Wohin fließt das Geld der Krankenversicherung?

Rechercheprotokoll · Stand Nov 26, 2026 · @Thomas Arends

Kurzfassung

Das Geld der Krankenversicherung fließt fast vollständig in Versorgung, aber das System bezahlt Menge statt Wirkung und hat keinen Regelkreis, der Ausgaben an Einnahmen koppelt. Von jedem Euro, den die gesetzlichen Kassen 2025 ausgaben, flossen rund 32 Cent ins Krankenhaus, 17 Cent in Arzneimittel und 15 Cent in Arztpraxen, knapp 4 Cent in die Verwaltung. Basis: 352,4 Mrd. € Gesamtausgaben der GKV 2025 (BMG, KV45, vorläufig).

- **Drei Blöcke tragen fast zwei Drittel:** Krankenhaus, Arzneimittel und ärztliche Behandlung machen zusammen 63,5 % der GKV-Gesamtausgaben aus.
- **Das Krankenhaus treibt das Wachstum:** +9,6 % in 2025. Es stellt ein Drittel der Leistungen, aber rund 40 % des Zuwachses von 24,6 Mrd. €.
- **Die Schere ist strukturell:** Laut BMG wachsen die Ausgaben seit 2023 im Schnitt um etwa 8,2 % pro Jahr, 2013–2022 waren es etwa 3,5 %. Die Beitragseinnahmen ohne Zusatzbeitrag stiegen 2025 nur um 5,3 %.
- **Die PKV hat eine andere Struktur:** 2024 gingen 47,5 % ihrer Krankenversicherungsleistungen in den ambulanten Bereich, 28,8 % ins Krankenhaus, 15,7 % in Zahnmedizin. Größter Einzelposten ist der Arzt, nicht die Klinik.
- **Der Apotheken-Euro:** Von den GKV-Arzneimittelausgaben über öffentliche Apotheken gingen 2025 rund 69 Cent an Hersteller, 16 Cent als Mehrwertsteuer an den Staat, 12 Cent an Apotheken und 3 Cent an den Großhandel.
- **Verwaltung ist kein großer Hebel:** 13,3 Mrd. € oder 3,8 %. Selbst eine Halbierung brächte rechnerisch nur etwa 0,35 Beitragssatzpunkte.
- **Quellenhygiene:** Amtliche Basis sind BMG (KV45/KJ1) und Destatis. GKV-Spitzenverband, PKV-Verband, DKG, ABDA und WIP sind Interessenvertreter: Ihre Zahlen sind meist korrekt, ihre Auswahl und Rahmung nicht neutral.
- **Der Sprung kommt vom Preis je Fall, nicht von der Alterung:** Die GKV zahlte 2025 für Klinikbehandlung 39 % mehr als 2019, bei 9,4 % weniger Fällen, also rund +53 % je Fall. Die Alterung erklärte früher nur rund ein Sechstel des Ausgabenanstiegs.
- **Zwei Fehlanreize in dieselbe Richtung:** Kassen zahlen je Fall, Länder fördern je Bett. Niemand wird dafür bezahlt, dass ein Mensch gar nicht erst ins Krankenhaus muss.
- **Viel Volumen, durchschnittlicher Ertrag:** 213 Klinikaufnahmen je 1.000 Einwohner, knapp 40 % über EU-Schnitt, Lebenserwartung nur OECD-Schnitt, Rückstand zu Westeuropa von 0,7 auf 1,7 Jahre gewachsen.
- **Wartezeiten sind kein Widerspruch:** Im Krankenhaus ist die Vergütung offen, in den Praxen gedeckelt. Ergebnis: Übermenge in der Klinik, 42 Tage Wartezeit beim Facharzt.
- **Der Staat bestätigt die Länderlücke selbst:** Der Bundesrechnungshof stellt seit 2020 rund 4 Mrd. € Investitionslücke pro Jahr fest, die aus Beiträgen gefüllt wird. Rechtlich folgenlos, weil das Land die Höhe im Haushalt selbst festlegt.

- **Nach dem Lebensfähigkeitsprinzip nicht lebensfähig:** Die Reserve reicht etwa eine Woche, die Reaktionszeit liegt bei sechs bis zehn Jahren.
- **Größter Hebel:** Klinikvergütung jetzt fallunabhängig machen und ambulant gleich bezahlen, geschätzt 7 bis 22 Mrd. € pro Jahr (0,4 bis 1,2 Beitragspunkte), Voraussetzung ist echte Patientensteuerung.

Evidenzstufen im Dokument: **[A]** amtliche Statistik, Register, Gesetz, Rechnungshof · **[B]** unabhängige Forschung mit offengelegter Methodik · **[C]** Messreihe eines Verbands, einer Kasse oder eines Analysten mit offener Methodik · **[D]** Umfrage oder Selbstauskunft · **[E]** Aussage im eigenen Interesse des Absenders. Dazu **[eigene Rechnung]** = aus Quellwerten abgeleitet, **[offen]** = nicht belegt, vor Veröffentlichung prüfen. Der Zusatz hinter dem Buchstaben nennt den Absender. Kernaussagen stehen auf A bis C, D und E nur als Indiz.

Gesamtbild: 538 Mrd. € Gesundheitsausgaben 2024

Deutschland gab 2024 laut Destatis 538,2 Mrd. € für Gesundheit aus, 6.444 € je Einwohner und 12,4 % des BIP. Für 2025 schätzt Destatis 579,5 Mrd. € (+7,7 %). **[A amtlich]** (Destatis PM 115/2026)

Ausgabenträger 2024	Mrd. €	Anteil	Veränderung	Evidenz
Gesetzliche Krankenversicherung	300,8	55,9 %	+7,8 %	amtlich
Private Haushalte, Organisationen o. E.	65,0	12,1 %	+5,4 %	amtlich
Soziale Pflegeversicherung	64,7	12,0 %	+11,3 %	amtlich
Private Krankenversicherung	44,8	8,3 %	+9,7 %	amtlich
Übrige (öffentl. Haushalte inkl. Beihilfe, Arbeitgeber, Renten-, Unfallvers.)	62,9	11,7 %	–	eigene Rechnung (Rest)

Nach Einrichtungen flossen 259,4 Mrd. € (48,2 %) in den ambulanten Sektor, also Praxen und Apotheken, und 197,7 Mrd. € (36,7 %) in (teil-)stationäre Einrichtungen. Größte Leistungsart war Pflege mit 135,9 Mrd. € (25,3 %), Arzneimittel lagen bei 85,1 Mrd. €. **[A amtlich]**

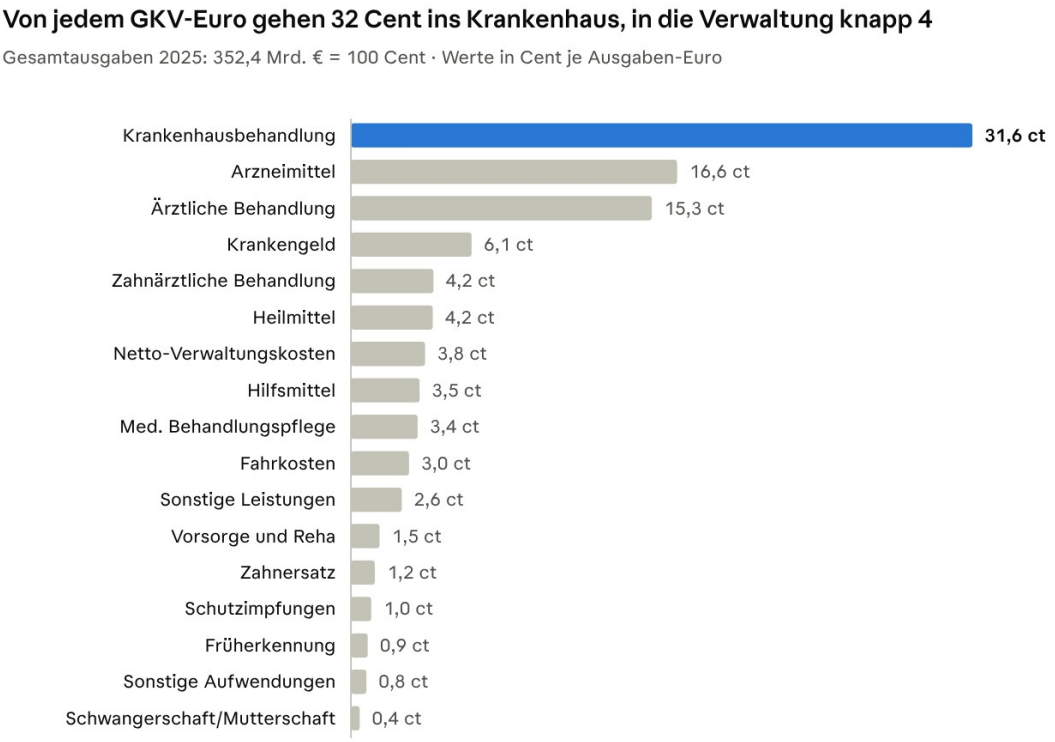
Nach Krankheiten führten 2024 Kreislauferkrankungen (69,4 Mrd. €, 13,1 %) und psychische Störungen (68,7 Mrd. €, 13,0 %). Menschen ab 65 verursachten 53,8 % der Krankheitskosten. **[A amtlich]** (Destatis PM 359/2026)

Abgrenzungsfalle: Destatis weist für die GKV 2024 300,8 Mrd. € aus, das BMG 326,8 Mrd. € Gesamtausgaben. Die Differenz von rund 26 Mrd. € liegt wohl vor allem am Krankengeld (2024: 20,5 Mrd. €), das als Einkommensleistung nicht zu den Gesundheitsausgaben zählt. **[offen]** In der Destatis-Methodik prüfen, bevor GKV-Zahlen beider Quellen im Artikel nebeneinanderstehen.

Wer finanziert am Ende? Rechnet man Sozialversicherungsbeiträge den Zahlern zu, trugen private Haushalte 2024 rund 286,8 Mrd. € oder 54,3 % der laufenden Gesundheitsausgaben. **[A amtlich]**

GKV 2025: Wohin der Ausgaben-Euro geht

Die GKV gab 2025 insgesamt 352,4 Mrd. € aus, davon 336,4 Mrd. € für Leistungen (95,4 %). Rund 4.730 € je Versicherten. **[A amtlich; Kopfwert eigene Rechnung]**



BMG, Anlage Finanzentwicklung der GKV 1.–4. Quartal 2025 (KV45, vorläufig) · 352,4 Mrd. € Gesamtausgaben

Krankenhaus, Arzneimittel und Arztpraxen zusammen: 63,5 Cent. Krankengeld ist mit gut 6 Cent der viertgrößte Block – eine Lohnersatzleistung, keine Behandlung. Verwaltung (3,8 Cent) liegt auf Höhe der Heilmittel.

Woher das Geld kommt (Gesundheitsfonds 2025):

Einnahme	Mrd. €	Anteil	Veränderung
Beiträge ohne Zusatzbeitrag	280,5	80,1 %	+5,3 %
Zusatzbeiträge	54,1	15,4 %	+77,4 %
Bundeszuschüsse	15,9	4,5 %	+9,6 %
Summe Fondseinnahmen	**350,3**	**100 %**	+12,1 %

Quelle: BMG KV45 2025 **[A amtlich]**; Anteile **[eigene Rechnung]**. Der Fonds verteilte 350,7 Mrd. € an die Kassen und schloss mit −0,6 Mrd. €. Die Kassen erhalten Zuweisungen nach Risikostruktur (Alter, Geschlecht, Krankheiten), nicht nach eigenen Beitragseinnahmen.

Lesehinweis: Die Bezeichnungen folgen der amtlichen Statistik. „Ärztliche Behandlung“ ist ambulant; ärztliche Leistungen im Krankenhaus stecken in der Krankenhausbehandlung.

