



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Gesetzliche Krankenversicherung vor dem Finanzkollaps

**KassenGipfel 2025 (MCC), Sitzung
„Finanzielle Ausgangslage der Kassen & Hebel zur Stabilisierung II“**

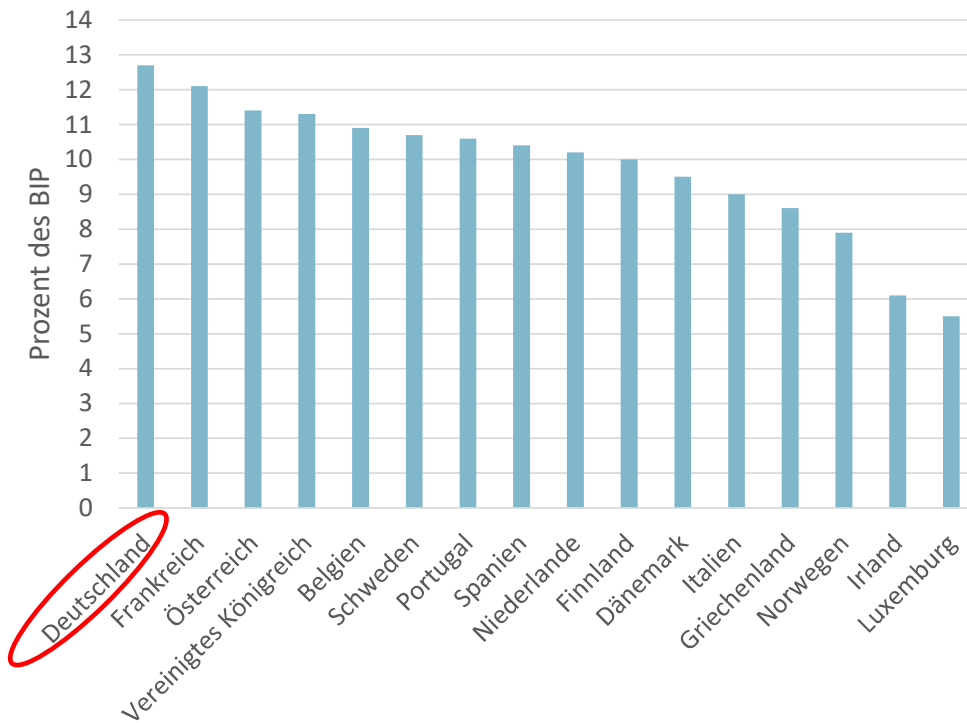
Berlin | 7. Oktober 2025

Professor Josef Hecken

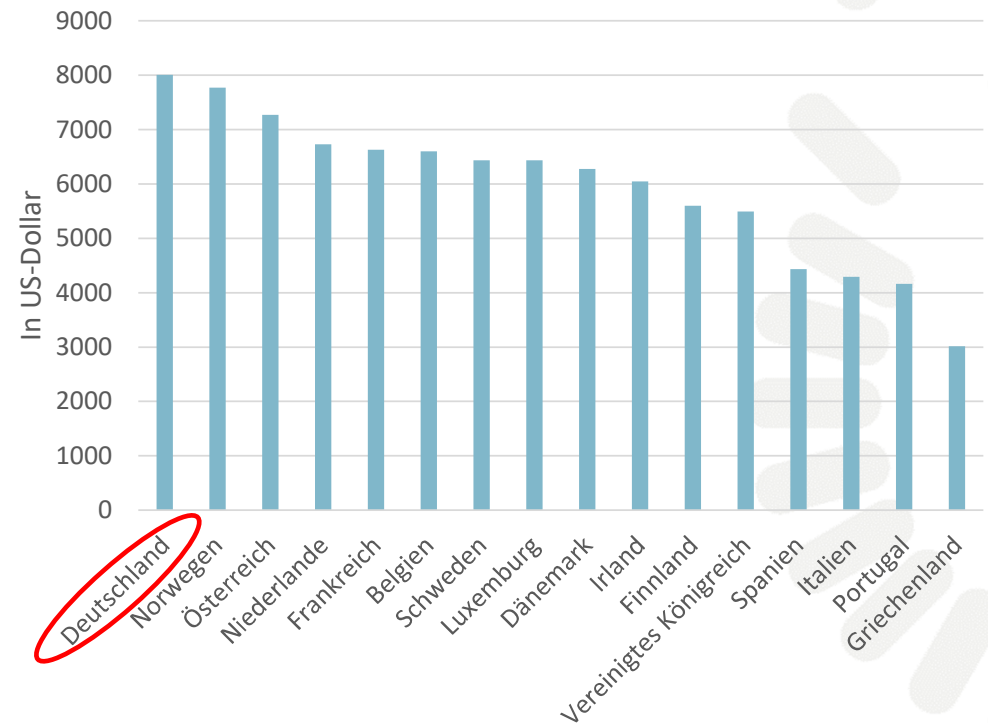
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

Hoher Mitteleinsatz...

Gesundheitsausgaben als Anteil des BIP (2022 oder
letzter verfügbares Jahr)



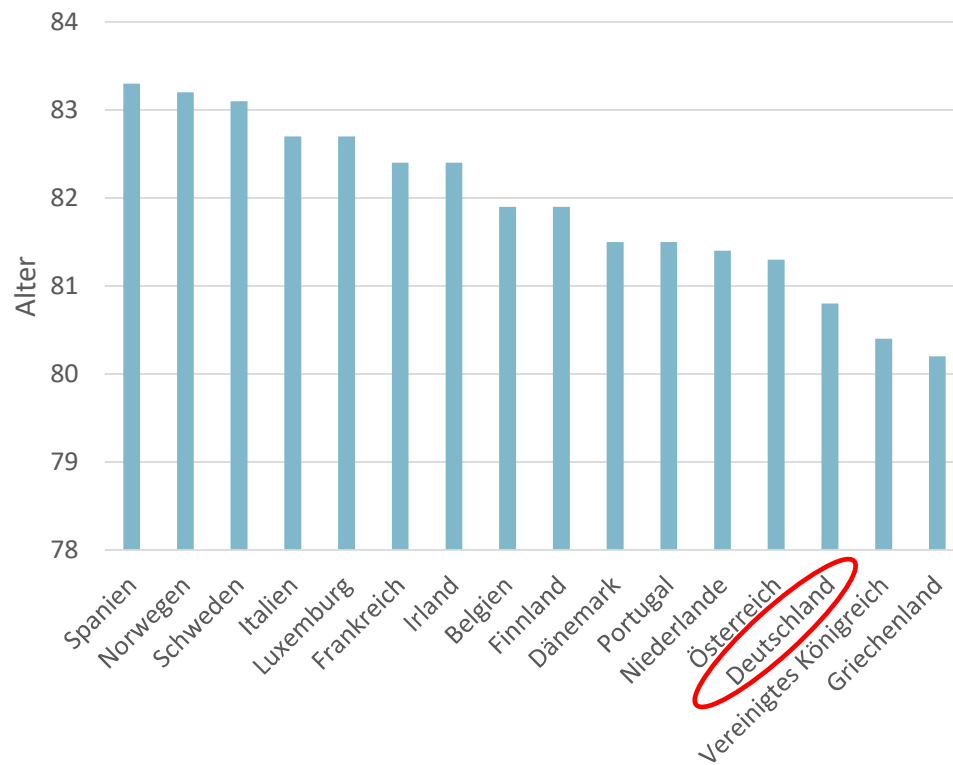
Gesundheitsausgaben pro Kopf (2022 oder
nächstverfügbares Jahr)



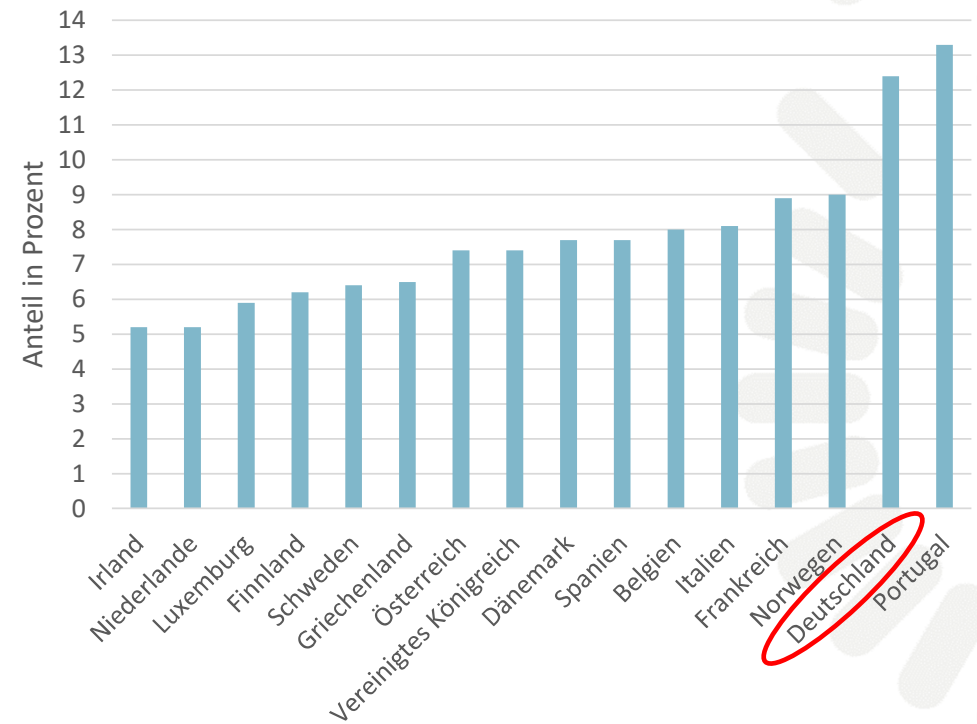
Quelle: OECD Health Statistics 2023

...aber keine besseren Ergebnisse, allenfalls

Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren (2022)



