt 2,5 Prozent nötig – tatsächlich liegen die von den Kassen erhobenen Sätze bereits heute im Mittel bei etwa 2,9 Prozent (2). Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass die Zusatzbeiträge 2026 im Durchschnitt die Marke von drei Prozent überschreiten werden, selbst bei Umsetzung des jüngsten Sparpakets der Bundesregierung (3).

Damit stellt sich nicht mehr nur die Frage, wie viel wir als Gesellschaft „für Gesundheit" ausgeben wollen, sondern wie wir mit naturgemäß begrenzten Ressourcen so umgehen, dass Solidarität tatsächlich tragfähig bleibt. Zugleich mahnen der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) wie auch der Bundesrechnungshof seit Jahren, dass Deutschland im internationalen Vergleich sehr hohe Gesundheitsausgaben hat, ohne im Gegenzug überdurchschnittliche Ergebnisse bei Lebenserwartung oder Lebensqualität zu erzielen (4,5). Die Vermutung liegt nahe: Wir geben nicht nur viel aus, wir geben auch nicht in allen Bereichen klug aus.

Vor diesem Hintergrund gewinnt eine Frage an Schärfe, die lange als Tabu behandelt wurde: Was muss – und was muss nicht – von einer Solidarversicherung finanziert werden? Braucht ein 90-jähriger Mensch noch einen Herzschrittmacher? Soll eine Hüftendoprothese im hohen Alter noch selbstverständlicher Teil des Leistungskatalogs sein? Darf das Lebensalter in irgendeiner Weise eine Rolle spielen – und wenn ja, wie, ohne die Menschenwürde zu verletzen?

Dieses Meinungspapier argumentiert, dass wir in Deutschland eine offene, rational geführte und transparent institutionalisierte Priorisierungsdebatte benötigen – nicht, um „unproduktive Alte“ auszusortieren, sondern um die knappen Ressourcen des Systems so einzusetzen, dass sie möglichst viel gesundheitlichen Nutzen, möglichst wenig Leid und möglichst viel Gerechtigkeit erzeugen. Es plädiert dafür, Unbehagen und moralische Ambivalenzen nicht länger in informellen Praktiken der „verdeckten Rationierung“ zu verstecken, sondern sie politisch, ethisch und wissenschaftlich kontrolliert zu bearbeiten (6,7).

Berlin, Juni 2026

Inhalt

Die finanzielle Krise der GKV: Symptome eines tieferen Strukturproblems	5
Solidarität, Priorisierung und Rationierung: Begriffe sortieren	6
Der Streitfall „Herzschrittmacher mit 90“: Zwischen Menschenwürde und Ressourcenknappheit	8
Was muss eine Solidargemeinschaft bezahlen – und was nicht?	12
Eigenverantwortung, Nachfrageanreize und Hybrid-DRGs im wohlfahrtsökonomischen Rahmen	15
Institutionelle Konsequenzen: Von der Tabuisierung zur offenen Governance	18
Schluss: Unbequeme Fragen als Ausdruck ernst gemeinter Solidarität	21
Literatur	23

2. Die finanzielle Krise der GKV: Symptome eines tieferen Strukturproblems

Die aktuelle Finanzkrise der GKV ist nicht allein eine Folge kurzfristiger Schocks, sondern Ausdruck langfristiger Trends:

1. **Demographischer Wandel**: Der Anteil älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung steigt, während die Zahl der Beitragszahler im erwerbsfähigen Alter im Verhältnis sinkt. Damit erhöht sich sowohl die Ausgabendynamik (altersassoziierte Morbidität) als auch der Druck auf die Einnahmeseite (4).
2. **Medizinischer Fortschritt**: Neue Arzneimittel – insbesondere im onkologischen und seltene-Erkrankungen-Bereich – und innovative Medizintechnik sind häufig hochpreisig. Der SVR hat 2025 betont, dass Deutschland bei innovativen Arzneimitteln deutlich mehr ausgibt als vergleichbare OECD-Länder, ohne dass der Zugewinn an Gesundheitsergebnis proportional wäre (8).
3. **Strukturelle Ineffizienzen**: Überkapazitäten in der stationären Versorgung, fragmentierte Versorgungsstrukturen, Doppeluntersuchungen sowie eine unzureichende Digitalisierung erzeugen Kosten, ohne den Patientennutzen entsprechend zu erhöhen. Das SVR-Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ hat bereits 2018 auf Über- und Unterversorgung sowie Fehlsteuerungen hingewiesen (9).
4. **Lohn- und Preisentwicklung**: Gesundheitsberufe sind personalintensiv; Tarifsteigerungen und Inflation schlagen direkt auf die Ausgabenseite durch. Im politisch gewollten Ausbau von Pflegepersonal und in Qualitätsanforderungen steckt somit eine strukturelle Kostensteigerung, die in einem lohnbezogenen Beitragssystem begrenzt finanzierbar ist (10).

Diese Dynamiken kulminieren in immer wiederkehrenden Debatten über Zusatzbeiträge, Bundeszuschüsse, Sparpakete und „Einmalmaßnahmen“ (11). Sie adressieren jedoch meist nur die Oberfläche: Wie kann man den Beitragssatz kurzfristig stabil halten, ohne offen darüber zu sprechen, welche Leistungen, Strukturen und Preisbildungsmechanismen langfristig tragfähig sind?

Die Reflexbewegung lautet häufig: „Wir müssen effizienter werden“ (12) – ein berechtigter, aber unvollständiger Hinweis. Effizienzgewinne durch Digitalisierung (13), bessere Koordination oder Reformen der Krankenhauslandschaft sind wichtig (14), sie allein werden die strukturelle Lücke aber kaum schließen (15). Es bleibt die normative Frage: Welche Leistungen sind so zentral, dass die Solidargemeinschaft sie unabhängig von Alter, Einkommen und Status finanzieren sollte – und wo beginnt ein Bereich, in dem individuelle Verantwortung, Eigenbeteiligung oder auch der bewusste Verzicht eine Rolle spielen?

3. Solidarität, Priorisierung und Rationierung: Begriffe sortieren

Die Diskussion leidet oft darunter, dass zentrale Begriffe unscharf verwendet oder bewusst vermieden werden. Drei Unterscheidungen sind zentral:

1. **Rationalisierung** meint, dass gleiche oder bessere Ergebnisse mit weniger Ressourceneinsatz erzielt werden – etwa durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder durch evidenzbasierte Leitlinien, die unwirksame Leistungen aus dem Leistungskatalog entfernen (7,16).
2. **Priorisierung** bezeichnet eine Reihenfolge oder Gewichtung: Manche Leistungen werden wichtiger behandelt als andere, insbesondere in Situationen knapper Ressourcen. Es geht um eine bewusste Setzung von Vorrang – nicht zwingend um den

Ausschluss. Beispiel: Die bevorzugte Finanzierung hochwirksamer Präventionsprogramme gegenüber marginal wirksamen Zusatzleistungen (7,16).