GKV: Wachstum, Kostentreiber, Finanzlage

Die Leistungsausgaben stiegen 2025 um 24,6 Mrd. € (+7,9 %), die Verwaltungskosten um 602 Mio. €. Die Kassen schlossen mit +3,5 Mrd. € ab, der Gesundheitsfonds mit −0,6 Mrd. €. Möglich war das nur, weil die Zusatzbeiträge um 77,4 % auf 54,1 Mrd. € stiegen. **[A amtlich]** (BMG, Finanzentwicklung 1.–4. Quartal 2025)

Wer den Zuwachs 2025 verursacht	Zuwachs Mrd. €	Wachstum	Anteil am Gesamtzuwachs
Krankenhausbehandlung	+9,75	+9,6 %	39,6 %
Ärztliche Behandlung	+3,82	+7,6 %	15,5 %
Arzneimittel	+3,24	+5,9 %	13,2 %
Heilmittel	+1,38	+10,4 %	5,6 %
Medizinische Behandlungspflege	+1,34	+12,6 %	5,4 %
Alle übrigen Leistungsbereiche	+5,11	–	20,7 %

Quelle: BMG, Anlage KV45 1.–4. Quartal 2025; Anteile **[eigene Rechnung]**. Wachstum hier absolut, das BMG nennt teils Raten je Versicherten.

Strukturbruch statt Ausreißer: Das BMG beziffert das Ausgabenwachstum seit 2023 auf durchschnittlich etwa 8,2 % pro Jahr, 2013–2022 auf etwa 3,5 %. Es liegt damit dauerhaft über der Lohnentwicklung, aus der die Beiträge kommen. **[A amtlich]**

Aktuell, 1. Halbjahr 2026: Leistungsausgaben +7,4 %, Krankenhaus +9,3 % (+5,1 Mrd. €; bereinigt um befristete Zuschläge etwa +6,3 %), Arzneimittel +5,1 %, Ärzte +6,0 %, Heilmittel +9,9 %, Behandlungspflege +10,5 %, Verwaltung +0,6 %. Die Kassen erhoben im Schnitt 3,13 % Zusatzbeitrag statt der amtlichen 2,9 %, um Reserven aufzufüllen. Die Reserve lag bei 7,5 Mrd. €, etwa 0,2 Monatsausgaben. **[A amtlich]** (BMG, 1. Halbjahr 2026)

Ausblick 2027: Der Schätzerkreis erwartete am 14.10.2026 rechnerisch unverändert 2,9 % Zusatzbeitrag. Er rechnet mit rund 378 Mrd. € Kassenausgaben und 320,7 Mrd. € Fondseinnahmen ohne Zusatzbeiträge. **[A amtlich, über Fachpresse]** (AOK-Bericht, PZ)

Die Stabilität beruht auf dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 10.07.2026, Einsparziel fast 19 Mrd. € allein 2027. Kernpunkte **[A amtlich]**:

- Krankenhaus: Ausgabenobergrenze 2027–2029 = Grundlohnrate minus 1 Prozentpunkt.
- Pharma: statischer Herstellerabschlag 15,5 %.
- Versicherte: Zuzahlungsbeträge und -grenzen +50 %; ab 2028 Beitragszuschlag 2,5 % für mitversicherte Ehepartner (Ausnahme: Eltern mit Kindern bis 12).

- Psychotherapie: extrabudgetäre Vergütung (2025: 3,9 Mrd. €) wird überwiegend wieder budgetiert.
- Bund: mehr Geld für Grundsicherungsempfänger, zugleich gekürzter Bundeszuschuss (siehe Abschnitt Verwaltung und versicherungsfremde Leistungen).

PKV: Leistungen, Rückstellungen, Kostenstruktur

Die PKV zahlte 2025 in der Krankenversicherung 39,1 Mrd. € Leistungen aus (+7,0 %), bei 48,6 Mrd. € Beiträgen. Dazu kamen 3,0 Mrd. € Pflegeleistungen. 8,79 Mio. Menschen waren vollversichert, die Alterungsrückstellungen stiegen auf rund 357 Mrd. €. **[C Verband]** (PKV-Verband, 10.06.2026) Die vorläufigen Februar-Zahlen (39,0 Mrd. €; 355,4 Mrd. €) wurden im Juni leicht korrigiert – im Artikel die Juni-Werte nutzen.

Die Aufteilung nach Bereichen liegt erst für 2024 vor (KV-Leistungen 36,5 Mrd. €):

PKV-Leistungsbereich 2024	Mrd. €	Anteil	Größte Unterposten
Ambulant	17,3	47,5 %	Arzt 8,7 · Arznei 5,0 · Heilmittel 1,5 · Hilfsmittel 1,3 · Heilpraktiker 0,4
Stationär	10,5	28,8 %	Allg. Krankenhausleistungen 7,1 · Chefarzt 2,2 · Ein-/Zweibettzimmer 0,8
Zahn	5,7	15,7 %	Zahnersatz 3,3 · Zahnbehandlung 2,1 · Kieferorthopädie 0,4
Rest (Tagegelder u. a.)	2,9	8,0 %	Zuordnung im Bericht unklar

Quelle: PKV-Zahlenbericht 2024, S. 10–11 **[C Verband]**; Euro-Unterposten aus Prozentanteilen **[eigene Rechnung]**. Rest **[offen]**: im PKV-Zahlenportal prüfen.

Befund: In der PKV ist der Arzt der größte Einzelposten, in der GKV das Krankenhaus. Gut 29 % der stationären PKV-Leistungen sind Wahlleistungen wie Chefarzt und Einzelzimmer. **[eigene Rechnung]**

Wohin der PKV-Beitrag geht:

- Rund 28,5 % der Beitragseinnahmen flossen 2024 in die Alterungsrückstellungen. **[C Verband]** Die Jahreszuordnung ist im Bericht aus dem Layout abgeleitet, also prüfen.
- Verwaltungskostenquote 2,22 %, Abschlusskostenquote 6,69 % der Bruttobeiträge (Branche 2024). Vertrieb kostet die PKV also gut dreimal so viel wie die Verwaltung. **[C Analyst, aus Geschäftsberichten]** (MAP-Report 940, Versicherungsbote)
- Mehrumsatz: Privatversicherte zahlten 2024 für gleiche Leistungen 15,52 Mrd. € mehr als nach GKV-Preisen, davon 8,76 Mrd. € ambulant-ärztlich (GOÄ statt EBM). **[E Verband, WIP = PKV-eigenes Institut]** (PKV PM 03.03.2026)

Warum PKV- und GKV-Kopfzahlen nicht vergleichbar sind:

- Die PKV-Leistungen enthalten auch Zusatzversicherungen von GKV-Versicherten (32,2 Mio. Verträge 2025).
- 53 % der Vollversicherten haben Beihilfe. Der Dienstherr trägt beim Bund in der Regel 50 % (aktive Beamte) bis 70–80 % (Versorgungsempfänger, Kinder) direkt. Dieses Geld erscheint nicht in den PKV-Leistungen. **[A amtlich, Rechtslage Bund; Länder abweichend]**
- Selbstbehalte und Rechnungen, die Versicherte nicht einreichen, fehlen ebenfalls.
- Destatis weist für die PKV 2024 44,8 Mrd. € aus, der Verband 39,4 Mrd. € Leistungen. Die Differenz dürfte v. a. Verwaltungskosten sein. **[offen]**

Zweite Ebene: Wohin der Euro innerhalb der Blöcke geht

In allen drei großen Blöcken landet der größte Teil bei Personal bzw. Herstellern; Handel und Verwaltung sind klein. Die Detaildaten sind aber älter oder kommen von Verbänden.

Der Krankenhaus-Euro

- Kosten der Krankenhäuser 2022: rund 132 Mrd. €. Personal 80 Mrd. € (61 %), davon 65 % ärztlicher Dienst und Pflege. Sachkosten rund 50 Mrd. €, knapp die Hälfte medizinischer Bedarf, v. a. Arzneimittel. **[A amtlich, Destatis über KBV]**
- Daraus: rund 40 Cent je Krankenhaus-Euro gehen an Ärzte und Pflege, rund 20 Cent an Verwaltung, Technik und sonstiges Personal. **[eigene Rechnung]**
- Kostendynamik laut Klinikverband: 77.000 Pflegevollkräfte mehr als 2018 (+23 %), Pflegetarife seit 2020 +17 %, 66 % der Kliniken 2024 im Defizit. **[E Verband, DKG]** (Faktenpapier Jan. 2026)
- Pflegebudget: 19,4 Mrd. € (2020) auf knapp 28,2 Mrd. € (2025), Erstattung nach Selbstkosten. Geklärt im Abschnitt Krankenhaus. **[C WIdO] [offen]** Bundesweiter Kostennachweis 2024 (Destatis GENESIS 23121) für Personal- und Sachkosten.
- Investitionskosten tragen laut Gesetz die Länder. Tatsächlich flossen 2024 rund 4,24 Mrd. € bei mindestens 6,5 Mrd. € Bedarf. Geklärt im Abschnitt Länder.

Der Apotheken-Euro (GKV 2025, vorläufig)

Empfänger	Mrd. €	Anteil
Pharmazeutische Industrie und Vorleistungen	35,09	69,4 %
Mehrwertsteuer (Staat)	8,07	16,0 %
Apotheken	6,01	11,9 %
Pharmazeutischer Großhandel	1,36	2,7 %
Summe öffentliche Apotheken	**50,53**	**100 %**

Quelle: ABDA, Zahlen Daten Fakten 2026, nach BMG **[C Verband]**. Die 50,5 Mrd. € sind nur der Apothekenteil der 58,5 Mrd. € BMG-Arzneimittelausgaben; der Rest betrifft u. a. Versandhandel aus dem Ausland. Wie Rabattvertragserlöse verbucht sind, ist **[offen]**.

- Der Staat erhält über die Mehrwertsteuer mehr aus den GKV-Arzneimittelausgaben als alle Apotheken zusammen. **[eigene Rechnung]**
- Patentgeschützte Arzneimittel verursachten 2024 54 % der Kosten bei nur 7 % der verordneten Tagesdosen. **[C Kassennahes Institut, WIdO/AOK]** (Arzneimittel-Kompass 2025)

Der Praxis-Euro

Eine Arztpraxis nahm 2024 im Mittel 854.000 € ein, hatte 516.000 € Aufwendungen und 338.000 € Reinertrag. Im Median waren es 502.000 € Einnahmen und 232.000 € Reinertrag. **[A amtlich, Destatis über AOK]**

- Damit bleiben rund 40 % der Praxiseinnahmen als Reinertrag. **[eigene Rechnung]** Achtung: Reinertrag ist nicht das Arzteinkommen. Altersvorsorge, Krankenversicherung, Steuern und oft mehrere Inhaber gehen noch ab.
- 2023 kamen nur noch 67 % der Praxiseinnahmen aus Kassenabrechnung, 28 % aus Privatabrechnung. **[A amtlich, Destatis über zm]** Privatversicherte sind also für die Praxen überproportional wichtig, siehe PKV-Mehrumsatz.

Verwaltung und versicherungsfremde Leistungen: Fakten statt Mythen

Weder die Kassenverwaltung noch die Bürgergeld-Unterdeckung erklärt die Ausgabendynamik. Beide sind real, aber im Vergleich zum jährlichen Zuwachs klein.

