

MCC-Kassengipfel 2025
Berlin, 07. Oktober 2025

Demographie-Festigkeit von GKV und SPV stärken

Impuls in vier Thesen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH, Essen

Leibniz Science Campus Ruhr

These 1:

Künftige Bevölkerungsentwicklung und “traditionelle” BPE-Ausgabenschere bei GKV und SPV führen erwartbar zu weiter deutlich steigenden Beitragssätzen, die zusammen mit der Entwicklung in der GRV nicht nur die Frage nach der intergenerationellen Akzeptanz sondern zentral auch nach der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit aufwerfen

GKV-Leistungsausgaben und Beitragspflichtige Einnahmen (BPE) 1991-2024 (1991=100)

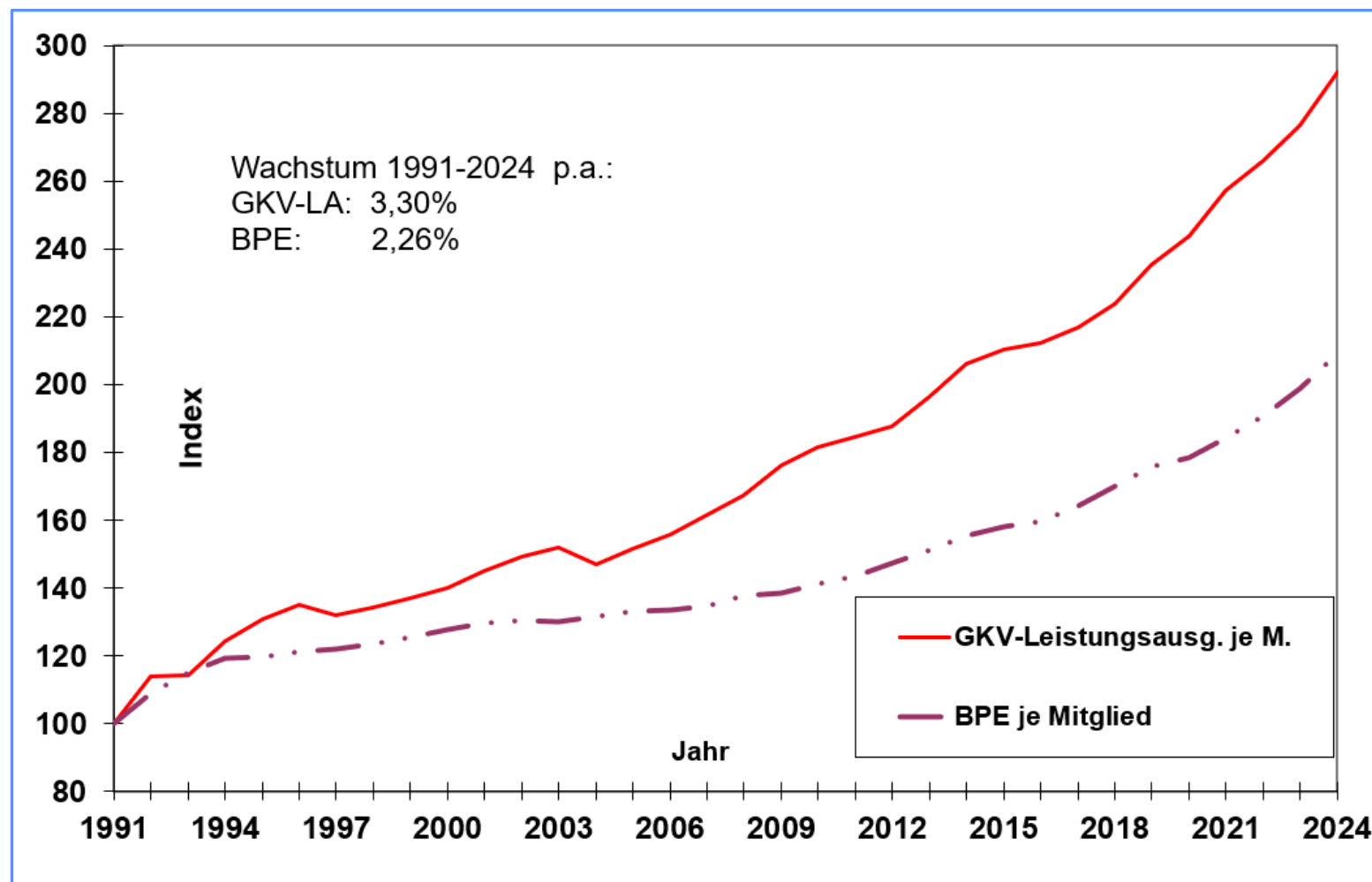
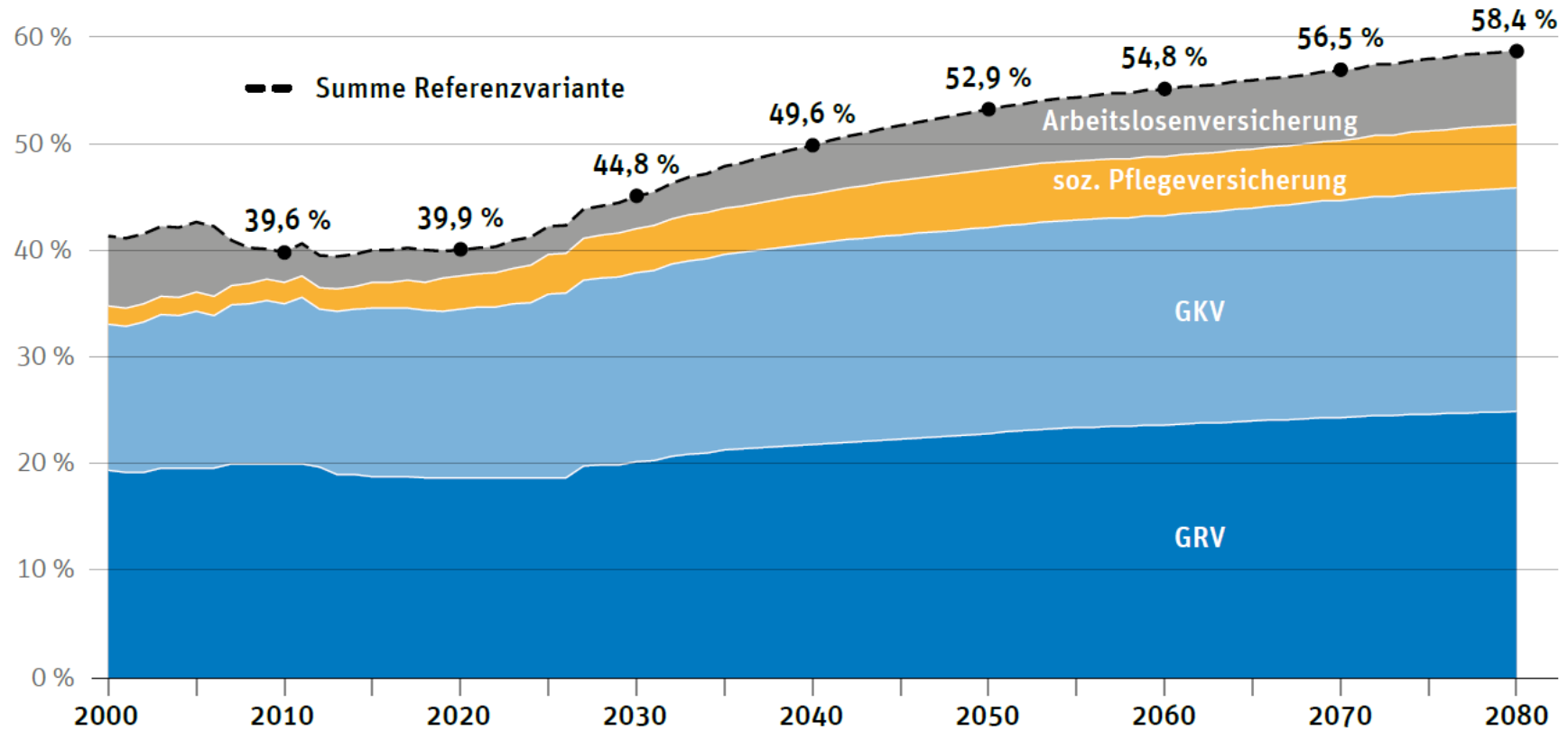


Abb. 1: Sozialversicherungsbeiträge* (Referenzvariante, 2000–2080)

in % der beitragspflichtigen Einnahmen

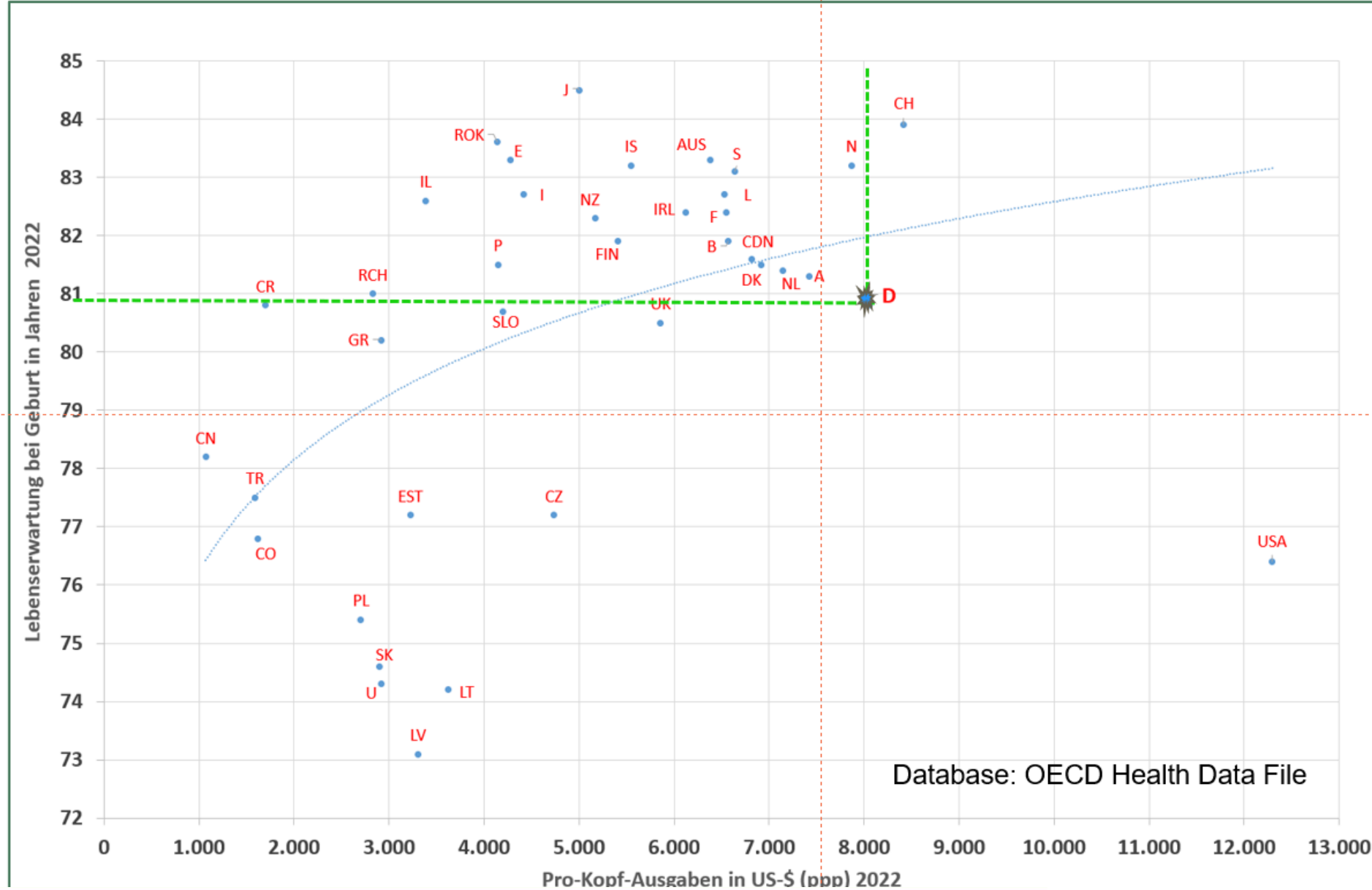


* Angaben für GKV und SPV inkl. durchschnittlicher Zusatzbeiträge bzw. Beitragszuschläge und -abschläge nach Kinderzahl.
Quellen: DRV, BA, BMG; SIM.22.

Quelle: Werding 2025, Modellierung Referenzvariante

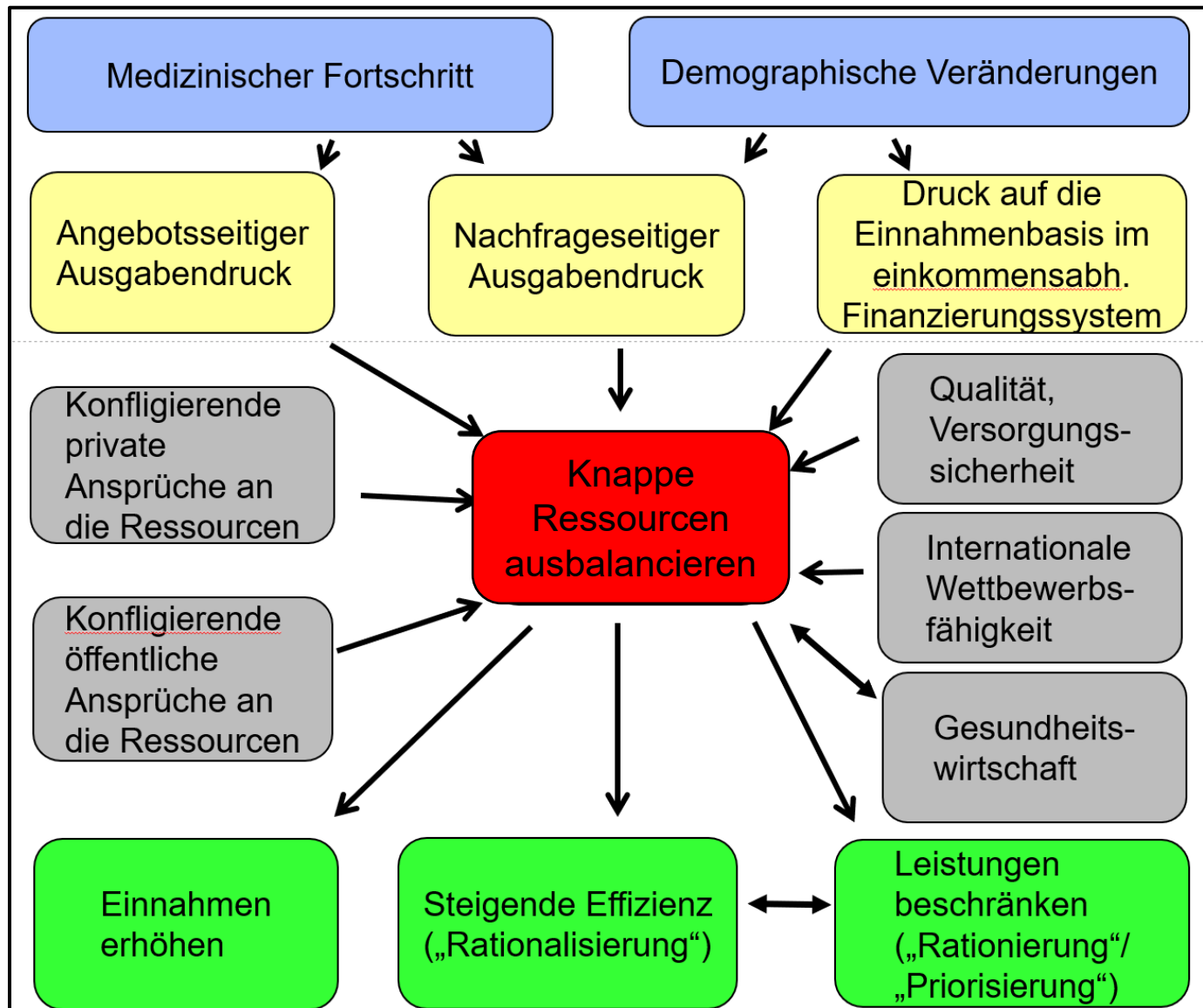
These 2:

Zunehmend wird die von Gesundheitsökonom*innen schon lange vertretene These, Inputs und Outcomes der Gesundheitsversorgung stehen zu einander in einem Missverhältnis, von breiteren Teilen der Gesellschaft geteilt.