3. **Rationierung** bedeutet demgegenüber, dass eine an sich wirksame und medizinisch sinnvolle Leistung aus Kostengründen nicht, nicht allen oder nicht vollständig angeboten wird. Rationierung kann offen (explizit) oder verdeckt (implizit) erfolgen (7,16).

Der Deutsche Ethikrat hat bereits 2011 gefordert, Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen offen zu diskutieren und jede Form verdeckter Rationierung zurückgewiesen. Notwendige Rationierungsentscheidungen dürften nicht an einzelne Ärzte „delegiert" werden, sondern müssten politisch verantwortet und transparent geregelt werden (6,7).

In der Praxis geschieht derzeit das Gegenteil: Es gibt eine faktische, aber weitgehend verdeckte Rationierung durch Budgets, Wartezeiten, selektive Nicht-Angebote und implizite Altersgrenzen, die nie offiziell ausgesprochen werden (17). Ärzte werden in die Rolle informeller Gatekeeper gedrängt, ohne für diese Rolle ein demokratisch legitimiertes Mandat oder klare ethische Leitplanken zu besitzen (16,18).

Die Covid-19-Pandemie hat diese Problematik in der extremen Situation möglicher Triage-Szenarien sichtbar gemacht. Der Ethikrat hat in seiner Stellungnahme „Vulnerabilität und Resilienz in der Krise" erneut betont, dass das bloße Lebensalter kein Kriterium für den Ausschluss von Intensivbehandlung sein darf, sondern höchstens indirekt im Rahmen medizinischer Prognosen eine Rolle spielen könne (19). Damit wird ein zentraler normativer Anker formuliert: Menschenwürde und Gleichheit vor dem Gesetz verbieten es, Menschen allein wegen ihres Alters als „weniger therapiewürdig" zu behandeln (20).

Gleichzeitig ignoriert eine rein egalitäre Rhetorik die empirische Realität: Gesundheitsausgaben konzentrieren sich stark auf die letzten Lebensjahre. Studien für Deutschland schätzen die Kosten der Gesundheitsversorgung im letzten Lebensjahr auf rund 45.000 Euro pro Person, mit deutlich höheren Werten in anderen Industrieländern (21). Das ist weder per se „zu viel" noch „zu wenig", macht aber deutlich, dass Entscheidungen über Behandlungen im hohen Alter erhebliches Gewicht für die Gesamtausgaben haben (22) – und damit für die intergenerationelle Fairness innerhalb der Solidargemeinschaft.

4. Der Streitfall „Herzschrittmacher mit 90": Zwischen Menschenwürde und Ressourcenknappheit

Die zugespitzte Frage „Braucht ein 90-Jähriger noch einen Herzschrittmacher?" ist bewusst provokant. Sie taucht in unterschiedlichen Varianten immer wieder in Medien- und Fachdiskussionen auf (23), zuletzt etwa, als der Drogenbeauftragte der Bundesregierung öffentlich in Frage stellte, ob bestimmte endoprothetische Eingriffe im hohen Alter noch selbstverständlicher Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs sein sollten – eine Position, die umgehend heftige Kritik unter Berufung auf die Menschenwürde auslöste (24).

Gerade weil sie irritiert, eignet sich die Frage als heuristisches Beispiel für die tiefer liegenden Konfliktlinien:

1. **Die individualethische Perspektive**: Aus Sicht des einzelnen Menschen ist die Situation eindeutig: Wer unter schwerer Bradykardie leidet, dem kann ein Herzschrittmacher Lebensqualität und Lebenszeit schenken – unabhängig davon, ob er oder sie 60 oder 90 Jahre alt ist. Die medizinische Indikation richtet sich primär nach Diagnose, Symptomlast, Komorbiditäten und persönlicher Zielsetzung, nicht nach dem Geburtsdatum. Viele 90-Jährige sind kognitiv klar, führen ein eigenständi-

ges Leben und haben subjektiv bedeutsame Pläne und Beziehungen (16,25).

2. **Die solidarische Systemperspektive**: Aus Sicht der Versichertengemeinschaft stellt sich die Frage, ob die erheblichen Kosten solcher Eingriffe – nicht nur des Geräts und der OP, sondern auch der Nachsorge – in allen Konstellationen noch in einem vernünftigen Verhältnis zum erwartbaren gesundheitlichen Nutzen stehen. Dabei geht es nicht um einen „Wert des Lebensjahres" im ökonomischen Sinne, sondern um die faire Verteilung begrenzter Mittel über Altersgruppen, Krankheitsbilder und Leistungsbereiche hinweg (16,26).
3. **Die professionelle Perspektive**: Ärzte stehen im Spannungsfeld zwischen ihrem individuellen Heilauftrag und den Systemgrenzen. Sie sollen medizinisch angemessen behandeln, Patientenwünsche respektieren und gleichzeitig wirtschaftlich handeln. In vielen Kliniken wird der Einsatz bestimmter Prozeduren – bewusst oder unbewusst – auch durch Fallpauschalen, Erlöslogiken und Qualitätsindikatoren beeinflusst (16,27).

Eine einfache Antwort – „Ja, immer" oder „Nein, ab 90 grundsätzlich nicht mehr" – ist ethisch nicht haltbar (28). Ein kategorischer Ausschluss bestimmter Leistungen allein aufgrund des Alters wäre mit der Menschenwürde und dem Gleichheitsgrundsatz nicht vereinbar (20). Ebenso problematisch wäre jedoch ein Anspruch, jede technisch mögliche und medizinisch denkbare Intervention in jedem Alter und in jeder Konstellation solidarisch zu finanzieren, unabhängig von Nutzen, Belastung und Alternativen (16,26).

Stattdessen spricht vieles für kriteriengeleitete Entscheidungen, die folgende Dimensionen berücksichtigen:

- **Medizinischer Nutzen**: Welchen Zugewinn an Lebenszeit und -qualität ist realistisch zu erwarten, angesichts der Gesamtsituation (Komorbiditäten, Gebrechlichkeit, funktioneller Status) (6)?