Verwaltungskosten

- GKV 2025: 13,29 Mrd. € Netto-Verwaltungskosten, 3,8 % der Gesamtausgaben. **[A amtlich]** Je Versicherten rund 178 €. **[eigene Rechnung, 74,5 Mio. Versicherte]**
- Halbierung der Verwaltung: rund 6,6 Mrd. €. Ein Beitragssatzpunkt brachte 2025 etwa 18,9 Mrd. €. Ersparnis also etwa 0,35 Punkte, einmalig. **[eigene Rechnung]** (BMG Kennzahlen 2025)
- Zum Vergleich: Der Leistungszuwachs allein 2025 betrug 24,6 Mrd. €. **[A amtlich]**
- PKV: 2,22 % Verwaltung plus 6,69 % Abschluss, zusammen rund 8,9 % der Beiträge. **[C Analyst]**
- Der GKV-Spitzenverband rechnet für die PKV 553,9 € Verwaltungs- und Abschlusskosten je Vollversicherten (2024). **[E Verband über Wettbewerber]** (GKV-SV) Das überzeichnet: Die Kosten der 32 Mio. Zusatzversicherungen werden dabei den 8,7 Mio. Vollversicherten zugeschlagen. Fairer ist der Vergleich als Quote.

Versicherungsfremde Leistungen und Bürgergeld

- Der Begriff ist gesetzlich nicht definiert. Der Bund zahlt nach § 221 SGB V eine Pauschale, regulär 14,5 Mrd. €. **[A amtlich]**
- Bürgergeldempfänger 2022: Ausgaben 15,1 Mrd. €, Beiträge 5,9 Mrd. €, Lücke 9,2 Mrd. €, Deckungsquote 39 %. **[E Gutachten IGES im Auftrag GKV-SV]** (GKV-SV)
- Für 2027 beziffert die Finanzkommission Gesundheit die Lücke auf rund 12 Mrd. €. **[E Verband, zitiert Kommission; Originalbericht prüfen]** (GKV-SV Hintergrund 10.06.2026)

- Gesetz vom Juli 2026: Bund zahlt für Grundsicherungsempfänger zusätzlich 1,0 Mrd. € (2027) bis 2,75 Mrd. € (ab 2031). Zugleich sinkt der Bundeszuschuss um 1,35 Mrd. € (2027) bzw. 1,55 Mrd. € (ab 2028). **[A amtlich]**
- **Netto erhält die GKV 2027 damit rund 0,35 Mrd. € und 2028 rund 0,30 Mrd. € weniger vom Bund als vorher.** Erst ab 2029 kehrt sich das um. **[eigene Rechnung]** Gegen die Unterdeckung klagen inzwischen zahlreiche Kassen.

Konzentration der Ausgaben

- Das teuerste 1 % der Versicherten verursacht rund 20 % der GKV-Ausgaben (BARMER-Daten 2024). **[C Kassendaten]** (bifg 2026)
- Menschen ab 65 verursachen 53,8 % der Krankheitskosten; über 85-Jährige im Schnitt 30.150 € pro Kopf. **[A amtlich]**

Kosten im Alter: hohes Niveau, aber nicht der Motor

Menschen ab 65 verursachen mehr als die Hälfte der Krankheitskosten. Der Kostensprung seit 2019 kommt aber überwiegend nicht aus der Alterung, sondern aus dem Preis je Behandlung. Je Altersgruppe gerechnet sinken wichtige Krankheitslasten.

Wohin das Geld der Älteren fließt

Altersgruppe	Krankheitskosten je Kopf 2024
30 bis unter 45	3.130 €
45 bis unter 65	5.590 €
65 bis unter 85	12.300 €
85 und älter	30.150 €

Ab 65 zusammen 284,3 Mrd. € oder 53,8 % der Krankheitskosten, im Schnitt 15.080 € je Kopf. **[A amtlich]** (Destatis PM 359/2026, AOK zur PM)

- **Bei den Hochbetagten ist die Pflege der größte Block, nicht das Krankenhaus.** Pflege ist insgesamt die größte Leistungsart (135,9 Mrd. €, 25,3 %, siehe Gesamtbild), und Pflegebedürftigkeit steigt steil mit dem Alter. **[A amtlich]**
- **Bei typischen Alterskrankheiten verschiebt sich das Geld:** Bei Demenz entfallen 96 % der Krankheitskosten auf über 65-Jährige, bei Herzinsuffizienz 92 %. Von 2015 bis 2023 sanken in den meisten Indikationen die Anteile von Arzneimitteln und Krankenhaus, die Anteile von Pflege, Praxen und privaten Haushalten stiegen. **[C Pharmaverband vfa, auf Basis Destatis]** (vfa, Chronische Erkrankungen)
- **[offen]** Die genaue Aufteilung nach Alter und Einrichtung steht nur in Destatis GENESIS, Tabelle 23631.

Werden die Krankheiten mehr?

Absolut ja, weil die Bevölkerung altert. Je Altersgruppe gerechnet oft nein.

- **Krebs:** Die altersstandardisierte Sterberate sank in 25 Jahren bei Frauen um 21 %, bei Männern um 31 %. Die Neuerkrankungsrate war 2023 leicht rückläufig (Männer 418, Frauen 347 je 100.000). **[A RKI/Zentrum für Krebsregisterdaten]** (Ärzteblatt, 16.12.2025)
- **Koronare Herzkrankheit:** Klinikaufnahmen altersstandardisiert von mehr als 1.200 (2000) über 709 (2018) auf 574 je 100.000 (2023), also gut halbiert. Die Sterberate erreichte 2023 mit 125 je 100.000 den tiefsten Stand seit 2000. Der Rückgang flacht seit den 2010er-Jahren ab. **[C Herzbericht, Herzstiftung mit Fachgesellschaften, auf amtlichen Daten]** (Ärzteblatt, PZ)
- **Gesunde Jahre:** Kompression der Krankheitsphase eher bei Männern, Stagnation oder Ausdehnung eher bei Frauen. **[B Deutscher Alterssurvey, Bundesgesundheitsblatt 2024]** (PMC11093863)
- **Ein Teil sind Diagnosen auf dem Papier.** Seit 2009 bekommen Kassen mehr Geld für kränkere Versicherte (Morbi-RSA). Das Bundesamt für Soziale Sicherung strich zuletzt für 16 Krankheitsgruppen wegen auffälliger Mengenentwicklung Zuweisungen. Steigende Diagnosezahlen sind deshalb kein sauberer Beleg für mehr Krankheit. **[A Bundesamt, über Fachpresse]** (Tagesspiegel Background)

Was die Demografie erklärt

- **Rund ein Sechstel.** Von 2004 bis 2015 stiegen die GKV-Ausgaben je Versicherten um 54,2 %. Bei konstanter Altersstruktur wären es 44,9 % gewesen. Anteil der Alterung: 17,3 %, Inflation: 32,2 %, sonstige Faktoren: 50,5 %. **[B MHH mit AOK Niedersachsen, begutachtet]** (PubMed 29487976, Ärzte Zeitung) **[offen]** Für 2019 bis 2025 neu rechnen.
- **Das Sterben ist nicht der Kostentreiber.** Auf das letzte Lebensjahr entfallen in neun Ländern 8,5 bis 11,2 % der Gesundheitsausgaben, auf die letzten drei Jahre 16,7 bis 24,5 % (Daten 2009–2011). **[B Health Affairs 2017]** (Uni Duisburg-Essen, Ärzte Zeitung) Bezahlt wird vor allem die Dauerbehandlung chronisch Kranker.

Wirkung: hoher Einsatz, durchschnittlicher Ertrag

- **Einsatz:** Deutschland gibt je Kopf 9.365 US-Dollar (Kaufkraft) für Gesundheit aus, deutlich mehr als der OECD-Schnitt. Die Lebenserwartung liegt mit 81,1 Jahren genau im OECD-Schnitt. **[A OECD 2025]** (OECD Länderblatt Deutschland)
- **Wachsender Rückstand:** Gegenüber Westeuropa lag Deutschland 2000 um 0,7 Jahre zurück, 2022 um 1,7 Jahre. Hauptursache ist höhere Herz-Kreislauf-Sterblichkeit im Rentenalter. **[B BiB und Max-Planck-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2024]** (Ärzteblatt, 22.05.2024)
- **Volumen:** 7,7 Klinikbetten je 1.000 Einwohner, 60 % mehr als im EU-Schnitt. 213 Klinikaufnahmen je 1.000 Einwohner (2022), knapp 40 % über dem EU-Schnitt. **[A OECD/EU-Länderprofil, über vdek]** (vdek-Magazin 4/2024)
- **Herzinfarkt:** 30-Tage-Sterblichkeit nach Klinikaufnahme 7,9 %, OECD-Schnitt 6,5 %. **[A OECD]** Vorbehalt: Deutschland meldet nur die Sterblichkeit im aufnehmenden Haus. Eine Studie hält den Indikator deshalb für nicht vergleichbar. **[B Fachstudie 2024]** (PMC11579078) Im Artikel nur mit diesem Vorbehalt verwenden.

- **Arzneimittel bei Älteren:** 2021 erhielten 49,5 % der 16,4 Mio. älteren GKV-Versicherten mindestens ein für ihr Alter potenziell ungeeignetes Medikament, 2022 waren es 50,3 %. Im Mittel nahmen Ältere 2021 4,4 Wirkstoffe täglich, 2012 waren es 3,9. **[C WIdO, AOK]** (Ärzte Zeitung, Ärzteblatt 2023)

Folgerung: „Die Alten sind teuer" stimmt beim Niveau, nicht bei der Dynamik. Der Sprung entsteht bei den Kosten je Krankenhausfall und bei hochpreisigen Arzneimitteln, während die Vorbeugung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen schwach bleibt.

Krankenhaus: zwei Fehlerbilder, zwei Zeiträume

Bis 2019 stieg die Menge, seit 2020 steigt der Preis je Fall. 2025 gab die GKV für Krankenhausbehandlung 111,4 Mrd. € aus, 2019 waren es 80,3 Mrd. €. Das sind +39 % bei 9,4 % weniger Fällen, also rund +53 % je Fall, nominal.

Größe	2019	2025	Veränderung	Evidenz
GKV-Ausgaben Krankenhaus	80,3 Mrd. €	111,4 Mrd. €	+38,7 %	A (Bundestag Drs. 20/2219; BMG KV45 2025)
Stationäre Fälle	19,4 Mio.	17,7 Mio.	−9,4 %	A (Destatis PM 376/2026)
Ausgaben je Fall	–	–	rund +53 %	eigene Rechnung
Grundpreis je Fall (Bundesbasisfallwert)	3.544,97 €	4.394,22 €	+24,0 %	A (vdek-Tabelle, GKV-SV 2026)

Hinweis: 2019 ist ein endgültiger Jahreswert (KJ1), 2025 ein vorläufiger Quartalswert (KV45). Die Differenz ist klein, im Artikel trotzdem nennen. 2026 liegt der Grundpreis bei 4.570,64 €, +28,9 % gegenüber 2019. **[eigene Rechnung]**

Fehlerbild 1 bis 2019: Fallpauschalen belohnen Menge

- **Auslöser 2004:** Seitdem rechnen Kliniken über Fallpauschalen ab statt über Tagessätze. Verglichen mit OECD-Ländern, die sie später oder gar nicht einführten, stiegen die Fallzahlen in Deutschland um gut 20 % über zehn Jahre, rund 2 % pro Jahr. Die Verweildauer sank nicht stärker als anderswo. **[B Messerle/Schreyögg, Eur J Health Econ 2023]** (Springer, Ärzteblatt)
- **Deutschland ist ein Extremfall:** Über 90 % des Klinikbudgets kommen aus Fallpauschalen, so viel wie in keinem anderen OECD-Land. **[B, über Ärzteblatt]** (Ärzteblatt-Archiv 227891)
- **Sichtbar bei planbaren Eingriffen:** Wirbelsäuleneingriffe stiegen von rund 97.000 (2005) auf 229.000 (2011), +136 %. Bei der Hüfte lag Deutschland 2010 mit 295 Eingriffen je 100.000 Einwohner an der Spitze Europas, beim Knie mit 213 ebenfalls vorn. **[A BMG-Antwort, über Fachpresse]** (Ärzteblatt) Gegenbefund: Die Hüftzahlen lagen 2011 etwa auf dem Stand von 2005, der Anstieg war vorübergehend. **[B Analyse im Ärzteblatt]** (Ärzteblatt-Archiv)

- **Akutfälle stiegen kaum:** Das Mengengutachten von 2014 fand beim Herzinfarkt nur geringe Fallzahlsteigerungen. Der Zuwachs lag bei planbaren Leistungen. **[B Gutachten Schreyögg/Busse im Auftrag der Selbstverwaltung]** (Ärzteblatt, 10.07.2014)
- **Regionale Unterschiede:** 2015 wurden je 1.000 Versicherte in Baden-Württemberg 188 vollstationär behandelt, in Nordrhein-Westfalen 241 und in Thüringen 241. **[C BARMER-Daten, über Ärzteblatt]** (Ärzteblatt 2016) **[offen]** Prüfen, ob die Werte altersstandardisiert sind.