These 3:

Bei der Aufgabe, knappe Ressourcen auszubalancieren, kann es daher nicht nur um die zusätzliche Mittelbeschaffung für die Ausgabenüberhänge gehen, sondern im Fokus müssen insbesondere auch die Ausgaben thematisiert werden. Während es in der GKV dabei sowohl um Effizienzsteigerung als auch um den Leistungsumfang gehen wird, ist in der SPV primär der Leistungsumfang adressierbar.



Effizienz erhöhen

Schnittstellen zwischen den Sektoren optimieren

Arbeitsteilung zwischen den Professionen neu
adjustieren

Krankenhauslandschaft verändern

Ambulantisierung ausbauen

Digitalisierung ausbauen

Prävention stärken, auch durch Anreize

Vergütungssysteme stärker auf Value ausrichten

Verhandlungsmacht der Kassen stärken

Kriterien für explizite Rationierung / Priorisierung

Medizinische Kriterien	Ökonomische Kriterien	Gesundheitspolitische Kriterien
Dringlichkeit (rule of rescue)?	Kosten/Ausgaben?	Öffentliche Gesundheitsziele?
Schwere des gesundheitlichen Problems ?	Preiselastizität?	Gleicher Zugang?
Größe des erwarteten Effekts?	Versicherbarkeit?	Alter?
....	Kosten-Effektivität?	Faire Chance für Minderheiten?
....		

These 4:

Während es in der Krankenversicherung “zu spät” ist, zur Abmilderung der intergenerationellen Umverteilung das Umlageverfahren durch Elemente der Kapitaldeckung zu ergänzen, ist dies in der Pflegeversicherung aufgrund der anderen Altersverläufe des Pflegerisikos noch möglich. Daher könnten einzelne Leistungselemente künftig z.B. über eine kapitalgedeckte obligatorische Zusatzversicherung finanziert werden.

Die Pflege⁺ Versicherung

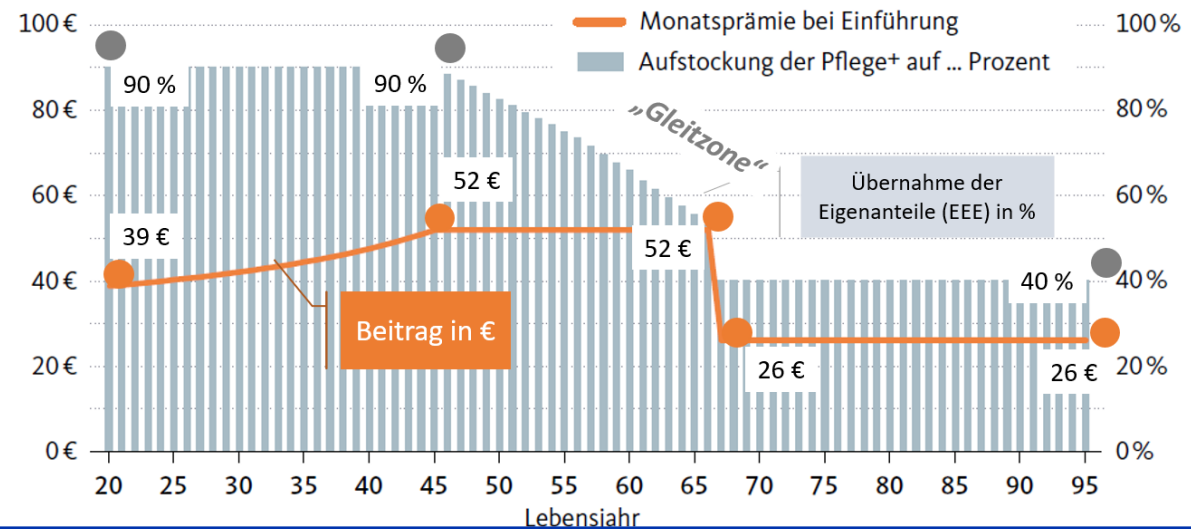
Vorschlag für eine generationengerechte,
paritätische Pflegekostenversicherung



Pflege⁺ Versicherung

Ausgangssituation, Problemanalyse und Lösungsvorschlag

Abbildung: Versicherungsumfang und Beiträge der Pflege⁺ Versicherung im Einführungsjahr
Beiträge in Euro/Monat, Versicherungsumfang in Prozent der Pflegekosten



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kontakt:

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
juergen.wasem@uni-due.de
www.mm.wiwi.uni-due.de
Tel.: 0201 183 4072