- **Belastung und Risiken**: Wie invasiv ist der Eingriff? Wie hoch ist das Komplikationsrisiko? Wie sieht die zu erwartende Rekonvaleszenz aus (29)?
- **Patientenpräferenzen**: Welche Vorstellungen, Ängste und Wünsche hat der betroffene Mensch? Was ist für ihn oder sie ein „gutes Leben" und ein „gutes Sterben" (30)?
- **Alternativen**: Gibt es palliative, symptomorientierte oder weniger invasive Optionen, die einen vergleichbaren Nutzen bei geringerer Belastung bieten (29)?

Diese Kriterien sind nicht neu, sie entsprechen im Kern guter ärztlicher Praxis (29). Neu wäre, sie explizit mit der Frage der solidarischen Finanzierbarkeit zu verknüpfen – etwa in Form von Leitlinien, die klar machen, dass bestimmte Hochleistungsinterventionen im sehr hohen Alter und bei ausgeprägter Multimorbidität kein Regelfall der GKV-Finanzierung sein sollten, sondern einer besonders sorgfältigen Indikationsstellung und Dokumentation unterliegen.

Ergänzend zu diesen Kriterien wird in internationalen Priorisierungsdiskursen – insbesondere in den nordischen Ländern – zunehmend mit standardisierten Gebrechlichkeits- und Vulnerabilitätsindikatoren gearbeitet (31). Diese sogenannten Frailty- oder Fragility-Scores stellen einen Versuch dar, die klinische Realität hochaltriger und multimorbider Patientinnen und Patienten systematisch abzubilden, indem sie den funktionellen Status, das Ausmaß der Multimorbidität, kognitive Einschränkungen, Mobilität, Selbstständigkeit im Alltag sowie die prognostische Belastbarkeit eines Menschen berücksichtigen (32). Ziel dieser Instrumente ist es, jenseits formaler Altersgrenzen eine differenzierte Einschätzung der individuellen Resilienz und der zu erwartenden Behandlungsfolgen zu ermöglichen.

Anders als das kalendarische Alter, das lediglich eine grobe demographische Kategorie darstellt, erlauben Frailty-Ansätze eine deutlich präzisere Beurteilung der Frage, ob und in welchem Umfang ein medizini-

scher Eingriff realistischerweise zu einem Zugewinn an Lebensqualität und Lebenszeit führen kann oder ob er mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit erheblicher Belastung, Komplikationen und begrenztem Nutzen verbunden ist (33). Damit tragen sie der empirischen Beobachtung Rechnung, dass sich gesundheitliche Verläufe im hohen Alter erheblich unterscheiden und weder biologische Belastbarkeit noch therapeutischer Nutzen linear mit dem Lebensalter korrelieren (34,35).

In gesundheitsökonomischen Bewertungsmodellen dienen solche Gebrechlichkeits- und Vulnerabilitätsindikatoren nicht als starre Ausschlusskriterien, sondern als kontextualisierendes Korrektiv zu rein nutzenmaximierenden Maßzahlen wie den qualitätskorrigierten Lebensjahren (QALYs) (31). Während QALYs vor allem auf aggregierter Ebene Aussagen über Effizienz und Kosten-Nutzen-Relationen erlauben, helfen Frailty-Scores dabei, diese Bewertungen auf die individuelle klinische Situation zurückzuführen und Fehlsteuerungen zu vermeiden (36). Sie können dazu beitragen, Übertherapie bei hoch vulnerablen Patientengruppen zu reduzieren, ohne zugleich pauschale Altersgrenzen einzuführen oder ungerechtfertigte Formen der Altersdiskriminierung zu legitimieren (37). In diesem Sinne ermöglichen sie eine Verbindung von ökonomischer Rationalität, klinischer Angemessenheit und ethischer Sensibilität.

Wichtig ist dabei: Eine solche Praxis darf nicht als „Ökonomisierung des Sterbens“ (38) missverstanden werden. Im Gegenteil: Gerade palliativmedizinische Konzepte und Advance Care Planning zeigen, dass viele hochaltrige Menschen keine maximal invasive Medizintechnik wünschen, wenn ihnen Alternativen und Verläufe ehrlich erklärt werden (39). Ein Transparenzgewinn bei den Optionen kann sowohl Leid und Kosten reduzieren, ohne dass Würde und Selbstbestimmung preisgegeben werden.

5. Was muss eine Solidargemeinschaft bezahlen – und was nicht?

Die Frage nach den Grenzen solidarisch finanzierter Leistungen lässt sich nicht allein am Beispiel altersspezifischer Hochleistungsmedizin bearbeiten. Sie stellt sich quer durch das System:

1. **Notwendige vs. wünschbare Leistungen**
   Die GKV ist verpflichtet, Leistungen zu übernehmen, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). In der Praxis wird diese Norm oft sehr weit ausgelegt. Die Trennlinie zwischen medizinischer Notwendigkeit und Komfort, Lifestyle oder marginalem Zusatznutzen wird selten explizit markiert (40).
2. **Evidenzbasierung und Kosten-Nutzen-Relation**
   Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und Institute wie das IQWiG beurteilen den Nutzen neuer Verfahren, zunehmend auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Ein flächendeckendes, transparentes System expliziter Kosten-Nutzen-Abwägungen – etwa nach dem Vorbild des britischen NICE (41) – gibt es in Deutschland jedoch nicht. Das hat einerseits Schutzfunktionen (kein starres QALY-System), führt andererseits aber zu Intransparenz und politischen Einzelentscheidungen (42).
3. **Intergenerationelle Gerechtigkeit**
   Ein umlagefinanziertes System wie die GKV lebt vom impliziten Generationenvertrag (43). Jüngere Generationen finanzieren die Leistungen der Älteren, in der Erwartung, später selbst zu profitieren. Wenn die Ausgabenlast im hohen Alter aber so stark anwächst, dass der Beitragssatz für Erwerbstätige immer weiter steigt, stellt sich legitimerweise die Frage nach der Fairness. Eine offene Priorisierungsdebatte ist auch Ausdruck des Respekts gegenüber den jüngeren Beitragszahlern (44).
4. **Verantwortung für Lebensstil und Prävention**
   Die Frage, inwieweit selbstverschuldete Risiken (Tabak, Alkohol,

> Bewegungsmangel) die solidarische Finanzierung beeinflussen sollten, ist normativ heikel und empirisch kompliziert (45). Dennoch stellt sich auch hier die Frage, ob das System hinreichend Anreize für gesundheitsförderliches Verhalten setzt – nicht in Form von Strafbeiträgen, sondern durch kluge Präventionsfinanzierung und partizipative Gesundheitsförderung (46).