Fehlerbild 2 seit 2020: der Preis je Fall

Die Fälle sind gesunken und kommen nicht zurück. Fünf Mechanismen treiben die Kosten je Fall:

1. **Pflegebudget mit Selbstkostendeckung (Gesetz 2018, wirksam ab 2020).** Jede Klinik bekommt ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten erstattet, nur bis zur Tarifhöhe begrenzt. Volumen: 19,4 Mrd. € (2020), 26,1 Mrd. € (2024), knapp 28,2 Mrd. € (2025), also +45 % in fünf Jahren. Die Zuwächse stiegen von rund 6 % auf 8,4 % (2023) und 10,5 % (2024). Allein 2024 stiegen die GKV-Pflegepersonalkosten um 2,4 Mrd. €, das sind 0,13 Beitragspunkte. Inzwischen geht jeder vierte Klinik-Euro ins Pflegebudget. **[C WIdO]** (WIdO-Analyse 02/2026, AOK) Die Bundesregierung nennt für 2020 bei anderer Abgrenzung 15,2 Mrd. €. **[A Bundestag]** (Drs. 21/5870)
2. **Mehr Personal bei weniger Fällen.** 2023 hatten die Kliniken 6,3 % mehr Vollkräfte als 2019, je Fall fast 16 % mehr. **[C Krankenhaus Rating Report, RWI/hcb]** (Ärzteblatt) Die Zahl der Pflegevollkräfte stieg 2019 bis 2024 um mehr als 50.000 auf rund 350.600. **[C WIdO]** (Apotheken Umschau) Wer Personal ohne Obergrenze erstattet bekommt, stellt ein.
3. **Der Grundpreis steigt.** Bundesbasisfallwert +24 % von 2019 bis 2025 (Tabelle oben). Hier steckt die allgemeine Teuerung.
4. **Fixkosten bleiben, Fälle gehen.** Gebäude, Geräte und Bereitschaft kosten gleich viel, ob 19 oder 17 Mio. Fälle. Weil kaum Kapazität abgebaut wird, steigen die Kosten je Fall.
5. **Die Länder zahlen ihre Investitionen nicht.** Kliniken finanzieren sie aus den Fallpauschalen und holen sie über Fallzahlen herein. Details im Abschnitt zu den Ländern.

Was sich schon ändert: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz deckelt das Pflegebudget ab 2027. Zusätzlicher Personalaufbau wird grundsätzlich nicht mehr refinanziert, außer er folgt aus Mindestvorgaben. **[E Pflegeberufsverband DBfK, beschreibt das Gesetz]** (Stellungnahme DBfK) Die bayerische Klinikgesellschaft beziffert die Begrenzung auf 1,1 Mrd. € jährlich, steigend. **[E Klinikverband]** (BKG-Stellungnahme) Die versprochene Verbesserung der Pflege lässt sich laut Ersatzkassen an den Personaluntergrenzen nicht ablesen. **[E Kassenverband vdek]** (vdek 2022)

Vorbehalt: Eine saubere Zerlegung der +53 % je Fall in Grundpreis, Pflegebudget, Personal und Fallschwere gibt es nicht öffentlich. Ein Teil kann echt sein: Wandern leichte Fälle in die Praxen ab, sind die verbleibenden Klinikfälle schwerer. Dafür steht der Prüfvorschlag am Ende.

Einweisungen: über 200 Fälle je 1.000 Einwohner

Deutschland und Österreich hatten 2023 mehr als 200 Klinikentlassungen je 1.000 Einwohner, der OECD-Schnitt lag bei 128, die Niederlande und Italien unter 100. **[A OECD Health at a Glance 2025]** (OECD) Der EU-Schnitt liegt bei rund 150. **[eigene Rechnung aus 213 je 1.000 und „knapp 40 % darüber“]** Die

Hauptursache sind nicht übervorsichtige Patienten oder Ärzte, sondern ein System, das jeden Klinikfall bezahlt, ohne Gegenkraft.

Die Ursachenkette, Glied für Glied

1. **Überkapazität erzeugt Nachfrage.** 7,7 Betten je 1.000 Einwohner, 60 % über dem EU-Schnitt, nur Bulgarien hat mehr (siehe Abschnitt Alter). Aufnahmen sind dort am höchsten, wo die meisten Betten stehen.
2. **Ambulante Steuerung fehlt.** Deutsche gehen 9,6- bis 9,8-mal im Jahr zum Arzt, der OECD-Schnitt liegt je nach Ausgabe bei 6,6 bis 6,8. Es gibt keinen Lotsen. **[A OECD, über Sekundärquellen]** (Ärzteblatt-Ärztestellen) Folge: vermeidbare Klinikfälle. Von 18,6 Mio. Fällen 2012 galten 5,04 Mio. als ambulant-sensitiv und 3,72 Mio. als tatsächlich vermeidbar, Kosten rund 7,2 Mrd. € pro Jahr. Typisch: Herzinsuffizienz, COPD, Bluthochdruck, Diabetes, also die Alterskrankheiten. **[B Sundmacher u. a., Health Policy 2015]** (LMU, Zi-PM 2015) Für 2024 beziffert das AOK-Institut die vermeidbaren ambulant- und pflegesensitiven Fälle auf rund 2 Mio. **[C WIdO]** (AOK-Interview)
3. **Ambulant operieren lohnt sich weniger.** 2018 fanden in Dänemark gut 13 % der Leistenbruch-Operationen stationär statt, in Deutschland fast 100 %. Gallenblasen-Entfernungen: Deutschland 100 % stationär, Dänemark 44,1 %. **[C AOK, OECD-Daten]** (AOK Nordwest) Die ambulante Leistenbruch-Operation brachte nur 25 % der stationären Vergütung. **[B Fachartikel 2023]** (PMC9950173)
4. **Die Kontrolle wurde 2020 per Gesetz geschwächt.** 2017 waren 56 % der geprüften Klinikrechnungen fehlerhaft, die Kliniken zahlten 2,8 Mrd. € zurück. **[E Kassenverbände]** (AOK-BV-Stellungnahme) Geprüft wurden zuvor rund 17 % der Rechnungen. Das MDK-Reformgesetz deckelte das 2020 auf 12,5 % und danach je nach Abrechnungsqualität auf 5 bis 15 %. **[A Gesetz, über Fachpresse]** (Ärzte Zeitung) Ab 2027 wieder strenger: Bei 50 bis 65 % unbeanstandeten Rechnungen dürfen 40 % geprüft werden, darunter unbegrenzt. **[A BMG]** (BMG, 10.07.2026)
5. **Die Notaufnahme filtert durchaus.** Von den gesetzlich Versicherten, die in die Notaufnahme gingen, wurden 40 % stationär aufgenommen, 60 % ambulant behandelt. 28 % meinten, eine Praxis hätte gereicht. 58 % wären nicht gekommen, wenn sie binnen 48 Stunden einen Praxistermin bekommen hätten. **[D Versichertenbefragung im Auftrag des GKV-Spitzenverbands]** (Ärzte Zeitung) Die Kliniken schicken also zurück. Das Problem ist die Menge, die gar nicht erst ankommen müsste.

Wie groß ist das Potenzial?

Die Schätzungen liegen weit auseinander, weil sie Verschiedenes zählen. Das muss im Artikel offen stehen.

Quelle	Bezugsjahr	Ergebnis	Was gezählt wird	Evidenz
BARMER Versorgungskompass	2025	jeder fünfte vollstationäre Fall, knapp 3,5 Mio. (2019: 24 %, 4,5 Mio.)	ambulant behandelbare Fälle	C Kassendaten

Quelle	Bezugsjahr	Ergebnis	Was gezählt wird	Evidenz
WIdO Krankenhaus-Report 2026	2024	8,6 von 15,2 Mio. Fällen, 56 % der Fälle, 42 % der Belegungstage, 39 % der Klinikausgaben	verlagerbar oder vermeidbar, alle Konzepte zusammen	C Kasseninstitut
Sundmacher, Zi	2012	3,72 Mio. Fälle, 7,2 Mrd. €	vermeidbar bei guter ambulanter Versorgung	B Delphi-Studie

Seriös ist: zwischen einem Fünftel und gut der Hälfte der Klinikfälle, je nach Definition. Beide Kasseninstitute haben ein Interesse an weniger Klinikausgaben.

Arzneimittel: der Preis treibt, nicht die Menge

Patentgeschützte Mittel verursachten 2024 54 % der Arzneimittelkosten bei 7 % der verordneten Tagesdosen (siehe Apotheken-Euro). Die Wurzel liegt in der Reihenfolge: Deutschland erstattet zuerst und bewertet danach.

„Ohne Zusatznutzen" heißt nicht „wirkt nicht"

- Die Mittel sind zugelassen, also wirksam. Sie sind nur nicht nachweislich besser als die bisherige Therapie.
- Von 2011 bis etwa 2019 stellte der Gemeinsame Bundesausschuss in rund 57 % der Verfahren einen Zusatznutzen fest, 2023 bis 2025 nur noch in 44 %. **[E Herstellerverband vfa, Aussage gegen das eigene Interesse]** (vfa Spotlight 03.25)
- **Rechtslage geklärt:** Seit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2022 sollen neue Mittel ohne Zusatznutzen einen niedrigeren Erstattungsbetrag haben als eine patentgeschützte Vergleichstherapie. **[A Bundestag Drs. 20/3448]** (Bundestag) Ist kein Zusatznutzen nachweisbar, zahlt die GKV höchstens den Preis der Standardtherapie. **[A, über Ärzteblatt]** (Ärzteblatt)
- Für den Artikel: „Die Hälfte der neuen Mittel wirkt nicht" wäre falsch und angreifbar. Richtig ist: Gut die Hälfte ist nicht nachweislich besser, wird aber in den ersten Monaten zum Wunschpreis bezahlt.

Erstattung ab Zulassung, Preis erst später

- Den Preis legt der Hersteller die ersten sechs Monate selbst fest. Der verhandelte Erstattungsbetrag gilt erst ab dem siebten Monat, bis 2022 ab dem dreizehnten. **[A § 130b SGB V, Bundesverfassungsgericht 2025]** (BVerfG-PM, KBV)
- Deutschland ist deshalb der schnellste Markt Europas: Neue Mittel sind im Schnitt 56 Tage nach der Zulassung verfügbar, in Rumänien nach 1.201 Tagen. **[E Herstellerverband EFPIA]** (Euronews, 20.05.2026)
- **Wie groß ist der Hebel?** Die Verkürzung von zwölf auf sechs Monate sollte rund 150 Mio. € pro Jahr sparen (Schätzung zum Gesetz), eine Kassenstudie rechnete knapp unter 100 Mio. €. **[A Gesetzesbegründung, über AOK; C DAK-AMNOG-Report]** (AOK zum GKV-FinStG, DAK) Die

restlichen sechs Monate sind also ein kleiner Hebel, keine Milliarden. Groß ist der Preisunterschied zwischen patentgeschützten und anderen Mitteln, nicht die Freiphase.