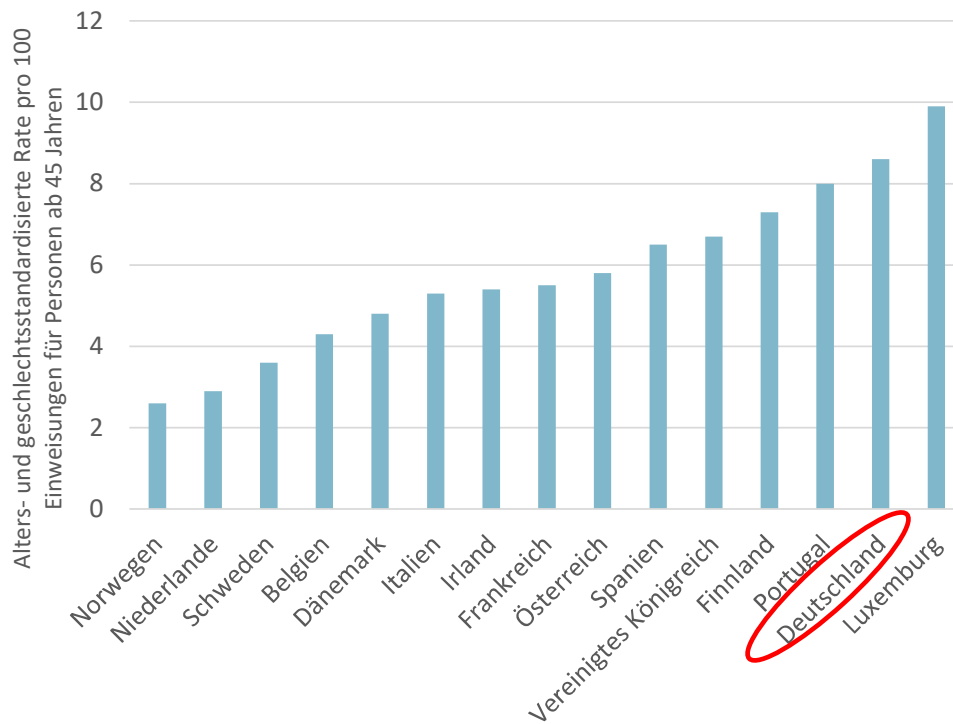
Erwachsene, die ihre eigene Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen (2021 oder letztverfügbares Jahr)



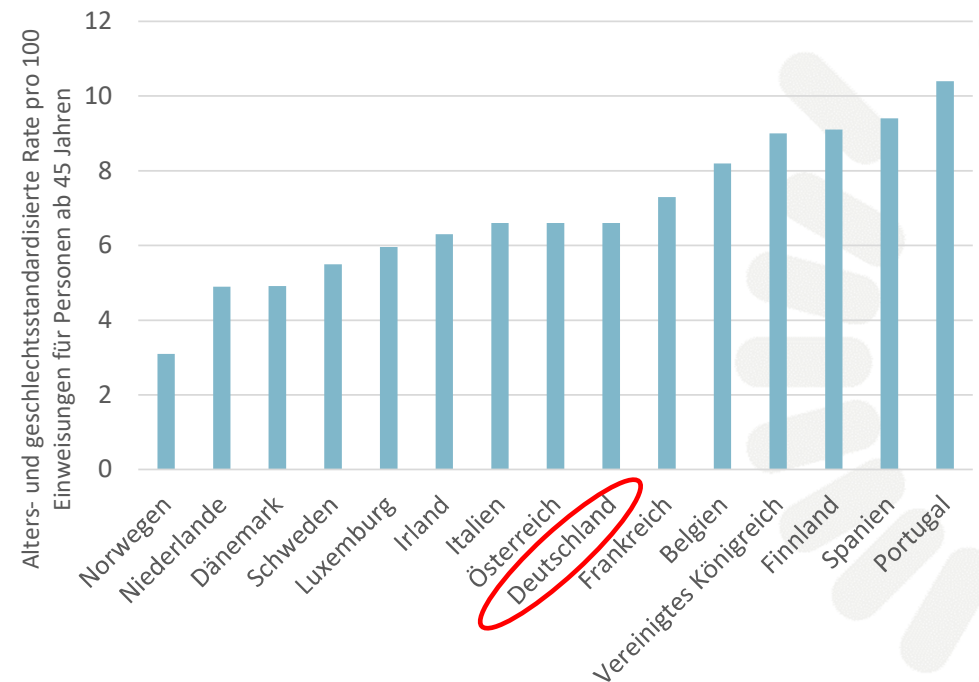
Quelle: OECD Health Statistics 2023

...differenzierte Versorgungsqualität!

30-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen akutem Myokardinfarkt (2021 oder letztverfügbares Jahr)

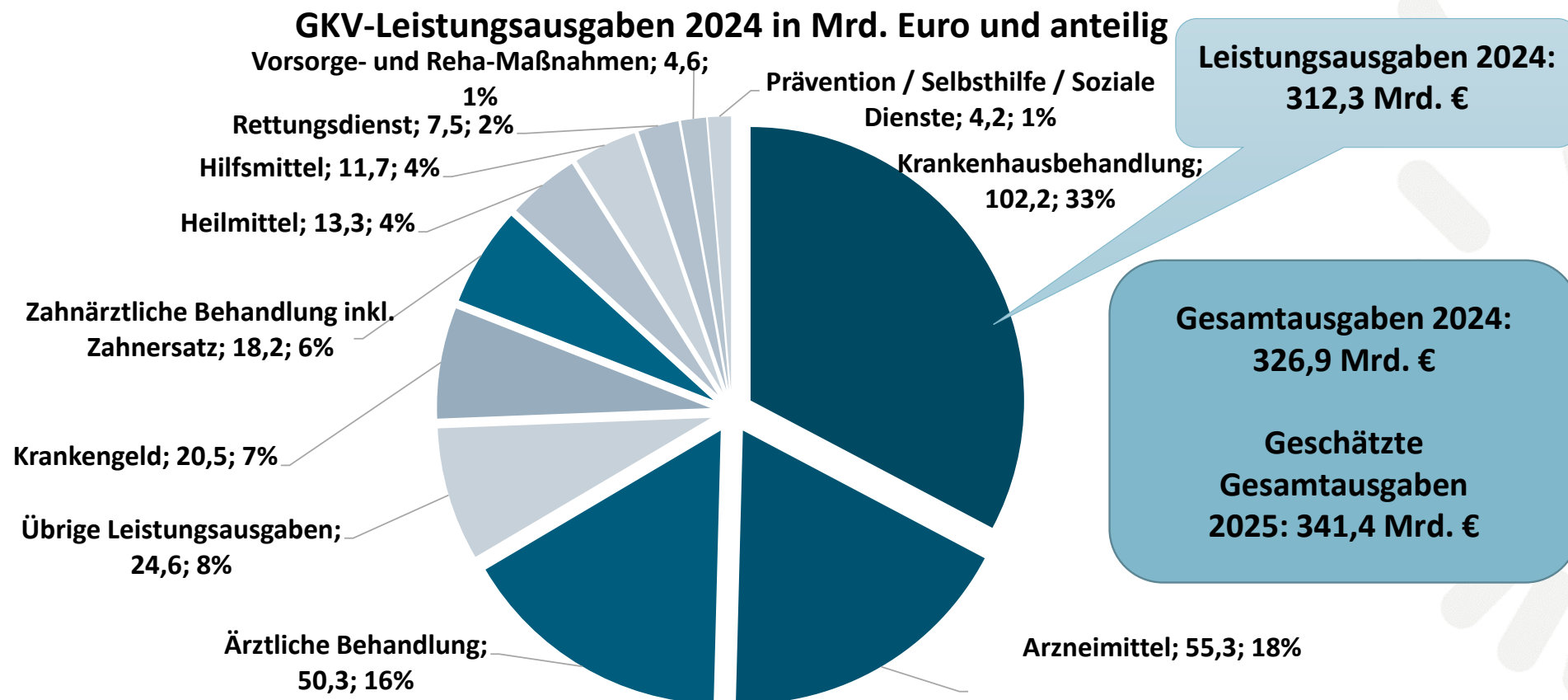


30-Tage-Sterblichkeit nach Krankenhauseinweisung wegen eines ischämischen Schlaganfalls (2021 oder letztverfügbares Jahr)