Die Frage nach den Grenzen solidarischer Finanzierung stellt sich in Deutschland vor dem Hintergrund der institutionellen Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in besonderer Weise. Die private Krankenversicherung ist dabei nicht lediglich ein historisches Relikt oder sozialpolitisches Randphänomen, sondern erfüllt mehrere systemisch relevante Funktionen (47). Sie entlastet die gesetzliche Krankenversicherung finanziell, indem sie einkommensstarke und überwiegend risikoarme Versicherte vollständig außerhalb des solidarischen Umlagesystems versorgt, und trägt zugleich über höhere Vergütungsniveaus zur Finanzierung von Investitionen und Innovationen im Gesundheitswesen bei (18,47).

Darüber hinaus fungiert die PKV faktisch als institutioneller Ausweichraum für Leistungen, deren Kosten-Nutzen-Relation oder solidarische Finanzierungswürdigkeit umstritten ist (9). Priorisierungsentscheidungen werden damit bereits heute nicht vermieden, sondern asymmetrisch verteilt: Was im solidarischen System der GKV nicht oder nur eingeschränkt finanziert wird, kann über private Versicherungen oder Zusatzleistungen kompensiert werden (28,48). Diese implizite Arbeitsteilung bleibt jedoch weitgehend undiskutiert.

Für die hier aufgeworfene Frage bedeutet dies: Die Debatte über die Grenzen solidarischer Finanzierung richtet sich spezifisch an die GKV als Solidargemeinschaft. Gerade weil die PKV als ergänzender und ausgleichender Bestandteil des Systems existiert, ist es umso dringlicher, den Leistungskatalog der GKV transparent, kriteriell begründet und gerecht zu definieren. Ohne eine explizite Priorisierung droht andernfalls nicht die Abschaffung, sondern die schleichende Ausweitung einer intransparenten Zwei-Klassen-Versorgung, in der Priorisierung nicht

offen entschieden, sondern stillschweigend durch Zahlungsfähigkeit ersetzt wird.

Ein rationales, menschenwürdiges Verständnis von Solidarität bedeutet daher nicht, „alles für alle zu jedem Preis“(49) zu versprechen, sondern begründet und transparent zu unterscheiden:

- **Unbedingte Kernleistungen**: Akut- und Notfallversorgung, evidenzbasierte Basisversorgung, palliative Versorgung und Behandlungen mit hohem Nutzen-Kosten-Verhältnis, unabhängig von Alter, Status oder sozialer Lage.
- **Bedingte bzw. kontextabhängige Leistungen**: Hochkomplexe, teure Leistungen mit begrenztem Zusatznutzen sollten an eng definierte Indikationskriterien, Shared Decision Making und ggf. zusätzliche Dokumentationspflichten geknüpft werden.
- **Nicht-solidarische Zusatzleistungen**: Komfort- und Lifestyle-Leistungen können – sofern sie nicht medizinisch notwendig sind – bewusst außerhalb der Solidarversicherung organisiert werden (Zusatzversicherungen, Eigenbeteiligung).

Diese Dreiteilung ist normativ anspruchsvoll, aber nicht willkürlich. Sie ist anschlussfähig an die Forderung des Ethikrats, Priorisierung offen und demokratisch zu regeln, statt sie verdeckt im Klinikalltag stattfinden zu lassen (6).

Die Analyse der Systemdualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat gezeigt, dass Priorisierungs- und Verteilungsentscheidungen im deutschen Gesundheitssystem bereits heute stattfinden, wenn auch überwiegend implizit und sozial selektiv vermittelt (50). Ambulantisierung und Hybrid-DRGs sind vor diesem Hintergrund nicht nur Instrumente der Effizienzsteigerung, sondern berühren unmittelbar die Frage, wie Verantwortung für Gesundheitsausgaben zwischen Kollektiv und Individuum verteilt wird (26,28). Während Teil 5 den institutionellen Rahmen dieser Verteilungslogik in den Blick genommen hat, bleibt

damit eine zentrale Dimension bislang unterbelichtet: die Rolle der Versicherten selbst als Akteure im Allokationsprozess.

Gerade in einem stärker ambulant ausgerichteten Versorgungssystem, das auf niedrigschwellige Zugänge, kontinuierliche Inanspruchnahme und langfristige Versorgungsbeziehungen setzt, gewinnen individuelle Nachfrageentscheidungen systemische Relevanz. Die Frage, wie Solidarität, Effizienz und Eigenverantwortung zueinander in Beziehung gesetzt werden, kann daher nicht allein auf der Ebene von Finanzierungsarchitekturen und Vergütungssystemen beantwortet werden. Vielmehr bedarf es einer wohlfahrtsökonomischen Betrachtung der Nachfrageanreize, die im ambulanten Bereich wirksam werden und die Effekte angebotsseitiger Reformen maßgeblich beeinflussen.

6. Eigenverantwortung, Nachfrageanreize und Hybrid-DRGs im wohlfahrtsökonomischen Rahmen

Die stärkere Ausrichtung der Versorgung auf ambulante Leistungsformen verschärft aus wohlfahrtsökonomischer Perspektive ein klassisches Spannungsfeld zwischen Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und individueller Entscheidungsfreiheit (26,51). Ambulante Versorgung ist durch niedrige Zugangshürden, hohe Wiederholungsfrequenz und eine enge Kopplung zwischen medizinischem Angebot und individuellem Verhalten gekennzeichnet (52). In dieser Konstellation gewinnen nachfrageseitige Effekte systemische Relevanz, da individuelle Inanspruchnahmeentscheidungen kumulativ erhebliche Auswirkungen auf die gesamtgesellschaftliche Ressourcenallokation entfalten können (51). Ein Reformansatz, der sich ausschließlich auf angebotsseitige Steuerungsinstrumente wie Vergütungssysteme oder Leistungskataloge stützt, bleibt daher notwendigerweise unvollständig.

Formal lässt sich diese Problematik als Ausprägung von Moral-Hazard-Effekten und verzerrter Grenznutzenwahrnehmung beschreiben (53). In einem beitragsfinanzierten Versicherungssystem mit weitgehend kostenfreier Inanspruchnahme divergieren individuelle Nutzenabwägun-

gen systematisch vom gesellschaftlich optimalen Ressourceneinsatz (54). Versicherte orientieren sich primär am subjektiven Nutzen einzelner Leistungen, während die marginalen sozialen Kosten – etwa durch kumulative Ausgabenwirkungen oder Opportunitätskosten in anderen Versorgungsbereichen – nicht internalisiert werden (42,53,55). Dieser Effekt ist im ambulanten Bereich besonders ausgeprägt, da einzelne Leistungen häufig als niedrigschwellig, risikoarm und nahezu kostenfrei wahrgenommen werden (56). In wohlfahrtsökonomischer Terminologie handelt es sich um ein strukturelles Nachfrageverzerrungsproblem, das sich nicht allein durch Preis- oder Mengensteuerung auf der Angebotsseite beheben lässt (51).