Ungeeignete Medikation bei Älteren: ein Koordinationsproblem

- Jeder zweite GKV-Versicherte ab 65 erhält mindestens ein für sein Alter potenziell ungeeignetes Mittel, 12,3 % aller an Ältere verordneten Tagesdosen (2022). **[C WIdO]** (PZ, 07.09.2023)
- Zwei Drittel der BARMER-Versicherten mit fünf oder mehr Wirkstoffen wurden 2016 von drei oder mehr Ärzten behandelt. Niemand hat den Gesamtüberblick. **[C BARMER-Arzneimittelreport 2018]** (BARMER)
- Die Ursache ist fehlende Koordination, nicht Unwissen. Das ist dasselbe Lotsenproblem wie bei den Einweisungen.
- **[offen]** Was ungeeignete Medikation kostet (Stürze, Klinikaufnahmen), ist für Deutschland nicht belastbar beziffert.

Krankenhausreform: Fallanreiz erkannt, Wirkung verschoben

Die Reform hat den Fallanreiz angefasst, aber verzögert und abgeschwächt. Vor 2030 wirkt praktisch nichts davon.

Jahr	Schritt	Wirkung auf den Fallanreiz	Evidenz
2024	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz: 60 % der Vergütung als Vorhaltepauschale, 40 % weiter je Fall	Plan, den Mengenanreiz zu senken	A (bpb)
März 2026	Anpassungsgesetz (in Kraft 15.04.2026): Einführung um ein Jahr verschoben	2026 und 2027 budgetneutral	A (Bundestag, BMG)
2028–2029	Übergangsphase, Basis sind die Fallzahlen 2023/2024	Anreiz, vorher Fallzahlen zu halten oder zu steigern	C (AOK)
ab 2030	Vorhaltung voll finanzwirksam	erst jetzt spürbar	A

- **Konstruktionsfehler:** Die Vorhaltepauschale wird aus Fallzahlen abgeleitet. Solange sie fallzahlabhängig ist, bleibt sie fehlerhaft, so Sachverständige in der Bundestagsanhörung. **[E Verbände in der Anhörung]** (Bundestag) Die Autoren des Rating Reports erwarten, dass die Fallzahl erst nach Scharfschaltung wieder sinken könnte. **[C RWI/hcb]** (Ärzteblatt)
- **Das Stabilisierungsgesetz vom Juli 2026 ist eine Preisbremse, keine Strukturreform.** Krankenhausausgaben dürfen 2027 bis 2029 höchstens um die Grundlohnrate minus einen Prozentpunkt steigen. Wirkung für die Kliniken laut Ministerium: −5,1 Mrd. € (2027) bis −12,8 Mrd. € (2030). **[A BMG-Erläuterungen, über Table.Media]** (Table.Media) Das bremst den Preis, nicht den Anreiz, Fälle zu erzeugen.
- **Transformationsfonds:** Statt der Beitragszahler zahlt nun der Bund seinen Anteil, 29 Mrd. € von 2026 bis 2035 (3,5 Mrd. € je Jahr bis 2029, danach 2,5 Mrd. €). **[A Bundestag]** (Drs. 21/4528)

Zusätzlich fließen 2026 vier Mrd. € aus dem Sondervermögen Infrastruktur für Sofort-Transformationskosten, also aus Krediten. **[C AOK-Magazin]** (AOK)

Folgerung: Der Gesetzgeber hat den Fehler erkannt. Er hat die Korrektur aber an die Fallzahlen gekoppelt und bis 2030 verschoben, sechs Jahre nach dem Beschluss.

Wartezeiten trotz Überkapazität

Deutschland hat zu viele Strukturen und zu wenig steuerbare Kapazität. Im Krankenhaus ist die Vergütung offen, also wächst die Menge. In den Praxen ist sie gedeckelt, also wird über Wartezeit rationiert. Dazwischen steuert niemand die Patientenwege. Überversorgung und Wartezeiten sind zwei Symptome derselben Fehlsteuerung.

Der Befund

- Gesetzlich Versicherte warteten 2024 im Schnitt 42 Tage auf einen Facharzttermin, 2019 waren es 33 Tage. Sie warten im Schnitt doppelt so lange wie Privatversicherte. Rechnet man Termine am selben Tag mit ein, sind es 36 Tage. **[D Versichertenbefragung, vom BMG berichtet]** (Ärzteblatt, 05.02.2026, ZDF)
- **[offen]** Wartezeiten auf planbare Operationen: In den OECD-Vergleichsdaten fehlen deutsche Werte.

Vier Ursachen

1. **Budget statt Bezahlung je Leistung.** In den Praxen gilt das Gegenteil des Krankenhauses: Was über das Budget hinausgeht, wird nur zum Teil bezahlt. In Baden-Württemberg erbrachten Fachärzte im 3. Quartal 2025 Leistungen für 65,1 Mio. €, die nicht bezahlt wurden. Über dem Budget zahlt die KV je Fachgruppe nur rund 9 bis 21 % des Preises aus. 2024 blieben dort insgesamt 295 Mio. € unvergütet. **[C KV-Abrechnungsdaten, Absender mit Interesse]** (KVBW Hinweise 3/2025, Quoten) Ein Kassenpatient über dem Budget bringt also einen Bruchteil, ein Privatpatient den vollen Satz. Das erklärt die Zwei-Klassen-Wartezeit ohne böse Absicht.
2. **Geld ohne Steuerung hat nicht gewirkt.** Das Terminservicegesetz von 2019 zahlt Zuschläge für vermittelte Termine außerhalb des Budgets. Mehrkosten bis Mitte 2024: rund 2,9 Mrd. €. Die Wartezeit stieg trotzdem um neun Tage. Der Bundesrechnungshof empfiehlt, die Regeln ersatzlos zu streichen. **[A Bundesrechnungshof 2026]** (Ärzteblatt, 05.02.2026) Leistungen außerhalb des Budgets machen inzwischen rund 40 % der ärztlichen Vergütung aus, das Budget selbst blieb mit rund 25 Mrd. € stabil. **[A Bundesrechnungshof 2023]** (Ärzteblatt, BARMER)
3. **Ungesteuerte Nachfrage.** 9,6 bis 9,8 Arztkontakte je Kopf und Jahr belegen Termine, die echte Fälle bräuchten. Die OECD fand 2026: Hausarztsteuerung senkt die Facharztnutzung, führt aber nicht automatisch zu kürzeren Wartezeiten. Steuerung wirkt nur mit finanziellen Anreizen für Praxen und Versicherte. **[A OECD 2026, über Zi und Ärzteblatt]** (Zi-Medieninfo, Ärzteblatt, 07.07.2026)
4. **Kapazität je Kopf schrumpft.** Der Teilzeitanteil in der vertragsärztlichen Versorgung stieg von 20 % (2016) auf 40 % (2025). 2025 gab es 0,6 % mehr Hausärzte, aber 0,1 % weniger volle Sitze. **[C KBV, Bundesarztregister]** (KBV Zahlen, Ärzteblatt)

Im Krankenhaus: Betten auf dem Papier, nicht im Betrieb

Am Stichtag 2. Juni 2026 meldeten 45 % der befragten Notaufnahmen eine Überlastung, 60,6 % einen Stau, weil Patienten auf keine Station verlegt werden konnten. 32,1 % meldeten der Leitstelle die Erschöpfung ihrer Kapazität, davon bekamen 79,1 % trotzdem weitere Patienten. Fast zwei Drittel berichteten von unbesetzten Stellen. **[D Umfrage der Fachgesellschaft DGINA]** (zm-online, ZDF)

Auflösung des Widerspruchs: Das Personal verteilt sich auf zu viele Standorte. Jeder Standort ist knapp besetzt, das Gesamtsystem trotzdem teuer. Die Konzentration auf weniger, besser besetzte Standorte ist genau das, was die Reform bis 2030 aufschiebt.

Länder: Investitionspflicht ohne Folgen

Die Länder müssen die Investitionen der Kliniken bezahlen, zahlen aber seit Jahrzehnten nur einen Bruchteil. Der Staat bestätigt das selbst: Der Bundesrechnungshof hat es 2020 festgestellt und 2024 und 2026 wiederholt. Geändert hat sich nichts, weil der Schuldner die Höhe seiner Schuld selbst festlegt.

Das Ausmaß

- Die Investitionsquote der Länder sank von 25 % (1972) auf etwa 3 % (2021). 1993 zahlten sie 3,9 Mrd. €, 2021 noch 3,3 Mrd. €, nominal. **[A BMG]** (BMG Krankenhausfinanzierung)
- 2023 standen 6,52 Mrd. € Bedarf nur 3,89 Mrd. € Förderung gegenüber, eine Lücke von rund 40 %. 2024 zahlten die Länder 4,24 Mrd. €. **[E Klinikverband DKG]** (DKG-PM 09.01.2026) Den Befund tragen Kliniken, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband gemeinsam, obwohl sie sonst gegeneinander stehen. Nach dem aktuellen InEK-Katalog liegt der Bedarf bei mindestens 8 Mrd. € pro Jahr. **[C gemeinsame Bewertung auf InEK-Basis]** (PKV-Verband, 16.07.2026, Ärzteblatt)

Was die Rechnungshöfe sagen

Prüfer	Jahr	Befund	Empfehlung
Bundesrechnungshof, Bericht nach § 88 BHO	2020	Förderung stagniert auf niedrigem Niveau, Bedarf rund 7 Mrd. €, Lücke rund 4 Mrd. € pro Jahr. Kliniken nutzen Fallpauschalen für Investitionen, das widerspricht dem dualen System. Das System ist „in weiten Teilen ineffizient“. Die Legitimität der alleinigen Planungshoheit der Länder steht zunehmend infrage.	Planung und Finanzierung zusammenführen, notfalls per Grundgesetzänderung. Wer mitzahlt (Bund, Kassen), soll mitplanen.
Bundesrechnungshof zum Haushalt 2025	2024	Strukturfinanzierung ist nicht Aufgabe der GKV. Die Länder zu entlasten, ist angesichts der wachsenden Lücke „kaum verständlich“.	Transformationsfonds nicht aus Beiträgen

Prüfer	Jahr	Befund	Empfehlung
Bundesrechnungshof zum Haushalt 2027	2026	Bundesgeld für Länderaufgaben setzt „falsche Anreize“, die Länder kommen ihrer Investitionsverantwortung seit vielen Jahren nicht adäquat nach.	Keine Entlastung ohne Gegenleistung
Landesrechnungshof Niedersachsen	2025/26	Pauschalförderung und Schließungsprämie (25.000 € je wegfallendem Planbett) richten sich nach Planbetten. Das Land passt die Planbetten seit 2021 nicht mehr an die Auslastung an. Leerstehende Betten bleiben unerkannt. Das Ministerium selbst geht von rund 5.000 überzähligen Betten aus, der Plan wurde seit 2019 nicht fortgeschrieben. Schätzung: rund 11,8 Mio. € pro Jahr ineffizient.	Förderung nach aktueller Auslastung, Plan fortschreiben (Landtag, 15.01.2026)

Alle Befunde **[A Rechnungshöfe]**, die Berichte von 2024 und 2026 über Fachpresse.

Der zweite Fehlanreiz: Die Kassen zahlen je Fall, also lohnt sich Menge. Die Länder fördern je Bett, also lohnt es sich, Kapazität zu halten. Beide Anreize zeigen in dieselbe Richtung. Niemand wird dafür bezahlt, dass ein Mensch gar nicht erst ins Krankenhaus muss.

Warum das rechtlich durchgeht

- Plankrankenhäuser haben einen Anspruch auf Förderung, aber das Nähere regelt das Landesrecht. In der Praxis bekommt eine Klinik einen Anteil an dem, was der Landeshaushalt ansetzt. **Der Schuldner bestimmt die Höhe seiner Schuld selbst.**
- Klagen sind gescheitert. Eine Klinik in Nordrhein-Westfalen argumentierte, die Förderung dürfe nicht unter Haushaltsvorbehalt stehen. Das Bundesverwaltungsgericht wies die Revision am 30.08.2012 zurück (3 C 17/11, 3 C 18/11). **[A Urteil]** (urteile-gesetze.de, Haufe)
- Der Bund regelt nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, die Planung ist Ländersache. Er kann die Länder nicht zwingen, mehr zu zahlen. **[A Grundgesetz]**
- **[offen]** Ein eigenes Klagerecht der Kassen gegen die Länder ist nicht belegt. Einschätzung: Sie sind im Förderverhältnis keine Partei.