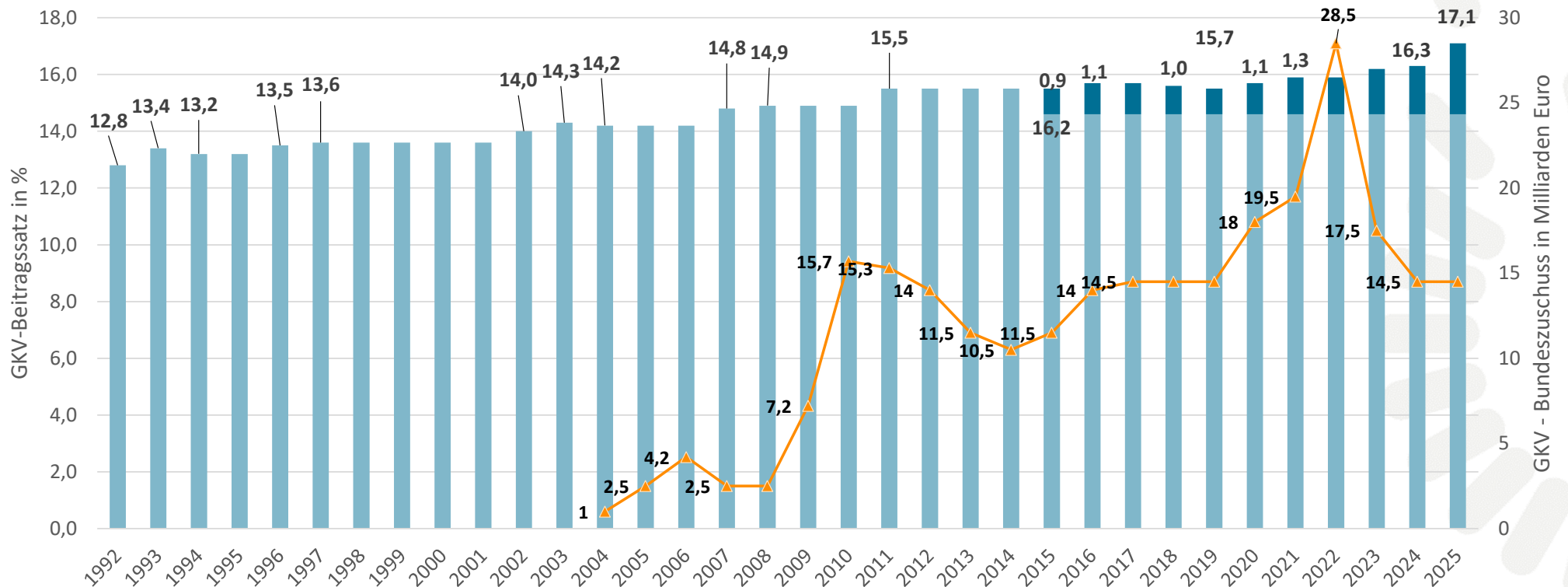
Quelle: OECD Health Statistics 2023

Das Gesundheitssystem ist unter Druck...



...Beiträge und Steuerzuschüsse steigen...

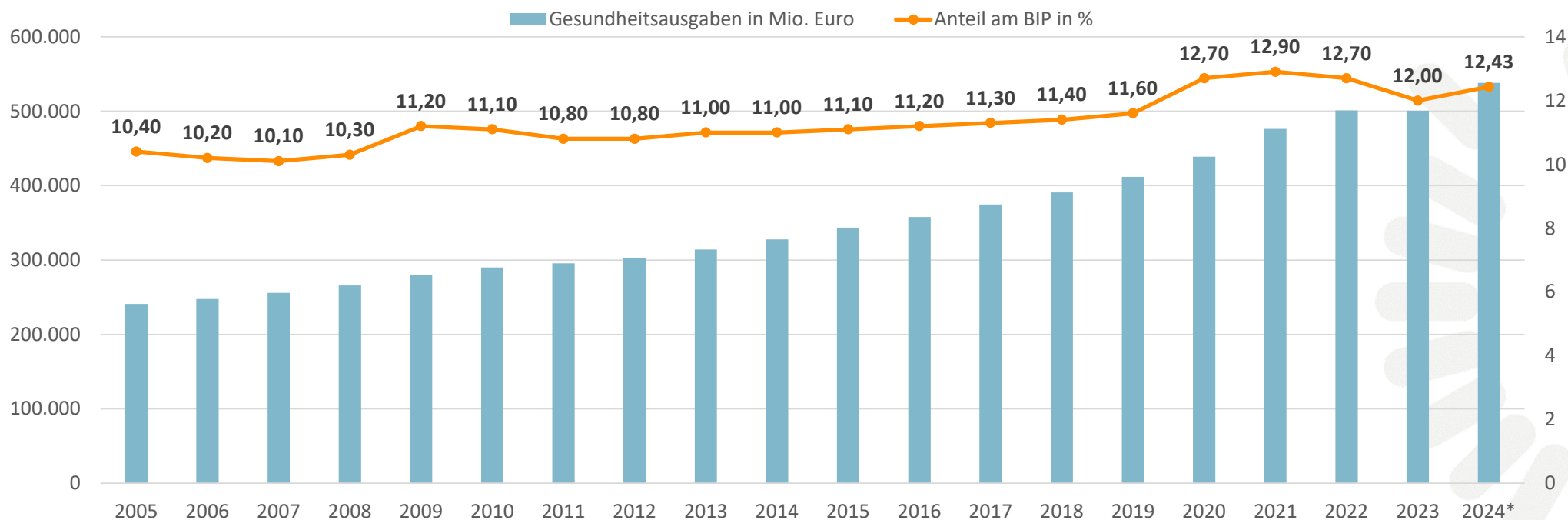
Entwicklung GKV-Beitragssatz und Bundeszuschuss



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

...genau wie der Anteil der Ausgaben am BIP...

Entwicklung Gesundheitsausgaben (2005-2024)

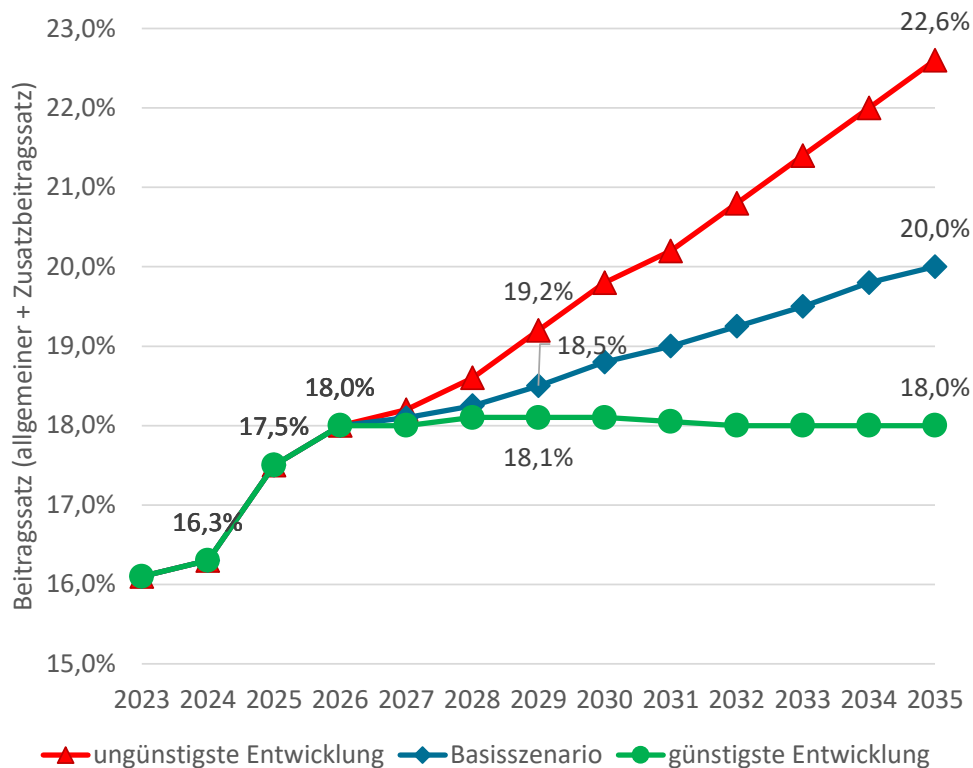


* Auf Basis bereits vorliegender und fortgeschriebener Werte geschätzt

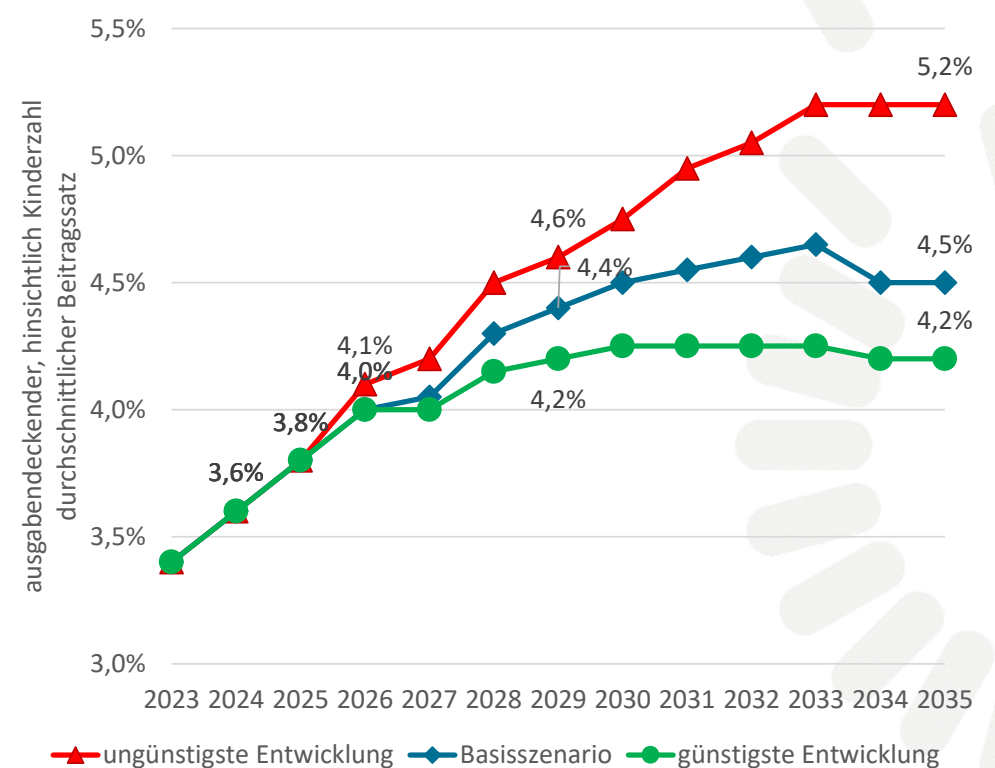
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt

...die Aussichten sind kritisch!