Vor diesem Hintergrund sind Hybrid-DRGs als notwendige, jedoch nicht hinreichende Bedingung für eine effiziente Ambulantisierung zu interpretieren. Sie adressieren eine zentrale Angebotsverzerrung, indem sie die Wahl des Versorgungssettings von institutionell gesetzten Preisunterschieden entkoppeln und damit Fehlanreize zur stationären Leistungserbringung reduzieren (57). Es verbleibt jedoch ein klassisches Second-Best-Problem: Selbst bei optimal gesetzten Preisen auf der Angebotsseite kann es zu ineffizienter Übernutzung kommen, wenn die Nachfrageseite vollständig von Kosten-Nutzen-Relationen entkoppelt bleibt (58). Hybrid-DRGs verbessern somit die Produktionsentscheidung, lösen jedoch nicht automatisch das Problem einer potenziell übersteigerten Leistungsnachfrage im ambulanten Bereich.

Gesundheitsökonomisch folgt daraus die Notwendigkeit komplementärer Nachfrageinstrumente, die gezielt an der Grenznutzung ambulanter Leistungen ansetzen (54,59). In Betracht kommen insbesondere sozial differenzierte, indikationsbezogene Kostenbeteiligungen für Leistungen mit begrenztem, unsicherem oder kontextabhängigem Zusatznutzen (60). Solche Instrumente zielen nicht auf eine Einschränkung des Zugangs zu notwendiger Versorgung, sondern auf die partielle Internalisierung marginaler Kosten bei diskretionärer Inanspruchnahme (61). Ergänzend lassen sich Bonus-Malus-Modelle konzipieren, die präventives Verhalten, leitliniengerechte Nutzung ambulanter Versorgung und die Vermeidung redundanter Diagnostik incentivieren (62). In der ge-

sundheitsökonomischen Logik fungieren diese Instrumente als Korrektive, um individuelle Entscheidungen näher an das gesellschaftliche Optimum heranzuführen, ohne den solidarischen Leistungskern infrage zu stellen (63).

Eine besondere Relevanz erhält dieser Ansatz im Kontext der Hybrid-DRGs, da diese die ambulante Versorgung explizit ausweiten und institutionell stärken sollen. Ohne flankierende Nachfrageanreize besteht die Gefahr, dass Effizienzgewinne durch Angebotsreformen durch steigende Inanspruchnahme teilweise neutralisiert werden (54). Ambulantisierung würde dann zwar stationäre Kosten reduzieren, zugleich aber zu einer Ausweitung ambulanter Leistungsvolumina führen, deren Grenznutzen gering ist (9,56). In diesem Szenario verschiebt sich die Kostenstruktur, ohne dass sich der gesamtgesellschaftliche Gesundheitsnutzen proportional erhöht. Hybrid-DRGs entfalten ihr volles Effizienzpotenzial daher nur in Kombination mit einer konsistenten Nachfragearchitektur, die Übernutzung begrenzt und Ressourcen gezielt lenkt (57).

Hier fügt sich auch die Diskussion um die kostenfreie Mitversicherung ein. Ökonomisch handelt es sich hierbei um eine implizite Transfersubvention, deren Verteilungs- und Anreizwirkungen im Kontext einer alternden Gesellschaft und fragmentierter Erwerbsbiographien an Bedeutung gewinnen (53,59). In einem stärker ambulant ausgerichteten System mit hoher Interaktionsdichte zwischen Versicherten und Versorgung kann eine vollständig entkoppelte Finanzierung zusätzliche Nachfrageverzerrungen erzeugen (52). Differenzierte Mitversicherungsmodelle – etwa über einkommensabhängige Mindestbeiträge, zeitliche Staffelungen oder klar definierte Transferphasen – lassen sich daher als Instrumente interpretieren, um Finanzierungsverantwortung transparenter zu machen und Anreize zu justieren, ohne den solidarischen Grundgedanken aufzugeben (51,64,65).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ambulantisierung aus wohlfahrtsökonomischer Sicht als koordiniertes Reformprojekt zu begreifen ist. Hybrid-DRGs adressieren zentrale Angebotsverzerrungen,

bleiben jedoch ohne flankierende Nachfrageinstrumente strukturell unvollständig. Erst die Kombination aus sektorengleicher Vergütung, differenzierten Nachfrageanreizen und einem klar definierten solidarischen Leistungskern ermöglicht eine Annäherung an ein Second-Best-Optimum unter realen institutionellen und politischen Rahmenbedingungen (17,28,58).

Die vorangegangene Analyse verdeutlicht, dass die Effizienz- und Verteilungswirkungen der Ambulantisierung weder durch Hybrid-DRGs noch durch nachfrageseitige Instrumente isoliert bestimmt werden. Entscheidend ist vielmehr die Fähigkeit des Systems, diese Instrumente kohärent zu koordinieren, Zielkonflikte offen zu adressieren und Fehlentwicklungen frühzeitig zu korrigieren. Damit rückt zwangsläufig die Frage nach Governance, institutioneller Steuerungsfähigkeit und lernender Regulierung in den Mittelpunkt. Ambulantisierung wird so zu einem Lackmustest für die Leistungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung – und bildet den Ausgangspunkt für die abschließende Betrachtung der Governance-seitigen Voraussetzungen einer nachhaltigen Reform.

7. Institutionelle Konsequenzen: Von der Tabuisierung zur offenen Governance

Wenn man die Notwendigkeit einer Priorisierungsdebatte akzeptiert, folgt daraus die Frage: Wer soll unter welchen Verfahren über die Grenzen des solidarisch Finanzierten entscheiden?

Auf systemischer Ebene spricht vieles dafür, Priorisierungsfragen in einem klar strukturierten, vornehmlich expertenbasierten Governance-Arrangement zu bearbeiten, das sowohl die vorhandenen Institutionen nutzt als auch gezielt weiterentwickelt. Denkbar ist zunächst die Schärfung und Bündelung der bestehenden Expertengremien: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)(66), das IQWiG (48) und der

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (50) verfügen bereits heute über erhebliche Expertise in der Bewertung von Nutzen, Kosten und Versorgungsstrukturen, arbeiten jedoch mit unterschiedlichen Mandaten und Zeithorizonten. Eine „Priorisierungskommission" im engeren Sinne könnte als eigenständiges, interdisziplinär besetztes Gremium – mit starker Einbindung von Gesundheitsökonomie, Medizin, Pflegewissenschaft, Ethik und Rechtswissenschaft – an diese Strukturen andocken und ein explizites Mandat erhalten, Rangfolgen und Schwerpunktsetzungen im Leistungskatalog zu formulieren: etwa durch Kategorisierung von Leistungen in (1) unverzichtbare Kernleistungen, (2) kontextabhängig zu erbringende Leistungen mit engen Indikationskriterien und (3) verzichtbare oder primär komfortorientierte Leistungen, die nicht (oder nur unter engeren Bedingungen) solidarisch finanziert werden.