Warum kein Staatsanwalt

Der Ärger ist berechtigt, der Hebel ist falsch. Haushaltsuntreue nach § 266 StGB setzt voraus, dass jemand pflichtwidrig einen Vermögensschaden beim betreuten Vermögen verursacht. Ein Landtag, der wenig ansetzt, schadet dem Landesvermögen nicht, er verlagert Kosten auf Dritte. Und ein

Haushaltsgesetz ist Gesetzgebung, kein Verwaltungshandeln. Das ist eine eigene rechtliche Einordnung, keine Rechtsberatung. Die richtigen Hebel sind eine bundesgesetzliche Mindestquote, die Kopplung von Bundesgeld an diese Quote und die Abgabe von Planungsmitsprache durch Länder, die sie unterschreiten.

Wer stattdessen zahlt

- Die Lücke von rund 4 Mrd. € pro Jahr gleichen die Kliniken systemwidrig über die Betriebsmittel aus, also aus den Beiträgen von Versicherten und Arbeitgebern. **[E/C gemeinsame Aussage DKG, GKV-SV, PKV]** (Ärzteblatt, 16.07.2026)
- Viele Kliniken haben fehlende Förderung bisher über steigende Fallzahlen ausgeglichen. **[E Klinikverband AKG, über AOK-Magazin]** (AOK, 10.03.2026) Hier schließt sich der Kreis zum Mengenanreiz.
- Steuerrekord: Bund, Länder und Gemeinden nahmen 2025 rund 989,8 Mrd. € an Steuern ein. **[B Fachpresse nach BMF]** (experten.de) Die Krankenhausförderung 2024 von 4,24 Mrd. € entspricht 0,43 % davon. **[eigene Rechnung] [offen]** Den Länderanteil amtlich aus der BMF-Steuerstatistik belegen.

Ursachenkette im Überblick

Die gemeinsame Wurzel ist ein Regelkreis ohne Rückführung: Bezahlt wird je Fall, je Bett, je Packung und je Pflegestunde. Ob ein Mensch gesünder wird, steuert nichts. Wo Geld nach Kosten fließt (Pflegebudget) oder ohne Gegenkontrolle (gedeckelte Prüfquote), wächst es.

Symptom	Ursache (Anreiz oder Gesetz)	Seit	Ausland	Stärkster Beleg
Zu viele Klinikfälle	Über 90 % Fallpauschalen, Erlös hängt am Fall	2004	Mischung aus Budget und Pauschalen	B Messerle/Schreyögg: +20 % Fälle
Kapazität wird gehalten	Länder fördern je Planbett	dauerhaft	–	A Landesrechnungshof Niedersachsen
Kaum ambulante Operationen	Ambulant schlechter bezahlt, getrennte Sektoren	dauerhaft	Dänemark: Leistenbruch zu 87 % ambulant	C AOK/OECD-Daten
Vermeidbare Einweisungen	Kein Lotse, 9,6 Arztkontakte, Mehrfachbehandlung	dauerhaft	Primärarztsysteme mit Anreizen	B Sundmacher: 3,7 Mio. Fälle
Kaum Rückweisung schlechter	Prüfquote per Gesetz gedeckelt	2020 (ab 2027 gelockert)	–	A MDK-Reformgesetz

Symptom	Ursache (Anreiz oder Gesetz)	Seit	Ausland	Stärkster Beleg
Rechnungen				
Kosten je Fall +53 %	Pflege-Selbstkostendeckung, Personal je Fall +16 %, Fixkosten bei weniger Fällen	2020	–	C WIdO, Rating Report
Mengendruck	Länder zahlen Investitionen nicht, Kliniken holen sie über Fälle herein	seit den 1990ern	–	A Bundesrechnungshof 2020
Teure Arzneimittel	Erstattung ab Zulassung, Herstellerpreis sechs Monate frei	2011, verschärft 2022	Bewertung vor Erstattung	A § 130b SGB V
Ungeeignete Medikation	Mehrere Verordner ohne Koordination	dauerhaft	Primärarztsysteme	C BARMER, WIdO
Wartezeiten beim Facharzt	Budget in Praxen, Zuschläge ohne Steuerung, Teilzeit	dauerhaft, TSVG 2019	Steuerung nur mit Anreizen wirksam	A Bundesrechnungshof 2026, OECD 2026
Investitionslücke bleibt	Land legt Höhe der Pflicht im Haushalt selbst fest	1972 angelegt	–	A Bundesverwaltungsgericht 2012

Prüfung nach dem Lebensfähigkeitsprinzip

Das Prinzip stellt an jedes System, das etwas erreichen soll, fünf Fragen. Angewandt auf die Krankenversicherung fällt sie bei allen fünf durch, am deutlichsten bei der Reaktionszeit: Das System reagiert in Jahren, die Reserve reicht etwa eine Woche.

1. Wofür gibt es das System, und für wen?

Vorschlag für den Zweck: Menschen, die krank werden, so versorgen, dass sie möglichst lange gesund und selbständig leben, zu Beiträgen, die die Zahler auf Dauer tragen können. **Für wen:** Versicherte als Patienten, Beitragszahler (Arbeitnehmer und Arbeitgeber), Steuerzahler.

Was heute schiefläuft: Das System zählt, was es leistet: Fälle, Arztkontakte, Packungen, Pflegestunden. Das sind Zahlen der Anbieter. Ob die Menschen davon gesünder werden, steuert nichts. Die Methode nennt das die **Zehrungs-Falle**: Gemessen wird die Entnahme, nicht der Vorrat. Kliniken, Praxen und

Hersteller wachsen, während zwei Vorräte schrumpfen, die Tragfähigkeit der Beitragszahler und die Belastbarkeit des Personals. Eine Verbrauchsanzeige ohne Tankuhr.

2. Wie soll es aussehen, mit Zahl und Datum?

Ein Ziel ohne Zahl und Datum ist eine Absichtserklärung. Zielwerte und Daten sind **Vorschlag**, festlegen muss sie, wer zuständig ist.

Messgröße	Heute	Ziel (Vorschlag)	bis	Stufe der Ist-Zahl
Rückstand der Lebenserwartung gegenüber Westeuropa	1,7 Jahre (2022)	0,7 Jahre, Stand von 2000	2035	B
Klinikaufnahmen je 1.000 Einwohner	213 (2022)	rund 150, EU-Schnitt	2032	A
Ausgabenwachstum der GKV je Jahr	8,2 % (Schnitt seit 2023)	nicht über dem Lohnwachstum	2027	A
Wartezeit auf Facharzttermin, gesetzlich Versicherte	42 Tage (2024)	höchstens 21 Tage	2030	D
Investitionsförderung der Länder in % des Bedarfs	rund 60 % (2023)	100 %	2030	E, bestätigt A
Ältere mit mindestens einem ungeeigneten Medikament	50,3 % (2022)	halbiert, 25 %	2030	C
Reserve der Kassen	0,2 Monatsausgaben (Mitte 2026)	0,5 Monatsausgaben	2029	A

3. Wird das Richtige gemessen? Tankuhr statt Verbrauchsanzeige

Vorrat (die Tankuhr)	Was heute gemessen wird	Was man messen müsste
Gesundheit der Bevölkerung	Ausgaben, Fälle	Gesunde Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle je Region, als Zielgröße der Planung
Tragfähigkeit der Beitragszahler	Zusatzbeitrag	Reserve in Monatsausgaben, verpflichtend veröffentlicht
Belastbarkeit des Personals	Pflegebudget in Euro	Pflegebedarf je Patient, gesperrte Betten, Berufsausstiege

Vorrat (die Tankuhr)	Was heute gemessen wird	Was man messen müsste
Bausubstanz der Kliniken	Fördersumme der Länder	Investitionsquote je Land, gemessen am InEK-Bedarf
Wirkung neuer Arzneimittel	Umsatz, Verordnungen	Anteil der Ausgaben für Mittel ohne belegten Zusatznutzen

Das deutlichste Beispiel für Geld ohne Messung ist das Pflegebudget. Seit 2020 werden Pflegekosten erstattet, ohne den Pflegebedarf der Patienten zu messen. Ab 2027 wird es gedeckelt, wieder ohne Bedarfsmessung. Erst wurde blind erstattet, jetzt wird blind gedeckelt. Methodisch richtig wäre: Pflegebedarf je Patient verbindlich erfassen und darauf die Bezahlung bauen.

4. Wo reißt die Kette?

Die Methode verbietet Durchschnitte: Eine Kette reißt am schwächsten Glied. Darum eine Rangliste statt Gesamtnote.

1. **Reserve der Kassen:** 7,5 Mrd. € Mitte 2026, rund 0,2 Monatsausgaben, also etwa eine Woche Ausgaben. **[A BMG; Tage eigene Rechnung]**
2. **Krankenhaus:** 9,4 % weniger Fälle als 2019, 39 % mehr Geld, rund 40 % des Ausgabenzuwachses 2025.
3. **Investitionen der Länder:** rund 4 Mrd. € Lücke pro Jahr, seit mindestens 2020 vom Bundesrechnungshof festgestellt.
4. **Facharztzugang für gesetzlich Versicherte:** doppelt so lange Wartezeit wie für Privatversicherte.
5. **Arzneimittelpreise:** 54 % der Kosten bei 7 % der Tagesdosen.

Auch regional nicht mitteln: Klinikfälle je Einwohner und Investitionsquote gehören je Land veröffentlicht, als Rangliste.

5. Wie schnell wird reagiert?

Erkenntnis	bekannt seit	Handlung	Reaktionszeit
3,7 Mio. Klinikfälle vermeidbar	2015 (Studie)	ambulante Pauschalen ab 2024, kleiner Umfang	über 9 Jahre, nicht abgeschlossen
Investitionslücke der Länder	2020 (Bundesrechnungshof)	keine bindende Regel	über 6 Jahre
Fallpauschalen belohnen Menge	Reformgesetz 2024	voll wirksam erst 2030	6 Jahre nach dem Gesetz
Pflegebudget ohne Kostendisziplin	eingeführt 2020	Deckel ab 2027	7 Jahre
Jede zweite geprüfte	2017	2020 erst Prüfung gedeckelt, ab 2027 wieder	10 Jahre, davon 7 in die falsche

Erkenntnis	bekannt seit	Handlung	Reaktionszeit
Klinikrechnung fehlerhaft		ausgeweitet	Richtung
Terminzuschläge ohne Wirkung	Evaluation bis 2024, Bundesrechnungshof 2026	Streichung empfohlen, nicht beschlossen	offen

Prüfregel der Methode: Ist die Reaktionszeit länger als die Zeit, die der Vorrat noch reicht, ist das System nicht lebensfähig, egal wie viele Einzelwerte gut aussehen. Hier reagiert das System in Jahren, die Reserve reicht eine Woche. Es überlebt nur, weil es jedes Jahr bei den Beitragszahlern nachtankt: 2025 stiegen die Zusatzbeiträge um 77,4 %.

Veto ohne Konsequenz: Die Länder bestimmen allein, welche Klinik bleibt, haften aber nicht dafür, dass sie die Investitionen nicht bezahlen. Die Methode nennt das ein Stopprecht ohne Folgen: ein Knoten, der Zeit kostet und nichts verhindert. Die Lösung ist, das Recht an die Pflicht zu koppeln. Genau das empfiehlt auch der Bundesrechnungshof seit 2020.