GKV: Projektion der Beitragssatzentwicklung



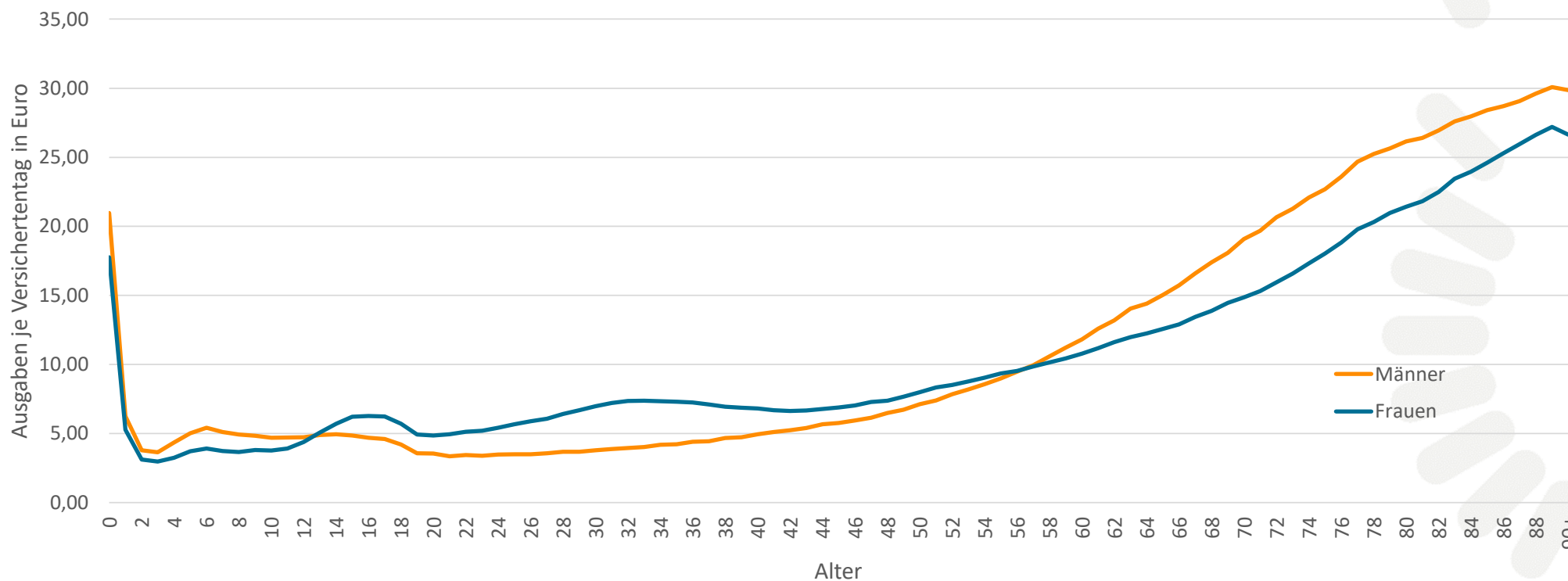
SPV: Projektion der Beitragssatzentwicklung



Quelle: IGES (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035 im Auftrag der DAK-Gesundheit

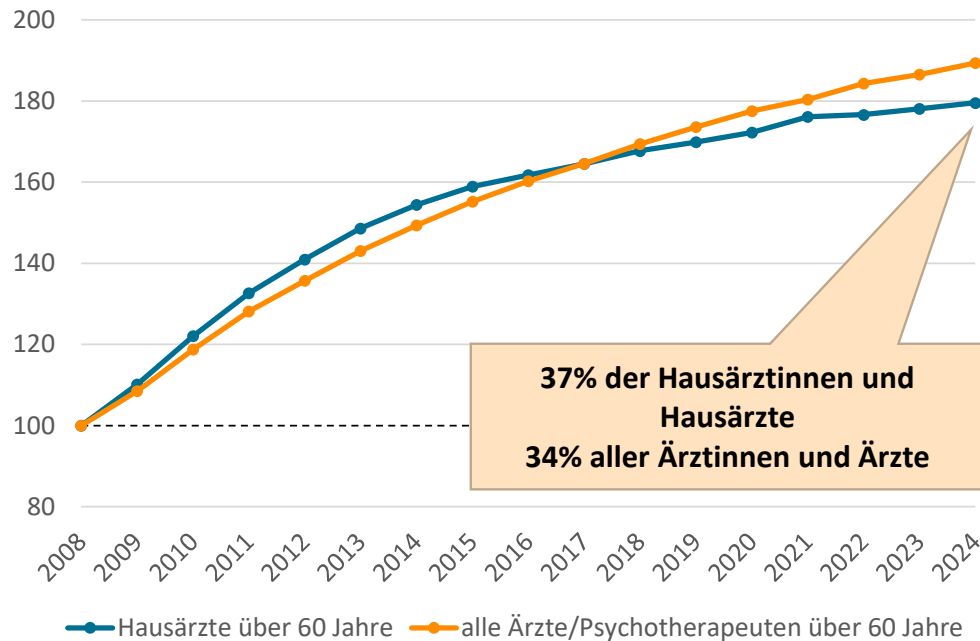
Wachsender Versorgungsbedarf...

Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2023, ohne Krankengeld

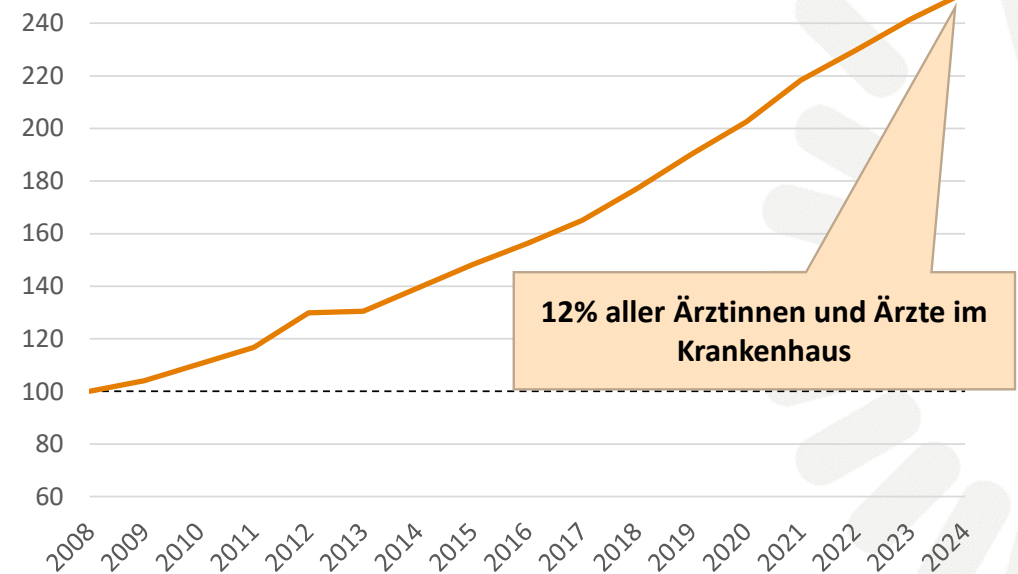


..und zunehmender Fachkräftemangel..

Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre in der Niederlassung
(2008=100)



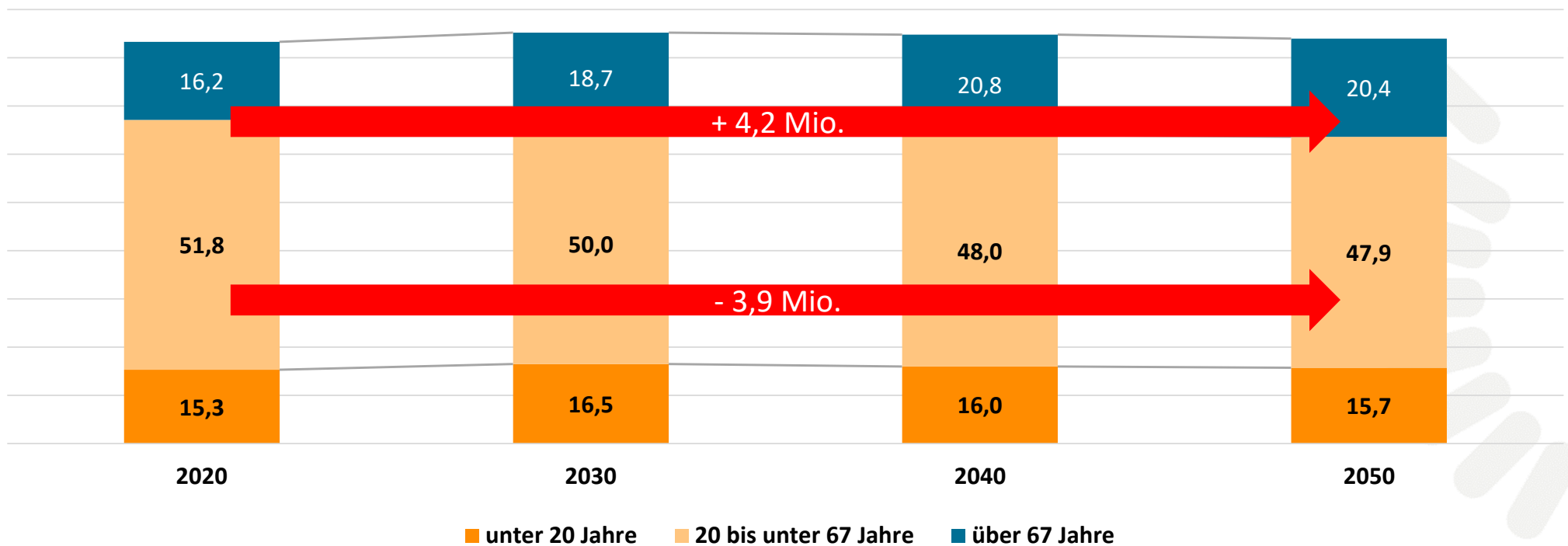
Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre im Krankenhaus
(2008=100)



Quellen: Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum jeweils 31. Dezember, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister

...aufgrund einer alternden Bevölkerung!

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2020 - 2050



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2024): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2: G2-L2-W2

Implikationen für die Reformpolitik

Aus den genannten Befunden ergeben sich zentrale Handlungsfelder für eine gesundheitspolitische Neujustierung:

1. Kurzfristige Stabilisierung der GKV-Financen
Mix aus verschiedenen Elementen: Erhöhung Bundeszuschuss, Zuzahlungen, Verbrauchssteuern
2. Versorgungssteuerung stärken:
Einführung von Gatekeeping-Modellen (Hausarztzentrierung, Primärversorgungszentren), gezielter Ressourceneinsatz durch datenbasierte Steuerung und sektorenübergreifende Kapazitätsplanung
3. Qualitäts- und Ergebnisorientierung verankern:
Einführung ergebnisbasierter Vergütung (z. B. Pay-for-Performance)
4. Strukturen sektorenübergreifend entwickeln:
Ambulantisierung sinnvoll fördern
5. Digitalisierung strategisch nutzen:
Patientensteuerung, Transparenz und Echtzeitdaten für Versorgung

➔ **„Besser selbst mitgestalten“ – proaktive, systemisch gedachte Steuerung sichert langfristig Qualität und Akzeptanz**

Der Koalitionsvertrag

Finanzierung der GKV

- Defizite in GKV und Pflege erkannt, Beitragsstabilität als Ziel
- Kurzfristige Entlastung: Bund übernimmt Transformationskosten (2022/23) und GKV-Anteil am Krankenhaus-Transformationsfonds
- Strukturelle Ansätze: „Nachhaltig tragbare Finanzierung“ im Arzneimittelbereich (AMNOG-Weiterentwicklung)
- Einnahmeseite: Stärkung durch höheres Beschäftigungsniveau
- Kommission mit Expertinnen und Experten sowie Sozialpartnern legt bis 2027 Vorschläge zur nachhaltigen Finanzierung vor



Handlungsoptionen für ein 100-Tage-Programm

Maßnahme	Finanzwirkung
Vollfinanzierung „Bürgergeld“- EmpfängerInnen	Rund 9 Mrd. € Entlastung jährlich
Senkung Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel	6,6 Mrd. € bis 10,3 Mrd.€ Entlastung jährlich
Anteil an erhöhten Steuern auf Alkohol und Tabak für GKV	1,74 bis 1,79 Mrd. € durch 10 % Beteiligung
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze auf Niveau der Rentenversicherung	Unsicher, abzgl. Wechsler in PKV (1,3 Mrd. Euro bis 3,6 Mrd. €)
Anhebung des Herstellerabschlags für Arzneimittel von 7 auf 12 Prozent	Ca. 1 Mrd. €
Wiedereinführung der Praxisgebühr	Unsicher- bei 10 € ca. 2,4 Mrd. €, bei 15 € ca. 3,6 Mrd. €
Verdoppelung der Zuzahlung für Krankenhausübernachtungen von 10 auf 20 €	Ca. 1,5 Mrd. €

Quelle: Eigene Darstellung nach WIG2 (2023): Expertise zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV. In Auftrag gegeben von BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V., Leipzig sowie Vandage (2024): Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Studie im Auftrag des LAWG Deutschland e.V und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Chancen und Risiken



PRESSEMITTEILUNG

10-Milliarden-Klage gegen Unterfinanzierung der GKV beschlossen

Berlin, 11. September 2025: In Deutschland erhalten erwerbsfähige Personen vom Staat Bürgergeld nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), wenn sie hilfebedürftig sind. Hilfebedürftig bedeutet, dass ihr Einkommen unter dem Existenzminimum liegt und sie den Lebensunterhalt nicht ausreichend aus eigenen Mitteln bestreiten können. Das Bürgergeld ist eine staatliche, steuerfinanzierte Fürsorgeleistung zur Sicherung des Existenzminimums. Dazu gehört auch die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung. [...]

Der Bund als Träger der Fürsorge hat die Krankenkassen damit beauftragt, die gesundheitliche Versorgung der Bürgergeldbeziehenden zu übernehmen. Und die Krankenkassen machen das, sie sorgen dafür, dass die Menschen gut versorgt werden. Aber statt für diese Leistung voll zu bezahlen, lässt der Bund die Krankenkassen auf rund zwei Dritteln der Kosten sitzen.

Heute hat der Verwaltungsrat beschlossen, dass der GKV-Spitzenverband im Auftrag und im Namen der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel klagen wird, die systematische Unterfinanzierung der gesundheitlichen Versorgung von gesetzlich versicherten Bürgergeldbeziehenden zu beenden. [...]

BUNDES RECHNUNGS HOF



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO
an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026

[...] Der Bundesrechnungshof sieht diese Maßnahme [Sofort-Transformationskosten Krankenhäuser] und ihre Finanzierung äußerst kritisch. Der Bund ist grundsätzlich nicht für die Krankenhausfinanzierung zuständig. Die Wirtschaftlichkeit der geplanten pauschalen und flächendeckenden Auszahlung ist fragwürdig. Der Zuschlag würde völlig unabhängig von tatsächlichen Investitionsvorhaben an alle Krankenhäuser fließen und damit nicht bedarfsbezogen wirken. [...] Der Bundesrechnungshof fordert zudem eine sorgfältige verfassungsrechtliche Prüfung, ob sich diese Maßnahme mit dem Zweck des Sondervermögens gemäß Artikel 143h Grundgesetz vereinbaren lässt. Denn die Mittel des Sondervermögens dürfen ausschließlich zur Finanzierung und Förderung von öffentlichen Investitionen in Infrastruktur eingesetzt werden. [...]

„FinanzKommission Gesundheit“



Pressemitteilung

Nr. 24 vom 12. September 2025
Seite 1 von 2

Bundesgesundheitsministerin Warken stellt FinanzKommission Gesundheit vor

Die Bundesministerin für Gesundheit, Nina Warken, hat die Mitglieder der „FinanzKommission Gesundheit“ berufen. Sie sollen Maßnahmen für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten. Besetzt ist die Kommission paritätisch mit zehn Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Ökonomie, Medizin, Sozialrecht, Ethik und Prävention. [...]

Bericht I – Kurzfristige Maßnahmen, Frist: Ende März 2026

- Prognose: Finanzentwicklung der GKV bis 2030
- Bewertung: Effekte der Koalitionsvorhaben (z. B. Primärarztsystem, Notfall- und Rettungsdienstreform)
- Analyse: Hauptkostentreiber, Vergütungsmechanismen, Einnahmeprobleme
- Maßnahmen: kurzfristig gesetzlich umsetzbar, ab 2027 wirksam, mit quantifizierter Kostenwirkung
- Ziel: Beitragssatzstabilität, Optionen für den Gesetzgeber offenhalten

Bericht II – Strukturreformen, Frist: Ende Dezember 2026

- Strukturen: Einnahmen- und Ausgabenseite, Systemebene
- Ausgabenseite: Dämpfung der Ausgabendynamik, Abbau von Über-/Fehlversorgung, Effizienzsteigerung (auch durch Digitalisierung, Wettbewerb, Prävention)
- Einnahmenseite: Stärkung Beitragsbasis, Beitragsgerechtigkeit, Anpassung Mitgliedschaftsrecht
- Systemebene: Organisationsstrukturen der GKV, Wettbewerb zwischen Kassen und mit PKV, Risikostrukturausgleich
- Bewertung: Verteilungsgerechtigkeit, rechtliche Machbarkeit, Bürokratiekosten
- Ziel: mittel- bis langfristig tragfähige Finanzierung, hohe Versorgungsqualität sichern

Unstrukturierter Zugang und unkoordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

DKG zur Lage der Notfallversorgung

Ambulante Notfallversorgung muss dringend neu geordnet werden

20. Januar 2023

Die Menschen in Deutschland suchen in überwiegender Zahl Hilfe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Gleichzeitig können die Kliniken ihre Notfallversorgung nicht annähernd kostendeckend betreiben. Das sind Ergebnisse einer Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Demnach werden sämtliche Notaufnahmen in Deutschland defizitär betrieben, kein Krankenhaus erreicht mit seiner Notfallversorgung auch nur ein ausgeglichenes Ergebnis. Hinzu kommen **anhaltende Kapazitätsprobleme vor allem aufgrund des Personalmangels**. So mussten 2022 77 Prozent der Krankenhäuser ihre Notfallambulanzen mindestens einmal komplett abmelden.

„Die wirtschaftliche Lage der Notfallambulanzen ist desaströs und trägt zusammen mit einer **fehlenden Patientensteuerung** maßgeblich zur massiven ökonomischen Schieflage vieler Krankenhäuser und damit zur drohenden Insolvenzelle bei. Hier besteht großer Handlungsbedarf. Wir erwarten, dass die Vorschläge der Regierungskommission zur Notfallversorgung genau diese Probleme adressieren“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß.

„[...] Unser Vorschlag sind **integrierte Notfallzentren** in den Kliniken, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Portalpraxen und Notfallambulanzen kooperativ die Notfallversorgung übernehmen. [...]“

THE GENTEEL OUT-PATIENT ABUSE AT THE PUBLIC CHARITIES. To the Editor of THE LANCET.

SIR,—Amongst the many grievances of which the medical profession have to complain, I think the following one not the least, and it appears to me to be generally overlooked; I allude, Sir, to the indiscriminate admission of out-patients to charitable institutions. This is a growing evil, and I am convinced that it operates most injuriously upon our interests, individually, as much as collectively. The late Mr. Callaway, whilst prescribing for the out-patients at Guy's Hospital, used frequently to remark to me the lamentable want of discretion and restriction, and which was, in his opinion, a gross fraud practised upon the governors, as well as the profession. A very eminent physician, who was mainly instrumental in forming an excellent institution, recently left it in disgust, because persons well able to remunerate medical men were allowed to be out-patients, without the slightest inquiry as to their circumstances. I could enlarge much upon this subject, but refrain from further intruding upon your pages, than by mentioning, that at the Ophthalmic Infirmary, in Moorfields, I know that one half the patients can afford to pay the surgeon his fee, and, in many instances, applicants dress shabbily, and even borrow their servants' bonnets and shawls, in order that they may not be detected plundering the surgeon of his guinea. Now, to remedy this abuse, I would suggest that each applicant be compelled to bring a note of recommendation from the clergyman, or a medical man in the district where he lives, and thus, a satisfactory inquiry being necessarily made, as to the character and circumstances of the person petitioning for gratuitous advice, the original design of the governors will be effected, by only the truly deserving receiving assistance.—I am, Sir, your obedient servant,
Spital-square, December, 1849. JOSEPH HODGSON.

* * * Mr. Hodgson is right. The abuse, the existence of which he so justly complains, is one of enormous magnitude, and affects the social status of the profession to a degree greater than can easily be imagined. But it is an evil that has not been overlooked by this journal. Often have we denounced the indiscriminate way in which out-patients in good circumstances have been allowed to participate in the benefit of funds which really belonged to the poor and destitute. By the present practice of receiving and prescribing for, and supplying medicines to, all who apply, the poor are robbed, and the profession is cheated out of thousands annually. We fear that the remedy proposed by Mr. Hodgson would scarcely check, still less strike at the root of, this gigantic evil.—
Ed. L.

„Unter den vielen Missständen, über die sich die Ärzteschaft zu beklagen hat, halte ich den folgenden für nicht den geringsten. [Ich] spiele, Sir, auf die wahllose Aufnahme von ambulanten Patienten in Wohltätigkeitseinrichtungen an. Dies ist ein wachsendes Übel, und ich bin überzeugt, dass es unseren Interessen sowohl individuell als auch kollektiv am meisten schadet. [...] Um diesen Missstand zu beseitigen, möchte ich vorschlagen, dass jeder Antragsteller ein Empfehlungsschreiben des Geistlichen oder eines Arztes des Bezirks, in dem er wohnt, vorlegen muss [...]“

Hodgson J. The Genteel outpatient abuse at the Public Charities. *Lancet* 1849; ii: 705

Primärarztsystem

Akzeptanz vorhanden

Stellen Sie sich einmal vor, Sie benötigen einen Facharzttermin.
Welche der beiden folgenden Möglichkeiten wäre Ihnen lieber?

Die weiterhin freie Wahl des Facharztes
ohne vorherige Konsultation des
Hausarztes, auch wenn es länger dauert,
einen Termin zu bekommen.

29%

Ein schneller Termin bei einem
Facharzt, der nach einem Besuch des
Hausarztes vermittelt wird.

68%

weiß nicht/keine Angaben

4%

Basis: 8.583 Befragte ab 18 Jahren, telefonisch und online (mind. 500 Interviews in jeder der 17 Regionen). Untersuchungszeitraum: 27. März bis 7. April 2025.

Quelle: Eigene Darstellung nach [AOK-Bundesverband \(2025\): PrimärVersorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung.](#)

Primärarztsystem

Perspektiven der Akteure (Auswahl)

Akteur	Position	Konzept	Implikationen
Bundesärztekammer (BÄK)	positiv mit Klarstellungen	Primärärztliche Versorgung als Regelfall befürwortet; fordert verbindliche, aber flexible Steuerung ohne starre Gatekeeping-Struktur	Versicherte sollen sich koordinieren lassen, behalten aber Arztwahlfreiheit; Steuerung erfolgt durch Anreize statt Zwang; mehr Struktur, aber keine verbindliche Steuerungsverpflichtung
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	skeptisch	Vorschlag eines persönlichen Ärzteteams (Hausarzt + max. 3 Fachärzte); digital gestützte Ersteinschätzung; keine kollektive Pflichtbindung	Versicherte können ihren Zugang flexibel mitgestalten; bei Abweichung vom Team ggf. Zuzahlung; System wird individualisiert, aber steuerbar
Deutscher Hausärzt:innenverband	zustimmend im HzV-Kontext	Primärarztsystem nur auf Basis freiwilliger Einschreibung (HzV); keine Pflichtregelung im Kollektivvertrag; Stärkung hausärztlicher Rolle	Versicherte profitieren bei Teilnahme an HzV von Koordination und besseren Zugängen; System bleibt dual (HzV vs. freie Wahl); begrenzte Systemwirkung
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	ambivalent	Steuerung über Haus-/Kinder-/Frauenärzte und Plattform 116117; qualifizierte Überweisung; Eigenbeteiligung bei unkoordiniertem Zugang; keine Strukturvorgaben	Versicherte haben Wahl zwischen Steuerung und Eigenbeteiligung; System bleibt fragmentiert, weil strukturelle Bündelung fehlt; regionale Abweichungen wahrscheinlich
GKV-Spitzenverband	strukturorientiert	Struktureller Umbau: größere Primärpraxen, interprofessionelle Teams, digitale Steuerung (eÜberweisung, eTermin, Datenzugriff)	Versicherte werden über digitale Wege und zentrale Strukturen gesteuert; Arztwahl tritt zugunsten systemischer Effizienz zurück; kleine Praxen geraten unter Anpassungsdruck; Krankenkassen übernehmen aktive Steuerungsrolle

Primärarztsystem

Offene Fragen und Risiken

Empirische und konzeptionelle Leerstellen

- Welche Krankheitsbilder rechtfertigen primär-fachärztliche Versorgung?
- Wie definieren sich „Jahresüberweisung“ oder „strukturierte Ersteinschätzung“ konkret?
- Wer übernimmt Steuerungsverantwortung: G-BA? BMG? Vertragsparteien?

Risiken & unbeabsichtigte Nebenwirkungen

- Hausärztemangel verschärft: 5.000 Sitze unbesetzt, Terminbedarf verdoppelt
- Technisch-administrativer Overhead: neue IT-, Abrechnungs- und Koordinationssysteme
- Fragmentierung statt Koordination: ärzteteamübergreifende Kommunikation bislang nicht systemisch abgebildet
- Fehlende Datengrundlagen: keine belastbare Versorgungsforschung zu Steuerungspfaden, „Patient Journeys“, Motivlagen der Patienten

Quelle: [Paquet, Robert \(2025\): Primärarztsystem: Wissen sie, was sie tun \(sollen\)? Observer Gesundheit](#)

Primärarztsystem

Handlungsbedarfe und Reformoptionen

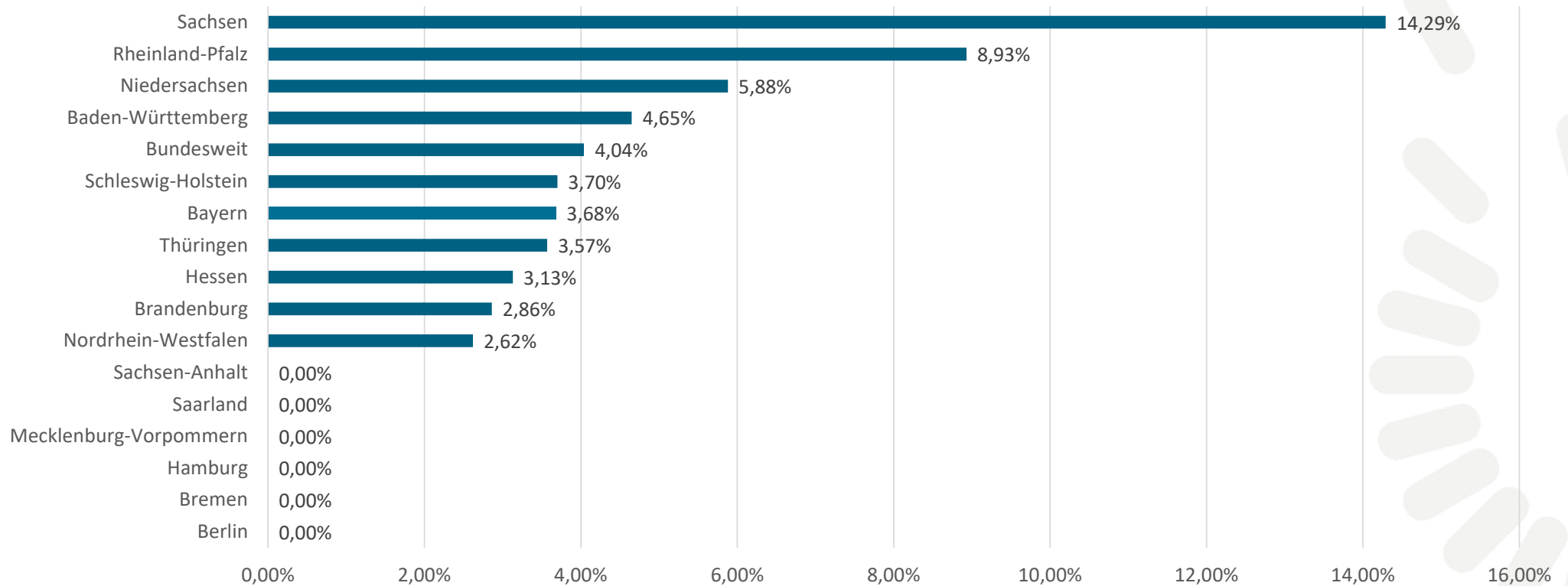
Tabelle 6: Ergebnisübersicht 2020

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert – ** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 1

Schenkelhalsbruch

Anteil Kliniken mit qualitativ auffälligem Ergebnis* (nach Bundesländern, 2023)

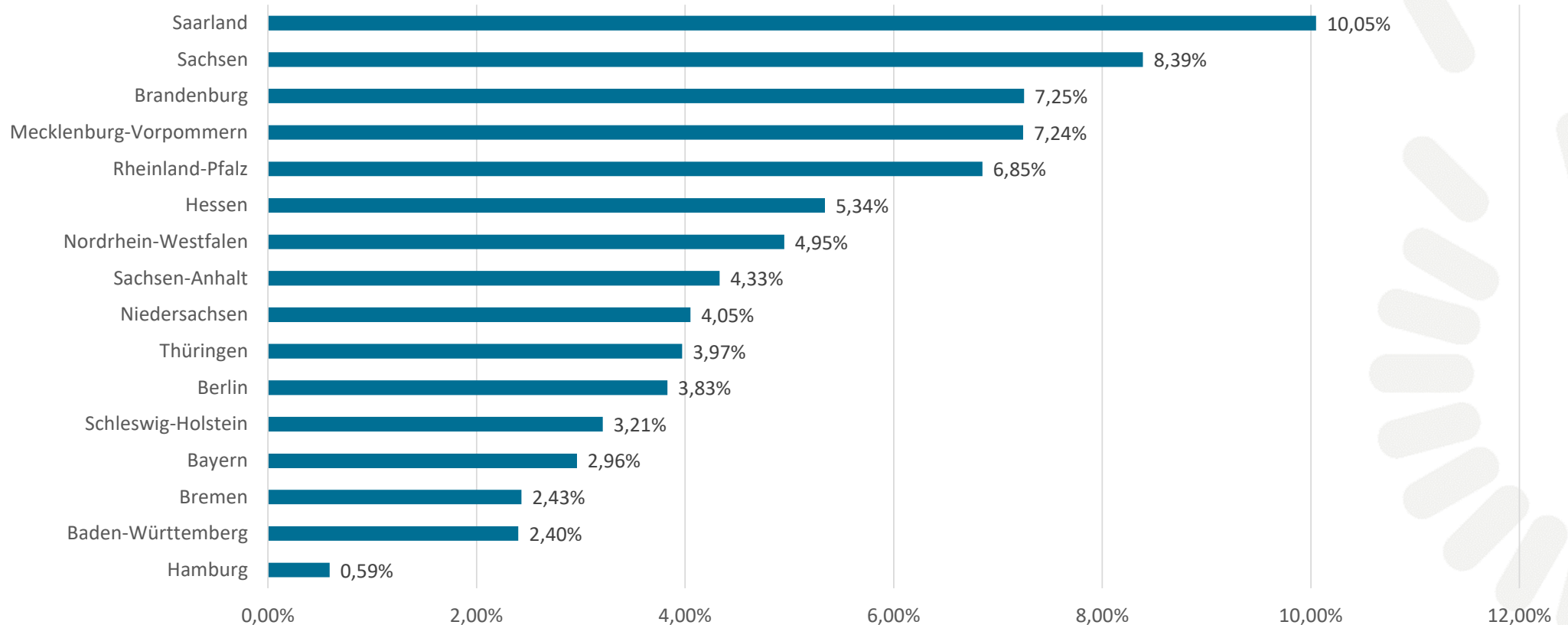


*In der externen stationären Qualitätssicherung gilt eine Klinik als qualitativ auffällig, wenn >15% der Behandlungsfälle länger als 48 Stunden auf die OP zum endoprothetischen Gelenkersatz warten müssen und dies laut Stellungnahmeverfahren auf Qualitätsprobleme zurückzuführen ist.

Quelle: Eigene Darstellung nach WIdO (2025): <http://www.qualitaetsmonitor.de>; Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2023

Herzinfarkte

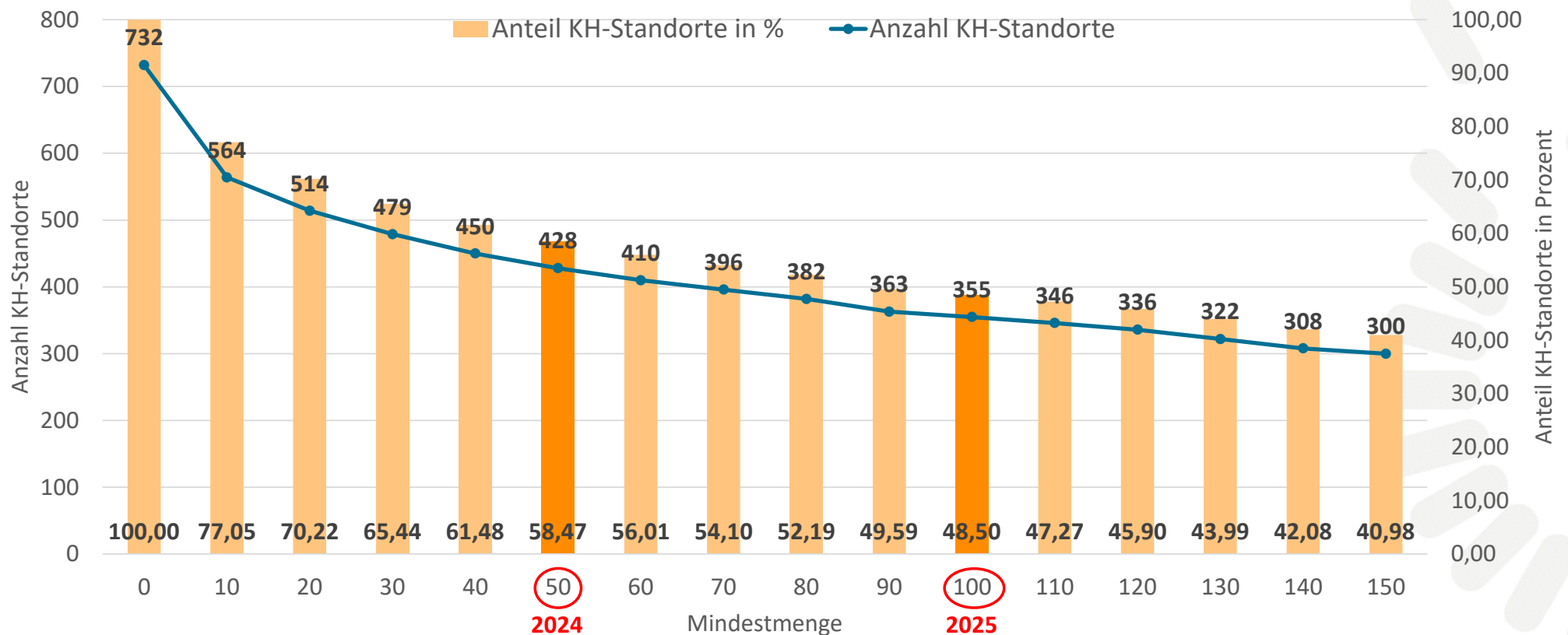
Fälle in Kliniken ohne Herzkatheterlabor* (nach Bundesländern 2023)



* Bei Kliniken ohne HKL-Angabe und weniger als 10 dokumentierten PCI ist nicht vom Vorhandensein dieser wichtigen Behandlungsstrukturen auszugehen.
Quelle: Eigene Darstellung nach WIdO (2025): <http://www.qualitaetsmonitor.de>; Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2023

Mindestmengenregelungen des G-BA

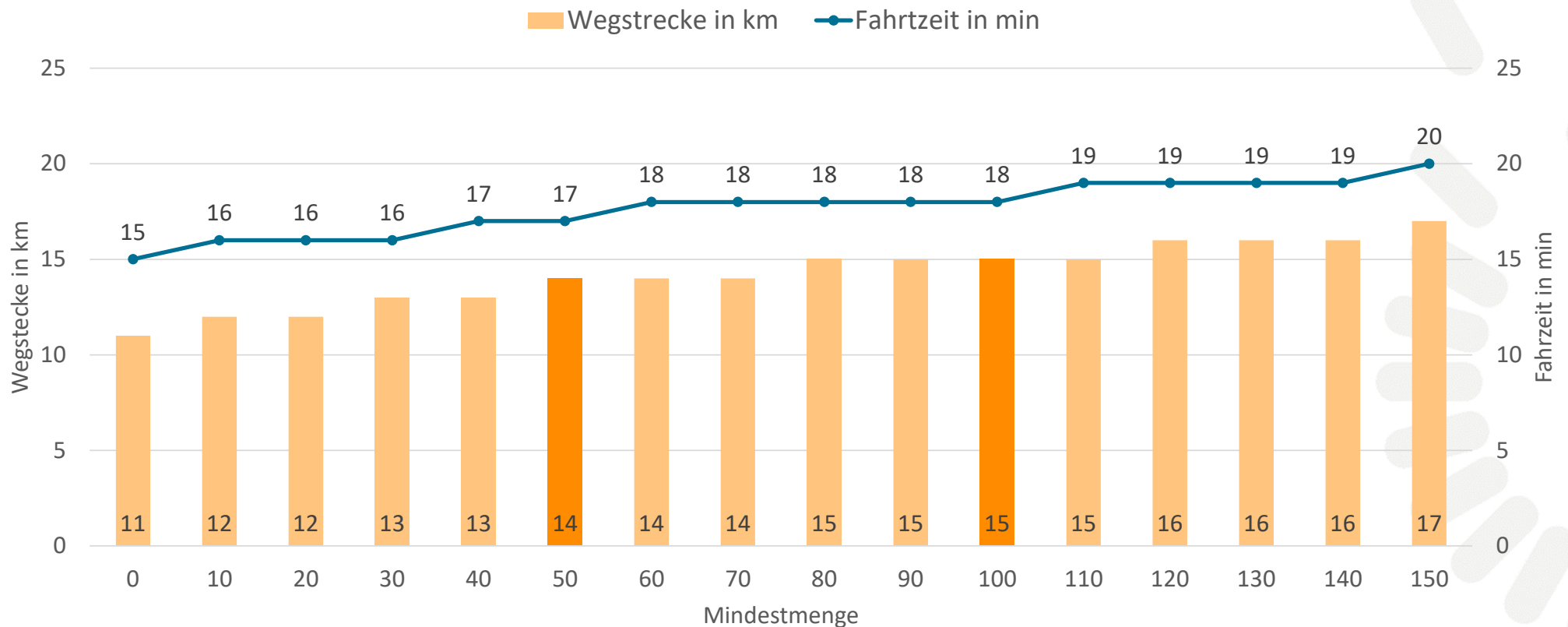
Folgenabschätzungen zu Mm Mamma-Ca-Chirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen. Stand: 01. Oktober 2021. Berlin.

Mindestmengenregelungen des G-BA

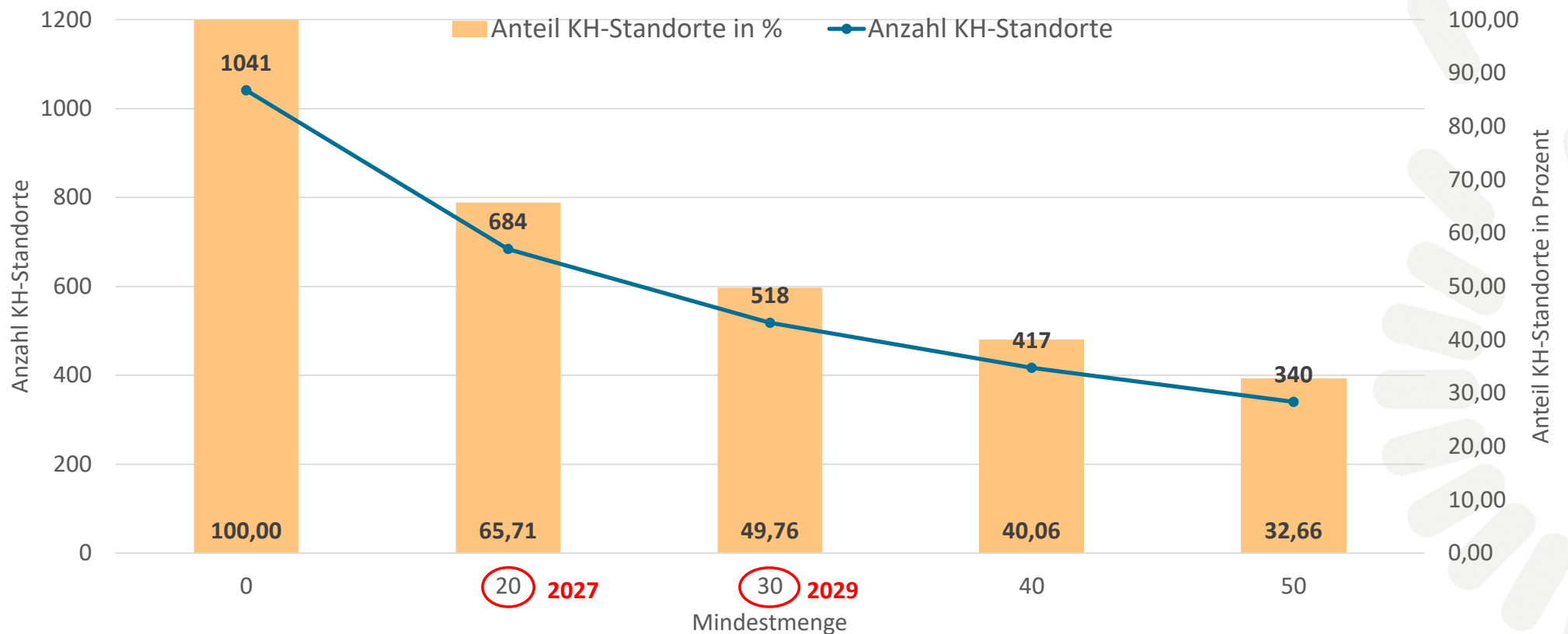
Folgenabschätzungen zu Mm Mamma-Ca-Chirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen
Stand: 01. Oktober 2021. Berlin.

Mindestmengenregelungen des G-BA

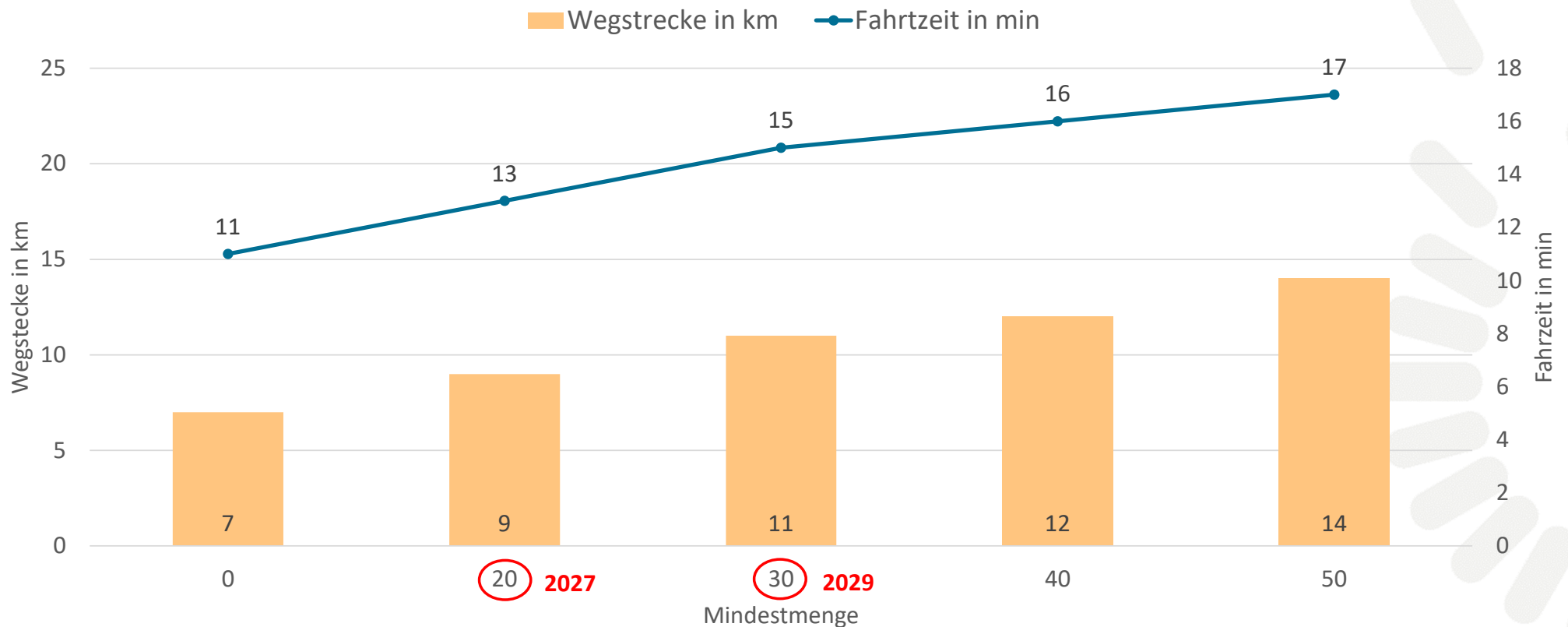
Folgenabschätzungen zu Mm Kolonkarzinomchirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2024): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Kolorektale Chirurgie bei Darmkrebs. Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen. Stand: 10. Juli 2024. Berlin.

Mindestmengenregelungen des G-BA

Folgenabschätzungen zu Mm Kolonkarzinomchirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2024): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Kolorektale Chirurgie bei Darmkrebs. Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen. Stand: 10. Juli 2024. Berlin.

Fazit

„Die große Gesundheitsreform“

„Die Forderung nach einer «großen», die Probleme im Gesundheitswesen mit einem Kraftakt auf einmal anpackenden Reform ist ein sicherer Indikator dafür, dass ihre Wortführer entweder keine Ahnung von den komplexen Strukturen dieses Wirtschaftszweiges und den unvermeidlich mit Kompromissen verbundenen Abläufen der Gesundheitspolitik haben, oder sich auf Oppositionsbänken, in Redaktionen oder im Wissenschaftsbetrieb politischer Verantwortungsfreiheit erfreuen können. Oft fallen aber auch beide Eigenschaften in einer Person zusammen.“

– Harmut Reiners (2011): Mythen der Gesundheitspolitik



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Quellen

- BÄK: „Koordination und Orientierung in der Versorgung“, April 2025
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Konzeptpapier_Koordination_und_Orientierung_in_der_Versorgung_04.2025.pdf
- Boris von Maydell/Björn-Ingemar Janssen: „Mit dem persönlichen Ärzteteam zu einer besseren Versorgung“, in ersatzkasse magazin 2/2025, Seite 23ff. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2025-02/konzept-persoennes-aerzteteam.html>
- Beschlussübersicht der Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes am 09./10. Mai 2025 in Köln,
https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/Beschlussuebersichten/2025_05_12_HAEV_Beschlussuebersicht_FJT_2025.pdf
- KBV: Ambulant passgenau versorgt: Positionen und Vorschläge zur Patientensteuerung in der Notfall-, Akut- und Regelversorgung von 26.05.2025, <https://www.kbv.de/media/sp/kbv-positionen-patientensteuerung.pdf>
- GKV-Spitzenverband: Positionspapier „Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung“, beschlossen vom Verwaltungsrat am 25.06.2025, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20250625_Positionspapier_Primaerversorgung.pdf