Zentral wäre dabei ein kodifizierter Kriterienkatalog, der den Entscheidungsprozess leitet und – im Sinne einer „rule-based Priorisierung" (67) – nachvollziehbar macht, warum bestimmte Leistungen höher gewichtet werden als andere. Kriterien wie Schweregrad der Erkrankung, patientenrelevanter Nutzen, Evidenzniveau, Kosten-Nutzen-Relation, Auswirkungen auf vulnerable Gruppen und Systemstabilität müssten dabei systematisch gegeneinander abgewogen werden. Die Kommission hätte die Aufgabe, diese Kriterien in Bewertungsberichten konsequent anzuwenden, Konfliktlagen offen zu benennen und explizit zu markieren, wo Grenzen solidarischer Finanzierung erreicht sind. Ihre Empfehlungen wären zunächst nicht automatisch rechtsverbindlich, sondern würden in einem formellen Verfahren vom Bundesministerium für Gesundheit aufgegriffen und in den parlamentarischen Raum eingebracht, sodass grundlegende Verteilungsentscheidungen – etwa Einschränkungen bestimmter Hochkostenleistungen in eng definierten Konstellationen – letztlich immer eine demokratische Legitimationsschicht erhalten.

Flankiert werden müsste ein solches Expertenregime durch verbindliche Konsultationsmechanismen mit der organisierten Fachöffentlichkeit. Anstelle groß angelegter Bürgerräte stünde hier eine

strukturierte Beteiligung von medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Patientenvertretungen, Selbsthilfeorganisationen und Ethikgremien im Vordergrund. In Anhörungsverfahren und schriftlichen Stellungnahmen könnten diese Akteure Erfahrungen aus der Versorgungspraxis, Hinweise auf unbeabsichtigte Verteilungswirkungen und normative Einwände einbringen; die Priorisierungskommission wäre verpflichtet, diese Beiträge sichtbar zu rezipieren und im Begründungsteil ihrer Empfehlungen explizit darauf einzugehen. Auf diese Weise bliebe die Entscheidungskette klar: Fachlich getragene Vorschläge durch Expertengremien, politische Verantwortung beim Gesetzgeber, inputseitige Rückbindung an die Praxis über organisierte Stakeholder, nicht über zufällig zusammengesetzte Bürgerforen.

Schließlich bedarf es einer Infrastruktur der Transparenz und Evaluation, um eine solche Priorisierungskultur dauerhaft zu verankern. Dazu gehören die laienverständliche Veröffentlichung aller relevanten Bewertungsberichte und Entscheidungskriterien, regelmäßige Wirkungsanalysen zu zentralen Priorisierungsentscheidungen (z. B. Veränderungen in Inanspruchnahme, Verteilungswirkungen zwischen Altersgruppen, Auswirkungen auf Morbiditäts- und Mortalitätsindikatoren) sowie ein Monitoring möglicher Fehlanreize (etwa Verdrängung notwendiger Leistungen, Ausweichbewegungen in andere Sektoren). Ergänzend wäre die Verankerung gesundheitsökonomischer und ethischer Grundkompetenzen in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegekräften und Gesundheitsmanagern notwendig, damit Priorisierung nicht als äußerlicher „Sparimperativ“ (68), sondern als integrierter Bestandteil professioneller Verantwortung verstanden wird. Ein derart gestaltetes, expertenzentriertes System aus Priorisierungskommission, klaren Kriterien, politischer Rückkopplung und transparenter Evaluation könnte dazu beitragen, die derzeit informell und oft widersprüchlich gelebte Rationierungspraxis (69) in eine explizite, rational begründete und normativ reflektierte Priorisierungskultur zu überführen – und damit die Belastungen der GKV auf eine Weise zu adressieren, die sowohl der Systemstabilität als auch der Würde der einzelnen Versicherten Rechnung trägt.

8. Schluss: Unbequeme Fragen als Ausdruck ernst gemeinter Solidarität

Die Ausgangsfrage – „Braucht ein 90-Jähriger noch einen Herzschrittmacher?“ – wirkt brutal, weil sie an ein Tabu rührt: die Endlichkeit unseres Lebens und die Endlichkeit unserer Ressourcen zugleich zu denken. Doch das eigentliche Problem besteht nicht darin, dass diese Frage gestellt wird, sondern darin, dass sie bislang zu oft entweder moralisierend zurückgewiesen oder zynisch im Hintergrund, in Budgetverhandlungen und Kodierungsgesprächen, faktisch beantwortet wird.

Ein solidarisches Gesundheitswesen, das diesen Namen verdienen soll, braucht den Mut zur Unterscheidung:

- den Mut, offen zu sagen, dass nicht jede technisch verfügbare Intervention in jeder Lebenslage automatisch von der Solidargemeinschaft bezahlt werden kann;
- den Mut, dabei Altersdiskriminierung und utilitaristische Verkürzungen klar zurückzuweisen;
- den Mut, die knappen Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie den größten Zugewinn an Gesundheit, Lebensqualität und Menschlichkeit ermöglichen – auch, wenn dies bedeutet, andere Wünsche zu relativieren.

In diesem Sinne sind unbequeme Diskussionen kein Angriff auf die Solidarität, sondern ihre Voraussetzung (49,63). Wer Solidarität als politisches, rechtliches und moralisches Projekt ernst nimmt, muss bereit sein, ihre Reichweite, ihre Grenzen und ihre innere Logik zu reflektieren und demokratisch auszuhandeln (49). Das deutsche Gesundheitswesen steht an einem Punkt, an dem weitere Ad-hoc-Sparpakete und kleinteilige Beitragssatzkosmetik nicht mehr ausreichen. Es braucht eine ehrliche, akademisch fundierte, aber zugleich öffentlich verständliche Priorisierungsdebatte.

Diese Debatte wird nicht konfliktfrei verlaufen. Sie wird Widerspruch, Angst und Empörung hervorrufen. Aber sie eröffnet auch die Chance, aus einem durch implizite Rationierung und intransparente Strukturen geprägten System ein Gesundheitswesen zu machen, das seine knappen Mittel verantwortungsvoller, gerechter und menschenwürdiger einsetzt – im Wissen darum, dass jede Entscheidung über Ressourcen letztlich auch eine Entscheidung darüber ist, welchen Begriff von Menschlichkeit wir uns als Gesellschaft leisten wollen.

8. Literatur

1. GKV-Spitzenverband. GKV. GKV-Spitzenverband; [zitiert 10. Dezember 2025]. Pressemitteilung. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2135104.jsp
2. GKV [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Historische Schieflage bei den GKV-Finanzen. Verfügbar unter: https://geschaeftsbericht.gkv-spitzenverband.de/schwerpunktthema-2/perspektive-gkv
3. Deutscher Bundestag [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Deutscher Bundestag - Opposition fordert mutige Reformen im Gesundheitssystem. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2025/kw39-de-gesundheit-1104128
4. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Deutschland: Ländergesundheitsprofil 2023 [Internet]. OECD; 2023 [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.oecd.org/de/publications/deutschland-landergesundheitsprofil-2023_7fd88e75-de.html
5. Gutachten_2018.pdf [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf?
6. Deutscher Ethikrat. Deutscher Ethikrat. [zitiert 10. Dezember 2025]. Ethikrat legt Stellungnahme zur Bewertung von Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen vor. Verfügbar unter: https://www.ethikrat.org/presse/mitteilungen/ethikrat-legt-stellungnahme-zur-bewertung-von-nutzen-und-kosten-im-

gesundheitswesen-vor/

7. Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme. Jahrb Für Wiss Ethik [Internet]. Januar 2012 [zitiert 10. Dezember 2025];16(1). Verfügbar unter: https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jfwe.2012.379/html

8. Sachverständigenrat Zur Begutachtung Der Entwicklung Im Gesundheitswesen Und In Der Pflege. Gutachten 2025Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem. 2025 [zitiert 10. Dezember 2025]; Verfügbar unter: https://repository.publisso.de/resource/frl:6510673

9. Sachverständigenrat Gesundheit. Gutachten_2018.pdf [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf?

10. DIE WELT [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Ausgaben der Krankenkassen: „Das hält kein Gesundheitssystem auf Dauer aus“ - WELT. Verfügbar unter: https://www.welt.de/wirtschaft/article68ba75a046b61b4dcb0ba81d/Ausgaben-der-Krankenkassen-Das-haelt-kein-Gesundheitssystem-auf-Dauer-aus.html

11. Krankenkassen warnen vor erheblich steigenden Beiträgen. Der Spiegel [Internet]. 9. Dezember 2025 [zitiert 10. Dezember 2025]; Verfügbar unter: https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/krankenkassen-warnen-vor-erheblich-steigenden-beitraegen-a-bab90b1b-414d-4785-bdaa-3299ecf252a4

12. OECD. OECD. OECD Publishing; 2024 [zitiert 10. Dezember 2025]. Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance

More Resilient Health Systems When Money Is Tight? Verfügbar unter: https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html

13. Collum TH, Menachemi N, Sen B. Does electronic health record use improve hospital financial performance? Evidence from panel data. Health Care Manage Rev. September 2016;41(3):267.

14. Vogel J, Hollenbach J, Haering A, Augurzky B, Geissler A. The association of hospital profitability and digital maturity – An explorative study using data from the German DigitalRadar project. Health Policy. 1. April 2024;142:105012.

15. Hartwig J. What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. J Health Econ. 1. Mai 2008;27(3):603–23.

16. Marckmann G. Praxisbuch Ethik in der Medizin [Internet]. 2. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2022 [zitiert 10. Dezember 2025]. 475 S. Verfügbar unter: https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/id/797

17. Mack E. Rationierung im Gesundheitswesen – ein wirtschafts- und sozialethisches Problem. Ethik Med. 1. Mai 2001;13(1):17–32.

18. Fischer G. Das deutsche Gesundheitswesen kompakt 2024: Akteure, Strukturen, Finanzierung [Internet]. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2024 [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.beck-elibrary.de/index.php?doi=10.32745/9783954668717

19. Deutscher Ethikrat. Stellungnahme-vulnerabilitaet-und-resilienz-in-der-krise-kurzfassung.pdf [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-vulnerabilitaet-und-resilienz-in-der-krise-kurzfassung.pdf?

20. Art 3 GG - Einzelnorm [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html

21. French EB, McCauley J, Aragon M, Bakx P, Chalkley M, Chen SH, u. a. End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. Health Aff (Millwood). Juli 2017;36(7):1211–7.

22. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Deutsches Ärzteblatt. 2017 [zitiert 10. Dezember 2025]. Gesundheitskosten für das letzte Lebensjahr geringer als gedacht. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/news/gesundheitskosten-fuer-das-letzte-lebensjahr-geringer-als-gedacht-56bec682-6625-40a0-8cf9-f5b861a411b0

23. Shiheido E, Shimada Y. Pace Maker Implantation for Elderly Individuals Over 90 Years Old. J Rural Med JRM. 2013;8(2):233–5.

24. Focus. Streecks extremer Vorschlag: Spart es wirklich Geld, wenn wir Senioren sterben lassen? [Internet]. 2025 [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://www.focus.de/finanzen/versicherungen/streecks-extremer-vorschlag-spart-es-wirklich-geld-wenn-wir-senioren-sterben-lassen_5d634656-b2c1-4e0f-beb0-21ede518ba14.html

25. Marckmann G. Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 1. August 2008;51(8):887–94.

26. Koslowski P, Kettner M, Koslowski P, Prinz AL, Kettner M, Unschuld PU, u. a. Wirtschaftsethik in der Medizin: Wie viel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? [Internet]. Brill Fink; 2020 [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://brill.com/edcollbook/title/50065

27. Stockhausen M. Ärztliche Berufsfreiheit und Kostendämpfung: Möglichkeiten und Grenzen der Beschränkung der (kassen-)ärztlichen Berufsfreiheit zum Zwecke der Kostendämpfung im

Gesundheitswesen. Springer-Verlag; 2013. 180 S.

28. Aufderheide D, Dabrowski M. Gesundheit, Ethik, Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Duncker & Humblot; 2002. 296 S.

29. Dörries A, Lipp V. Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer Verlag; 2015. 283 S.

30. Maio G. Gutes Sterben erfordert mehr als die Respektierung der Autonomie. Dtsch Z Für Onkol. September 2011;43(3):129–31.

31. Norheim OF. Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-offs on the Path to Universal Health Coverage. Int J Health Policy Manag. 11. Oktober 2015;4(11):711–4.

32. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, u. a. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 30. August 2005;173(5):489–95.

33. Rockwood K, Song X, Mitnitski A. Changes in relative fitness and frailty across the adult lifespan: evidence from the Canadian National Population Health Survey. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 17. Mai 2011;183(8):E487-494.

34. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. Lancet Lond Engl. 12. Oktober 2019;394(10206):1365–75.

35. McIsaac DI, Taljaard M, Bryson GL, Beaulé PE, Gagné S, Hamilton G, u. a. Frailty as a Predictor of Death or New Disability After Surgery: A Prospective Cohort Study. Ann Surg. Februar 2020;271(2):283–9.

36. Adamiak G. Methods for the economic evaluation of health care programmes, 3rd ed. J Epidemiol Community Health. September 2006;60(9):822–3.

37. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in

elderly people. Lancet Lond Engl. 2. März 2013;381(9868):752–62.

38. Rehmann-Sutter C. Roi Livne (2019) Values at the End of Life. The Logic of Palliative Care. Ethik Med. 1. September 2021;33(3):427–9.

39. Lilley EJ, Khan KT, Johnston FM, Berlin A, Bader AM, Mosenthal AC, u. a. Palliative Care Interventions for Surgical Patients: A Systematic Review. JAMA Surg. 1. Februar 2016;151(2):172–83.

40. Lohmann W. Über „Gestaltungsleistungen" noch einmal nachdenken. Internist. 1. November 1998;39(11):M267–M267.

41. Rothgang H, Niebuhr D, Wasem J, Greß S. Das National Institute for Clinical Excellence (NICE). Gesundheitswesen. Mai 2004;67(5):303–10.

42. Marckmann G, Herausgeber. Kostensensible Leitlinien: Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung [Internet]. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015 [zitiert 10. Dezember 2025]. Verfügbar unter: https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/39724

43. Ragnitz J, Roßbach G, Börsch-Supan A, Hellwig M, Janeba E, Werding M, u. a. Sackgasse Generationenvertrag: Wege aus der Krise der Altersversorgung. Ifo Schnelld. 2024;77(12):03–39.

44. Nagel E, Alber K, Bayerl B. Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung – Konzepte zur Gesundheitsversorgung der Zukunft. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen. 1. Januar 2010;104(5):355–9.

45. Huster S. Die Berücksichtigung des Selbstverschuldens in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, Herausgeber. Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013 [zitiert 10. Dezember 2025]. S. 193–6. Verfügbar unter:

https://doi.org/10.1007/978-3-642-35448-9_14

46. Schmidt B. Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern. In: Paul B, Schmidt-Semisch H, Herausgeber. Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft [Internet]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010 [zitiert 10. Dezember 2025]. S. 23–37. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-531-92448-9_2

47. Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. Gesundheitsökonomik [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013 [zitiert 22. Januar 2026]. (Springer-Lehrbuch). Verfügbar unter: https://link.springer.com/10.1007/978-3-642-30894-9

48. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [Internet]. [zitiert 10. Dezember 2025]. Allgemeine Methoden | IQWiG.de. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/methodenpapier/

49. Thiede M. Solidarische Finanzierung und Gemeinwohl. In: Kreuzenbeck C, Schwendemann H, Thiede M, Herausgeber. Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023 [zitiert 10. Dezember 2025]. S. 265–77. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-662-67575-5_18

50. Deutscher Bundestag. Deutscher Bundestag. 2025 [zitiert 10. Dezember 2025]. Unterrichtung durch die Bundesregierung Gutachten 2025 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege Preise innovativer Arzneimittel in einem lernenden Gesundheitssystem. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/21/004/2100460.pdf?

51. Barr NA. Economics of the Welfare State. OUP Oxford; 2012. 411 S.

52. von Stillfried DG, Erhart M, Czihal T. Ambulante Versorgung. In:

Thielscher C, Herausgeber. Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung [Internet]. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2015 [zitiert 22. Januar 2026]. S. 295–349. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-01966-2_9

53. Finkelstein A. Moral Hazard in Health Insurance. Columbia University Press; 2014. 161 S.

54. Newhouse JP. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? J Econ Perspect. September 1992;6(3):3–21.

55. ResearchGate [Internet]. [zitiert 22. Januar 2026]. Tackling Wasteful Spending on Health.OECD 2017. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/321107720_Tackling_Wasteful_Spending_on_HealthOECD_2017

56. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. Am Econ Rev. Juni 1987;77(3):251–77.

57. Wilke RM. [Impact of Outpatient Care and Hybrid DRG - Impact on Hospitals]. Zentralbl Chir. Dezember 2024;149(6):506–11.

58. Cavallero E. Health, Luck and Moral Fallacies of the Second Best. J Ethics. 1. Dezember 2011;15(4):387–403.

59. Cutler DM, Zeckhauser RJ. The Anatomy of Health Insurance [Internet]. National Bureau of Economic Research; 1999 [zitiert 22. Januar 2026]. (Working Paper Series). Verfügbar unter: https://www.nber.org/papers/w7176

60. Chernew ME, Rosen AB, Fendrick AM. Value-based insurance design. Health Aff Proj Hope. 2007;26(2):w195-203.

61. Graf M, Baumgardner JR, Neumann U, Brewer IP, Chou JW, Fendrick AM. Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review. J Mark Access Health Policy. Dezember 2024;12(4):342–68.

62. Lazam NM. Demonstrating Bonus Malus System (BMS) with Fair Deductibles Amount and Control Mechanism of Claim Amount and Frequency on Medical and Health Insurance Portfolio. Appl Math Comput Intell AMCI. 31. Dezember 2021;10:237–51.

63. Werner MH. Solidarität oder Gerechtigkeit? Anmerkungen zur ethischen Bewertung eines sozial finanzierten Gesundheitssystems.

64. Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland.

65. Cremer H, Pestieau P. Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. J Urban Econ. 2003;54(1):181–96.

66. Geschäftsbericht 2024 Gemeinsamer Bundesausschuss.

67. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. BMC Health Serv Res. 8. September 2004;4(1):25.

68. Huster S. Soziale Gesundheitsgerechtigkeit: Sparen, umverteilen, vorsorgen? Verlag Klaus Wagenbach; 2011. 108 S.

69. Rommel A. Allokationsethik im deutschen Gesundheitswesen: Zur Diskrepanz von Rationierungsrealität und Rationierungsdebatte in Deutschland. Z Für Gesundheitswissenschaften J Public Health. 1. März 2000;8(1):38–57.