Maßnahmen, gewichtet, mit Einsparpotenzial

Der größte Hebel ist die Krankenhausvergütung: Sie fallunabhängig zu machen und ambulant gleich zu bezahlen, könnte 7 bis 22 Mrd. € pro Jahr freisetzen, 0,4 bis 1,2 Beitragspunkte. Alle anderen Maßnahmen sind kleiner, aber Voraussetzung dafür, dass der große Hebel greift. Jede Maßnahme ist als Test formuliert: Wenn die Ursache stimmt, muss sie das Symptom messbar beseitigen. Tut sie es nicht, war es nicht die Ursache.

Einsparpotenzial im Überblick

Rang	Maßnahme	Potenzial je Jahr	Beitragspunkte	Grundlage	Bedingung
1	Vergütung fallunabhängig, ambulant gleich bezahlt	7 bis 22 Mrd. €	0,4 bis 1,2	Untergrenze: 7,2 Mrd. € für 3,7 Mio. vermeidbare Fälle (B, Preise 2015). Obergrenze: 39 % der Klinikausgaben verlagerbar, also 43 Mrd. €, bei halben Kosten ambulant rund 22 Mrd. € (C, eigene Rechnung)	Kapazität wird tatsächlich abgebaut, sonst nur Verschiebung
2	Patienten lotsen, mit Anreizen	in Rang 1 enthalten	–	vermiedene Fälle sind Teil der Spanne oben	nicht doppelt zählen

Rang	Maßnahme	Potenzial je Jahr	Beitragspunkte	Grundlage	Bedingung
3	Pflegebudget nach gemessenem Bedarf	Deckel bereits beschlossen, rund 1,1 Mrd. € steigend (E)	rund 0,06	Bedarfsmessung macht den Deckel zielgenau, Zusatzbetrag offen	Messinstrument verbindlich
4	Investitionen: Planung und Bezahlung in eine Hand	gesamtstaatlich 0, Beitragszahler minus 4 Mrd. €	0,21 Entlastung	Lücke laut Bundesrechnungshof (A)	Umfinanzierung zu Steuern, keine Einsparung
5	Ein Arzt verantwortet die Medikationsliste	offen	offen	Qualitätsziel, Kosten ungeeigneter Medikation nicht beziffert	–
6	Erstattungsbetrag ab dem ersten Tag	0,1 bis 0,15 Mrd. €	unter 0,01	Schätzungen zur Verkürzung 2022 (A/C)	mögliche spätere Markteinführung

Umrechnung: Ein Beitragssatzpunkt brachte 2025 rund 18,9 Mrd. €. **[A BMG; Punkte eigene Rechnung]** Zum Vergleich: Ohne Gegensteuern erwartete das Ministerium bis 2030 eine Deckungslücke von rund 40 Mrd. € und einen Zusatzbeitrag von rund 4,7 %. **[A BMG-Referentenentwurf 2026]** (BMG RefE) Das sind rund 0,45 Beitragspunkte mehr je Jahr. **[eigene Rechnung]** Der Preis des Nichthandelns ist also etwa ein halber Beitragspunkt, jedes Jahr.

Rang 1: Krankenhausvergütung von der Fallzahl lösen, jetzt statt 2030

Warum zuerst: größter Geldblock, stärkster Hebel, Gesetz liegt schon vor und muss nur korrigiert werden.

- **Was:** die Vorhaltepauschale ohne Bindung an die Fallzahlen 2023/2024 berechnen, etwa nach Versorgungsauftrag und Bevölkerung, und ab 2027 statt 2030 wirksam machen. Dazu gleiches Geld für dieselbe Leistung, egal ob ambulant oder stationär erbracht (sektorengleiche Pauschalen ausweiten).
- **Test:** Wenn der Fallanreiz die Einweisungen treibt, dann sinken die Klinikaufnahmen je 1.000 Einwohner Richtung EU-Schnitt von rund 150, und Eingriffe wie die Leistenbruch-Operation werden überwiegend ambulant. Messbar in der Krankenhausstatistik von Destatis und den OECD-Daten, innerhalb von drei Jahren nach Wirksamkeit.
- **Zuständig:** Bundestag (Änderung des Anpassungsgesetzes), Länder (Leistungsgruppen und Planung).

- **Abbruchkriterium:** Sinken die Fallzahlen trotz fallunabhängiger Bezahlung nicht, liegt die Ursache bei Nachfrage und fehlender Steuerung. Dann Gewicht auf Rang 2.
- **Preis des Nichthandelns:** Bis 2030 bleibt der Anreiz, Fallzahlen zu halten. Die Gutachter des Rating Reports erwarten sinkende Fallzahlen erst nach der Scharfschaltung.

Rang 2: Patienten lotsen statt frei laufen lassen

Warum: Ohne Steuerung landen die verhinderten Klinikfälle in vollen Praxen. Rang 1 braucht Rang 2.

- **Was:** verbindliche Ersteinschätzung vor der Notaufnahme, Hausarzt als Lotse, Facharzttermine nach Dringlichkeit statt nach Versicherungsart, eine Pauschale für Betreuung statt Geld je Kontakt. Wer den vereinbarten Weg einhält, zahlt weniger zu. Die OECD findet Steuerung nur mit solchen Anreizen wirksam.
- **Beleg aus Deutschland:** Im Hausarztvertrag Baden-Württemberg gab es 1,9 Mio. weniger unkoordinierte Facharztbesuche und 27.000 stationäre Behandlungen weniger, bei mehr Hausarztkontakten. Die AOK gibt dort unter dem Strich rund 35 Mio. € weniger aus. **[B Universitäten Heidelberg und Frankfurt, im Auftrag der AOK]** (apotheke adhoc, Ärzte Zeitung)
- **Test:** Wenn ungesteuerte Kontakte die Termine blockieren und Einweisungen erzeugen, dann sinken Arztkontakte je Kopf, Facharzt-Wartezeit und ambulant-sensitive Klinikfälle gemeinsam. Messbar an der Versichertenbefragung des Ministeriums, den Abrechnungsdaten und der Rate vermeidbarer Klinikfälle, innerhalb von drei Jahren.
- **Zuständig:** Bundestag (das Primärarztsystem steht im Koalitionsvertrag), Kassenärztliche Vereinigungen, Kassen.
- **Abbruchkriterium:** Kontakte sinken, Wartezeit bleibt. Dann ist es ein Kapazitätsproblem (Teilzeit, Budget), kein Steuerungsproblem.
- **Preis des Nichthandelns:** Die Wartezeit steigt weiter, die Kassenärzte drohen mit 50 Tagen. **[E KBV]**

Rang 3: Pflegebudget nach gemessenem Bedarf statt blind

Warum: Geld ist schon begrenzt, aber ohne Messung trifft der Deckel Kliniken mit echtem Bedarf genauso wie solche mit Leerlauf.

- **Was:** Pflegebedarf je Patient verbindlich erfassen und die Bezahlung darauf aufbauen. **[offen]** Stand des gesetzlichen Pflegepersonal-Bemessungsinstruments prüfen.
- **Test:** Wenn die Selbstkostendeckung die Pflegekosten getrieben hat, dann wächst das Pflegebudget je Fall künftig nur noch wie der gemessene Pflegebedarf je Fall plus Tarif. Messbar an den InEK-Daten, innerhalb von zwei Jahren.
- **Zuständig:** Bundestag und Gesundheitsministerium, Selbstverwaltung für das Messinstrument.
- **Abbruchkriterium:** Steigt der gemessene Bedarf genauso stark wie die Kosten, war der Bedarf echt und muss bezahlt werden.
- **Preis des Nichthandelns:** Ein blinder Deckel lässt Personal dort abwandern, wo es gebraucht wird.

Rang 4: Investitionen – Planung und Bezahlung in eine Hand

Warum erst an vierter Stelle: Das spart dem Gesamtstaat nichts, es verschiebt 4 Mrd. € von Beiträgen zu Steuern. Es beseitigt aber einen Mengenanreiz und einen Gerechtigkeitsfehler.

- **Sofort, durch die Landtage:** Pauschalförderung nach tatsächlicher Auslastung statt nach Planbetten, Krankenhauspläne jährlich fortschreiben. So empfiehlt es der Landesrechnungshof Niedersachsen.
- **Grundsätzlich, durch Bundestag und Bundesrat mit Zweidrittelmehrheit:** Mindestquote am InEK-Bedarf. Wer darunter bleibt, gibt Mitsprache bei der Planung an den ab, der einspringt. Bundesgeld nur gegen eingehaltene Quote. So empfiehlt es der Bundesrechnungshof.
- **Test:** Wenn fehlende Investitionen die Kliniken in Mengenausweitung treiben, dann sinkt der Fallzuwachs in den Ländern mit voller Förderung zuerst. Messbar an Förderquote je Land gegenüber Klinikfällen je Einwohner, Vergleich über drei Jahre.
- **Abbruchkriterium:** Kein Zusammenhang zwischen Förderquote und Fallentwicklung. Dann bleibt es eine Frage der Gerechtigkeit, aber kein Kostenhebel.
- **Preis des Nichthandelns:** rund 4 Mrd. € pro Jahr aus Beiträgen statt aus Steuern, dazu verfallende Bausubstanz.

Rang 5: Ein Arzt verantwortet die Medikationsliste älterer Patienten

- **Test:** Wenn fehlende Koordination die ungeeigneten Verordnungen verursacht, dann halbiert sich der Anteil der Älteren mit mindestens einem ungeeigneten Medikament. Messbar an der PRISCUS-Auswertung des WIdO, innerhalb von zwei Jahren.
- **Zuständig:** Gemeinsamer Bundesausschuss, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassen (vergüteter Medikationsabgleich).
- **Abbruchkriterium:** Der Anteil sinkt trotz Koordination nicht. Dann liegt es an den Leitlinien, die Mehrfachkranke kaum berücksichtigen.
- **Preis des Nichthandelns:** jeder zweite Ältere mit einem riskanten Mittel; die Folgekosten sind nicht beziffert.

Rang 6: Der verhandelte Arzneimittelpreis gilt ab dem ersten Tag

Warum zuletzt: Der Betrag ist klein, rund 0,1 bis 0,15 Mrd. € pro Jahr. Er ist ein Signal, kein Sanierungshebel.

- **Test:** Wenn die Freiphase Geld kostet, sinken die Ausgaben für neue Mittel in den ersten sechs Monaten um die Differenz zwischen Herstellerpreis und Erstattungsbetrag. Messbar an den AMNOG-Daten des GKV-Spitzenverbands, innerhalb von zwei Jahren.
- **Zuständig:** Bundestag.
- **Abbruchkriterium und Gegenrisiko:** Kommen neue Mittel deshalb später auf den deutschen Markt, kostet das Versorgung. Deutschland verliert dann seinen Spitzenplatz bei der Verfügbarkeit.

Zur Einordnung: Zielwerte, Gewichtung und Einsparspannen sind Vorschlag und eigene Rechnung, keine belegte Wahrheit. Hart belegt sind die Befunde. Die Abbruchkriterien sind so gesetzt, dass jede Maßnahme scheitern darf, ohne dass die Analyse falsch wird.

Prüfvorschlag: Woher kommen die +53 % je Krankenhausfall?

Von außen lässt sich die Ursache nicht feststellen, die Daten liegen bei InEK und Kassen. Deshalb hier keine Maßnahme, sondern ein Prüfweg.

Baustein	Inhalt
Belegte Abweichung	+38,7 % GKV-Klinikausgaben bei −9,4 % Fällen von 2019 bis 2025, rund +53 % je Fall (A, eigene Rechnung)
Mögliche Ursachen, geschätzt	(a) Grundpreis je Fall, (b) Pflegebudget, (c) mehr Personal je Fall außerhalb der Pflege, (d) schwerere Fälle, weil leichte in die Praxen abwandern
Prüfschritt	Krankenhausausgaben 2019 bis 2025 in vier Anteile zerlegen: Grundpreis, Pflegebudget, durchschnittliche Fallschwere (Case-Mix-Index), Fallzahl
Trennschärfe	Steigt die Fallschwere je Fall deutlich, spricht das für (d), der Anstieg ist dann teilweise echt. Wächst das Pflegebudget je Fall am stärksten, spricht das für (b). Bleiben beide flach, liegt es an (a) oder (c). Der Grundpreis allein erklärt höchstens +24 %.
Zuständig, weil sie die Daten haben	InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), Gesundheitsministerium, GKV-Spitzenverband
Frist	sechs Monate
Abbruchkriterium	Die Daten sind nicht herausgabefähig. Das wäre ein eigener Befund: Das System kann seinen größten Kostenblock nicht erklären.

Wer öffentlich fragen will: Das ist eine Frage für eine Kleine Anfrage im Bundestag oder einen Antrag nach dem Informationsfreiheitsgesetz an das Ministerium.

Bausteine für den Hugo-Artikel

Die belastbarste Kernaussage: Das Geld fließt fast vollständig in Versorgung, aber das System hat keinen Regelmechanismus, der Ausgaben an Einnahmen koppelt.

Tragfähige Thesen (mit Datenbasis)

1. **„96 Cent von jedem Euro sind Versorgung.“** Die Verwaltungsdebatte lenkt ab: Halbierung = 0,35 Beitragspunkte, einmalig.
2. **„Das Krankenhaus ist der Wachstumsmotor.“** Ein Drittel der Ausgaben, 40 % des Zuwachses 2025.
3. **„Strukturbruch seit 2023.“** 8,2 % statt 3,5 % pro Jahr. Ausgaben folgen Personal- und Preisregeln, Einnahmen den Löhnen. Die Krankenhaus-Obergrenze im neuen Gesetz

(Grundlohnrate minus 1 Punkt) ist die erste harte Rückkopplung. Passt zur eigenen Regelkreis-Argumentation.

4. **„Der Staat verdient mit und zahlt zu wenig."** 8,1 Mrd. € Mehrwertsteuer auf GKV-Arzneimittel; für Bürgergeldempfänger bekommt die GKV 2027 netto sogar weniger als vorher.
5. **„PKV und GKV sind pro Kopf nicht vergleichbar."** Beihilfe, Zusatzversicherungen und Selbstbehalte verzerren jede Kopfzahl.
6. **„Weniger Fälle, viel mehr Geld."** −9,4 % Fälle, +39 % Ausgaben, rund +53 % je Fall seit 2019.
7. **„Kasse zahlt je Fall, Land je Bett."** Zwei Fehlanreize, eine Richtung, niemand bezahlt das Vermeiden.
8. **„Der Schuldner legt seine Schuld selbst fest."** Länder setzen die Investitionsförderung im eigenen Haushalt an, Gerichte akzeptieren das, Beitragszahler füllen die Lücke.
9. **„Warteschlange und Übermenge haben dieselbe Ursache."** Offene Vergütung in der Klinik, Deckel in der Praxis, kein Lotse dazwischen.
10. **„Eine Woche Reserve, sechs Jahre Reaktionszeit."** Die Prüfregel des Lebensfähigkeitsprinzips in einem Satz.
11. **„Der größte Hebel liegt schon im Gesetz."** Die Vorhaltepauschale existiert, sie ist nur an Fallzahlen gekoppelt und auf 2030 verschoben.

Widerspruch zu einer verbreiteten Erzählung

„Das Bürgergeld ist schuld an der Kassenkrise" hält einer Größenordnungsprüfung nicht stand. Die Lücke von 9–12 Mrd. € erklärt ein Niveau. Der Ausgabenzuwachs beträgt aber 20–25 Mrd. € pro Jahr, jedes Jahr neu. Die Unterdeckung ist ein echtes Gerechtigkeitsproblem (Beitragszahler finanzieren eine Staatsaufgabe), aber nicht die Ursache der Dynamik. **[eigene Rechnung]**

Drei weitere Erzählungen halten der Prüfung nicht stand:

- **„Die Alten sind schuld."** Stimmt beim Niveau, nicht bei der Dynamik. Die Alterung erklärte rund ein Sechstel des Anstiegs, das letzte Lebensjahr rund ein Zehntel der Ausgaben.
- **„Die Pharmaindustrie ist schuld."** Arzneimittel tragen 13 % des Zuwachses 2025, das Krankenhaus rund 40 %. Teure Patentmittel sind ein echtes Thema, aber nicht der Motor.
- **„Da müsste der Staatsanwalt ran."** Haushaltsuntreue setzt einen Schaden am betreuten Vermögen voraus; ein Landtag, der spart, verlagert Kosten, schadet aber nicht dem Land. Der richtige Hebel ist eine Mindestquote mit Folgen.

Vor Veröffentlichung prüfen

- ☐ Endgültige KJ1-Zahlen 2025 (BMG, Stand 29.07.2026) statt vorläufiger KV45; Abweichung laut vdek nur etwa 0,1 Mrd. € beim Krankenhaus
- ☐ Destatis-Kostennachweis Krankenhäuser 2024 bundesweit (Personal-/Sachkosten aktuell statt 2022)
- ☒ Volumen des Pflegebudgets 2020–2025
- ☐ Abgrenzung Destatis-GKV (300,8) vs. BMG (326,8 Mrd. €) 2024
- ☐ PKV-Restposten 2,9 Mrd. € und Zuführungsquote Alterungsrückstellungen im PKV-Zahlenportal
- ☐ Volumen der Beihilfe von Bund und Ländern

- ☐ Versichertenzahl 2025 für Pro-Kopf-Werte (hier 74,5 Mio. angenommen)
- ☐ Ergebnisse 1.–3. Quartal 2026 (BMG, Ende November angekündigt)
- ☐ Zerlegung der +53 % je Klinikfall nach Grundpreis, Pflegebudget, Fallschwere und Fallzahl (Prüfvorschlag)
- ☐ Aufteilung der Krankheitskosten nach Alter und Einrichtung 2024 (GENESIS 23631)
- ☐ Demografie-Anteil am Ausgabenanstieg 2019 bis 2025 neu rechnen (bisher Daten bis 2015)
- ☐ Regionale Klinikfälle je Einwohner altersstandardisiert, je Land (bisher Kassendaten 2015/2020)
- ☐ Länderanteil an den Steuereinnahmen 2025 aus der BMF-Steuerstatistik
- ☐ Klagerecht der Kassen gegen Länder bei Investitionslücke
- ☐ Wartezeiten auf planbare Operationen in Deutschland
- ☐ Stand des Pflegepersonal-Bemessungsinstruments für Rang 3
- ☐ Folgekosten ungeeigneter Medikation bei Älteren
- ☐ Herzinfarkt-Sterblichkeit nur mit Vorbehalt zur Vergleichbarkeit verwenden
- ☐ Originalbericht der Finanzkommission Gesundheit zur Bürgergeld-Lücke statt Verbandszitat

Quellen

Amtlich

- BMG: Anlage Finanzentwicklung der GKV 1.–4. Quartal 2025 (KV45, vorläufig)
- BMG: Finanzentwicklung der GKV 2025, Meldung 10.03.2026
- BMG: Finanzentwicklung der GKV im 1. Halbjahr 2026
- BMG: Bundestag beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, 10.07.2026
- BMG: Kennzahlen der GKV 2025
- Destatis: Gesundheitsausgaben 2024, PM 115/2026
- Destatis: Krankheitskosten 2024, PM 359/2026

Verbände, Institute, Analysten

- PKV-Verband: Zahlenbericht 2024
- PKV-Verband: Zahlen 2025, PM 10.06.2026
- PKV-Verband: Mehrumsatz 2024, PM 03.03.2026
- GKV-Spitzenverband: Verwaltungskosten
- GKV-Spitzenverband: Klage Bürgergeld
- GKV-Spitzenverband: Hintergrundpapier Bürgergeld, 10.06.2026
- ABDA: GKV-Ausgaben für Arzneimittel, ZDF 2026
- DKG: Faktenpapier Kostentreiber Krankenhaus, Jan. 2026
- KBV: Krankenhauskosten (nach Destatis)
- WIdO: Arzneimittel-Kompass 2025
- bifg/BARMER: Gesundheitswesen aktuell 2026
- vdek: Daten zum Gesundheitswesen – Ausgaben
- MAP-Report 940 (Franke und Bornberg)

Fachpresse: AOK-Gesundheitspolitik zu Schätzerkreis · AOK zu Arztpraxen 2024 · Pharmazeutische Zeitung · zm-online · Versicherungsbote

Quellen der Ergänzung vom 26.11.2026

A amtlich, Gesetz, Gericht, Rechnungshof

- Destatis: Krankenhausbehandlungen 2025, PM 376/2026
- Bundestag Drs. 20/2219: GKV-Krankenhausausgaben 2019
- Bundestag Drs. 21/5870: Pflegebudget und Pflegevollkräfte
- Bundestag Drs. 21/4528: Krankenhausreformanpassungsgesetz, Beschlussempfehlung
- Bundestag Drs. 20/3448: GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
- BMG: Krankenhausfinanzierung, Investitionsquote der Länder
- BMG: Bundestag beschließt Krankenhausreformanpassungsgesetz, 06.03.2026
- BMG: Referentenentwurf Beitragssatzstabilisierungsgesetz 2026
- GKV-SV/DKG/PKV: Bundesbasisfallwert 2026
- Bundesrechnungshof 2020: Krankenhausfinanzierung, Investitionen (Kommissionsdrucksache Landtag MV)
- Landesrechnungshof Niedersachsen: Positionspapier Krankenhausreform 2025
- Landtag Niedersachsen: Unterrichtung durch den Landesrechnungshof, 15.01.2026
- Bundesverwaltungsgericht 3 C 17/11, 30.08.2012
- Bundesverfassungsgericht: Preisregulierung GKV-FinStG, 2025
- OECD Health at a Glance 2025: Krankenhausaktivität · Länderblatt Deutschland

B unabhängige Forschung

- Messerle/Schreyögg: Effekte der Fallpauschalen, Eur J Health Econ 2023
- Sundmacher u. a.: ambulant-sensitive Krankenhausfälle, Health Policy 2015
- BiB/MPIDR: Lebenserwartung im westeuropäischen Vergleich, 2024 (Ärzteblatt)
- Lebenserwartung ohne Einschränkungen, Deutscher Alterssurvey, 2024
- Demografie und GKV-Ausgaben 2004–2015, MHH/AOK Niedersachsen
- Kosten am Lebensende, Health Affairs 2017 (Uni Duisburg-Essen)
- Vergleichbarkeit des OECD-Indikators Herzinfarkt-Sterblichkeit, 2024
- Leistenhernie: Vergütung ambulant und stationär, 2023
- Evaluation Hausarztvertrag Baden-Württemberg (über apotheke adhoc)

C Messreihen von Kassen, Verbänden, Analysten

- WIdO: Analyse zum Pflegebudget, 02/2026
- WIdO: Krankenhaus-Report 2026
- BARMER: Versorgungskompass 2026
- BARMER: Arzneimittelreport 2018
- Krankenhaus Rating Report 2026 (Ärzteblatt)
- KBV: Teilnahmestatus und Teilzeit
- KV Baden-Württemberg: Hinweise zur Abrechnung 3/2025
- vfa: Chronische Erkrankungen

D Umfragen

- DGINA-Umfrage Notaufnahmen, Juni 2026 (zm-online)
- Versichertenbefragung Notaufnahme im Auftrag des GKV-SV (Ärzte Zeitung)

E Aussagen im eigenen Interesse

- DKG: Investitionsfinanzierung der Länder, 09.01.2026
- vfa: AMNOG-Markt, Zusatznutzen im Zeitverlauf
- EFPIA WAIT-Indikator 2025 (Euronews)
- Bayerische Krankenhausgesellschaft zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz