



Deutscher**Anwalt**Verein

Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht

 HOCHSCHULE
FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



RHÖN STIFTUNG

Gesellschaftliche Auswirkungen mangelnder Strukturen in der Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. rer. pol.

Andreas Beivers

25. Herbsttagung der AG Medizinrecht
Berlin, den 19. September 2025



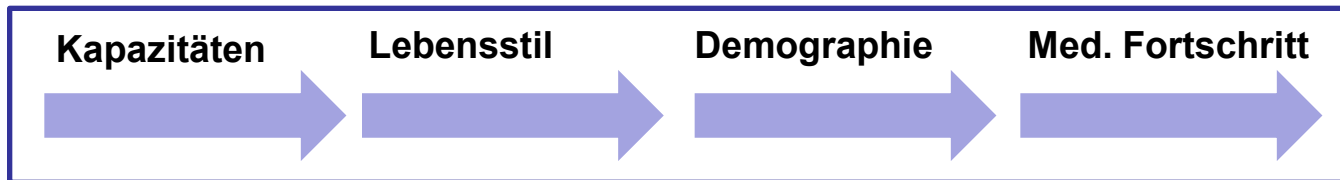
AGENDA

- **Ausgangslage: Es bleiben angespannte Zeiten**
- **Gesundheit und Gerechtigkeit?**
- **Mangelnde Strukturen: Ein ordnungspolitischer Blick**
- **Sozioökonomische Auswirkungen**
- **Ausblick**

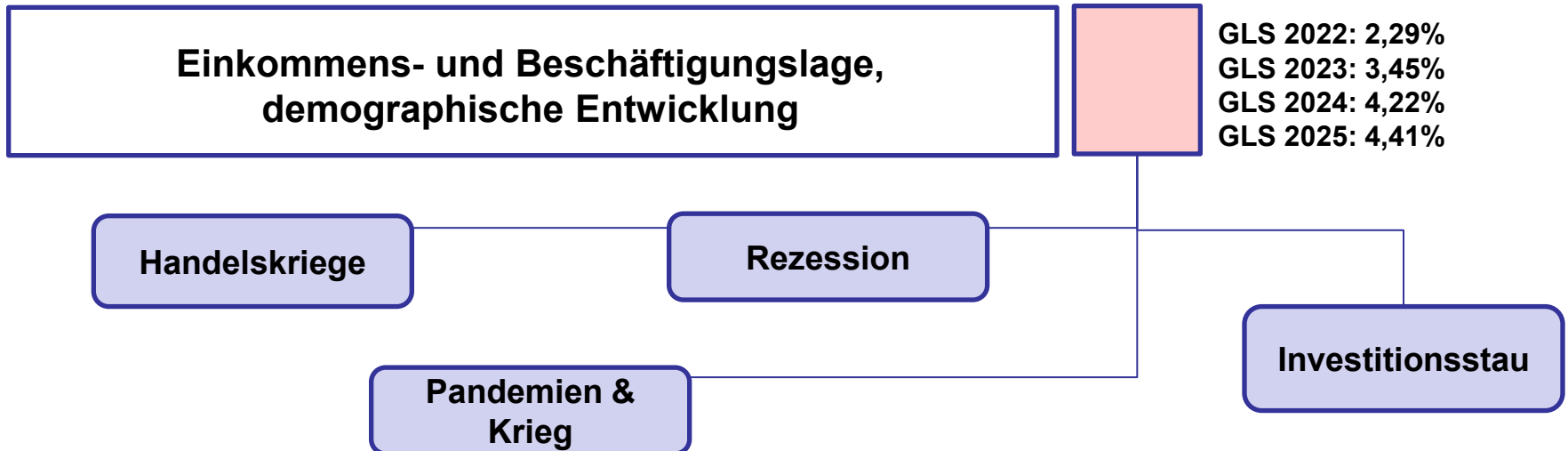
Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem...

im Kontext der aktuellen Lage in Deutschland

Ausgabefaktoren



Einnahmefaktoren



Schwierige Finanzlage: Eine neue Kommission soll die Probleme lösen

Bundesgesundheitsministerin Warken stellt GKV-Kommission 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.

12. September 2025



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken mit zwei Mitgliedern der neu berufenen „FinanzKommission Gesundheit“, Prof. Dr. Michael Laxy (l.) und Prof. Dr. Gregor Thüsing, am 12.09.2025 in Berlin.

Zweistufiges Verfahren geplant:

- Erster Bericht mit kurzfristig wirksamen Maßnahmen bis **Ende März 2026** (*Maßgebliche Kostentreiber, sowie Ineffizienzen auf der Ausgabenseite & Einnahme-Probleme*)
- Zweiter Bericht: **Dezember 2026**

Die Mitglieder der „FinanzKommission Gesundheit“ sind:

1. **Frau Prof. Dr. Dagmar Felix** (Professorin für Öffentliches Recht mit dem Schwerpunkt Sozialrecht, Universität Hamburg)
2. **Herr Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach** (Professor für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)
3. **Herr Prof. Dr. Wolfgang Greiner** (Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld)
4. **Herr Prof. Dr. Michael Laxy** (Professur für Public Health und Prävention, Technische Universität München)
5. **Herr Prof. Dr. Jonas Schreyögg** (Professor für Management im Gesundheitswesen, Universität Hamburg)
6. **Frau Prof. Dr. Leonie Sundmacher** (Professorin für Gesundheitsökonomie, School of Medicine & Health, Technische Universität München)
7. **Herr Prof. Dr. Gregor Thüsing** (Professor für Arbeitsrecht und Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und das Recht der sozialen Sicherheit, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn)
8. **Frau Prof. Dr. Verena Vogt** (Professorin für Quantitative Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Jena)
9. **Frau Prof. Dr. Dr. Eva Winkler** (Onkologin und Professorin für Translationale Medizinethik, Universität Heidelberg)
10. **Frau Prof. Dr. Amelie Wuppermann** (Professorin für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth)

Die aktuelle Diskussion



STARTSEITE NEWS POLITIK REGIO UNTERHALTUNG KAUFBERATER SPORT FUSSBALL RATGEBER GESUNDHEIT SEX & LIEBE AUTO SPIELE

BILD > Politik > Inland > Kassen-Revolution geplant: Was habe ich als Versicherter davon?

Kassen-Revolution geplant

Was habe ich als Versicherter davon?



Die CDU plant eine Krankenkassen-Revolution für gesetzlich Versicherte
Foto: Getty Images

Prof. Andreas Beivers (46, Hochschule Fresenius) betont in BILD: „Wir brauchen sehr zügig Reformen, wenn wir die Sozialversicherung zukunftsfest machen wollen.“

Niedrigere Beiträge bei Arztbindung

Der Professor fordert: mehr Eigenverantwortung der Patienten! Wer sich an bestimmte Ärzte bindet oder gezielt steuern lässt, könnte mit günstigeren Tarifen belohnt werden. „Wer eine freie Facharztwahl haben will, kann dafür eine Extra-Versicherung abschließen“. Beivers warnt aber: „Auch Menschen, die weniger verdienen, müssen sich weiterhin eine freie Arztwahl leisten können.“

Tarife mit Eigenbeteiligung

Beivers: „Auch günstigere Tarife mit einer Eigenbeteiligung könnten möglich sein. Es muss darauf geachtet werden, dass es eine hochwertige Grundversorgung gibt.“ Heißt: Wer aus eigener Tasche beim Arzt dazuzahlt, könnte niedrigere monatliche Kassenbeiträge haben.

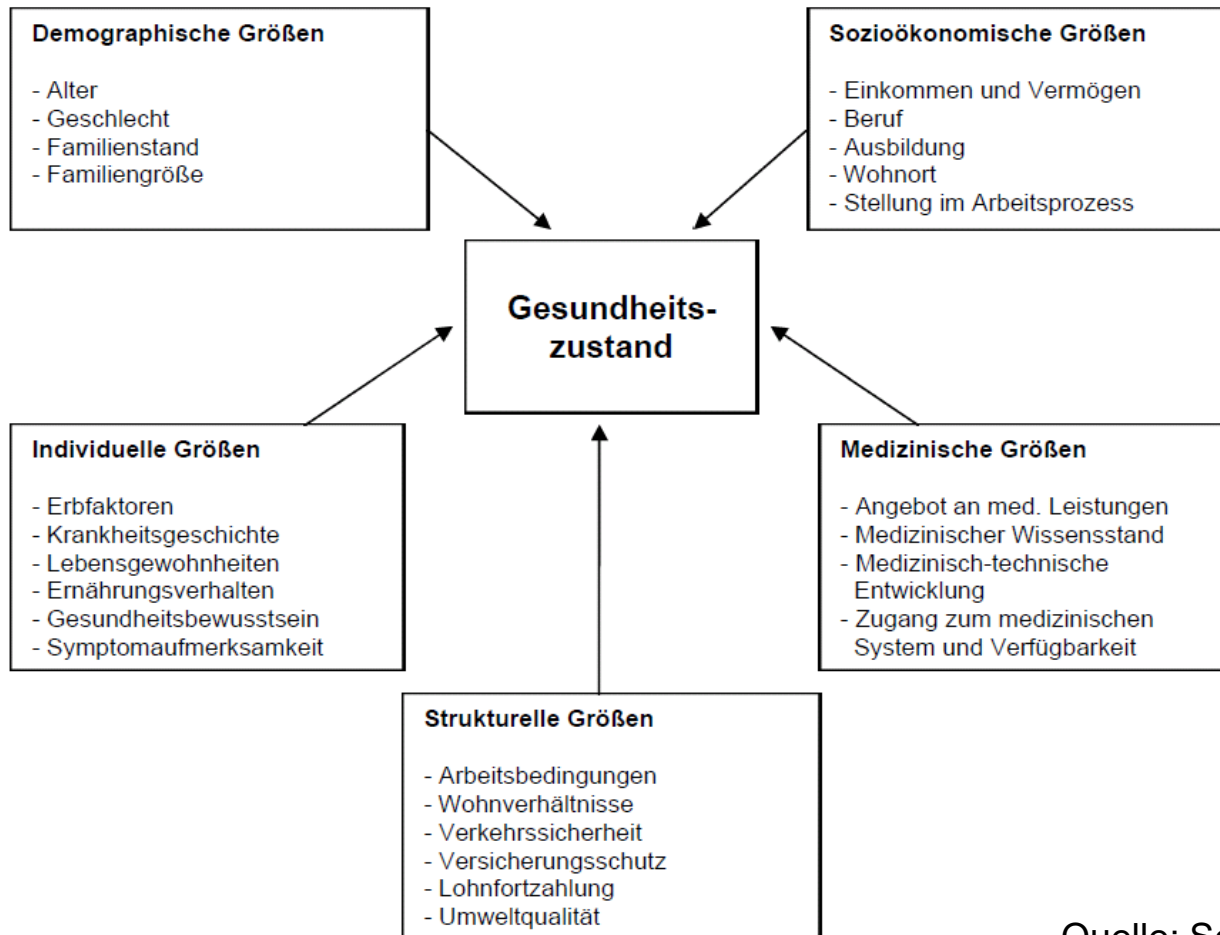
Beivers Vorschlag: Ein Ethikrat soll die Reform begleiten, damit niemand aus Kostengründen schlechter behandelt wird.

AGENDA

- **Ausgangslage: Es bleiben angespannte Zeiten**
- **Gesundheit und Gerechtigkeit?**
- **Mangelnde Strukturen: Ein ordnungspolitischer Blick**
- **Sozioökonomische Auswirkungen**
- **Ausblick**

Gesundheit als Gerechtigkeit?

Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes



Quelle: Schreyögg (2003)

Der gerechte Preis

Aristoteles und die Nikomachische Ethik

Ein gerechter Preis eines Gutes muss

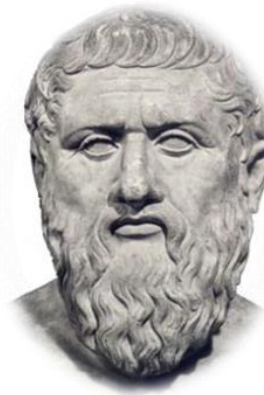
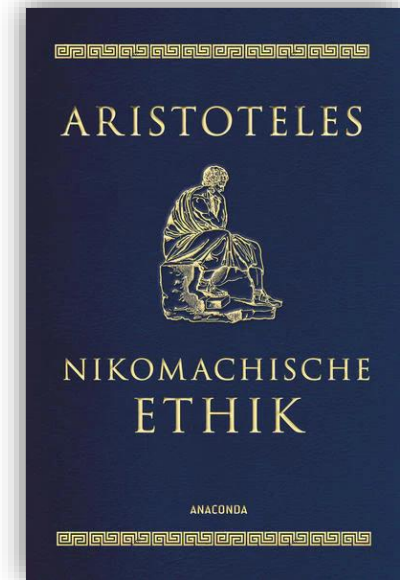
- die Kosten der Produktion decken
- dem Produzenten ein standesgemäßes Leben ermöglichen

Standesgemäße Entlohnung ergibt sich aufgrund

- der Schwere der Arbeit
- der notwendigen Qualifikation
- der öffentlichen Meinung über den Beruf

Öffentliches Ansehen berücksichtigt die

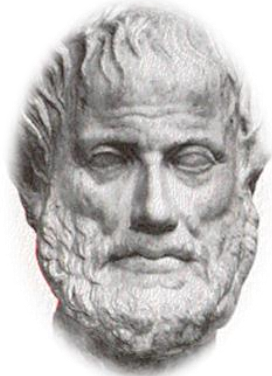
- Abgeltung positiver Verantwortung
- Abgeltung negativer Wahrnehmung



Platon
(427-347 v.C.)

chrématistiké
(Kunst der Bereicherung)

Geld und Zins
Gerechter Tausch

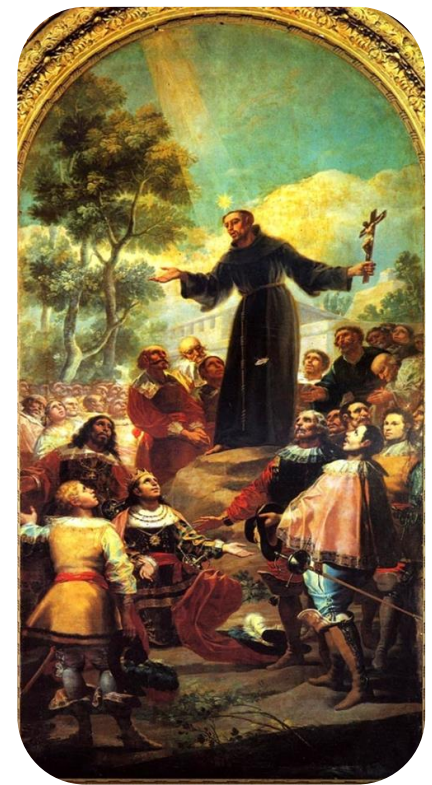


Aristoteles
(384-322 v.C.)

Moderne Ökonomie vs. Mittelalter

Die Epoche der Scholastik: Mittelalterliche Schriften (~ 1100-1650) mit Aussagen zu ökonomischen Fragen

- Mönche, Kleriker, Wanderprediger
- Rückgriff auf Bibelzitate
- Normative Überlegungen bzgl. Gerechtigkeitsvorstellungen
- **Wesentliche Unterschiede zur modernen ökonomischen Theorie**



San Bernadino von Siena
(1380-1444)

mangels dürfen nicht dazu führen, dass die Stellen in der Pflege abgewertet werden. Wir wollen die Kommerzialisierung im Gesundheitswesen beenden, denn sie wirkt sich negativ auf die Versorgung der Patient*innen und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aus. Gewinne, die aus Mitteln der Solidargemeinschaft erwirtschaftet werden, sollen verpflichtend und weitestgehend wieder in das Gesundheitssystem zurückfließen. Wir stärken die Kommunen bei der Einrichtung

AGENDA

- **Ausgangslage: Es bleiben angespannte Zeiten**
- **Gesundheit und Gerechtigkeit?**
- **Mangelnde Strukturen: Ein ordnungspolitischer Blick**
- **Sozioökonomische Auswirkungen**
- **Ausblick**



Jürgen Klauber · Jürgen Wasem
Andreas Beivers · Carina Mostert
David Scheller-Kreinsen *Hrsg.*

Krankenhaus- Report 2025

Versorgung Hochbetagter

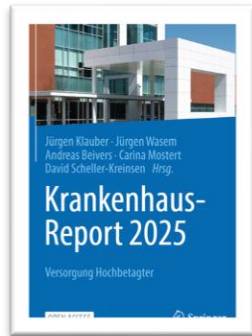
OPEN ACCESS

 Springer

Empirische und ordnungspolitische Analyse der Krankenhausinsolvenzen

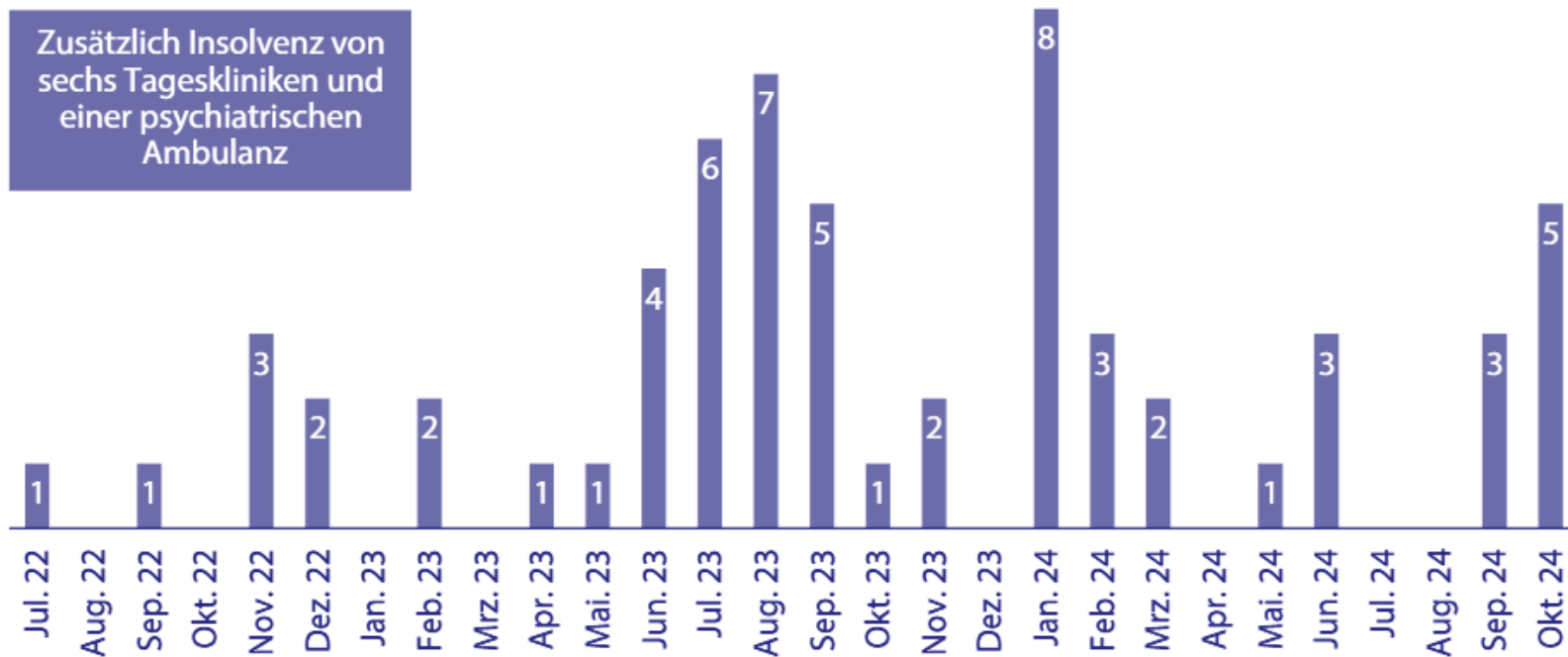
*Adam Pilny, Andreas Beivers, Boris Augurzky und
Jürgen Malzahn*

Anzahl der Krankenhausstandorte mit begonnenen Insolvenzverfahren (Juni 2022 bis Oktober 2024)



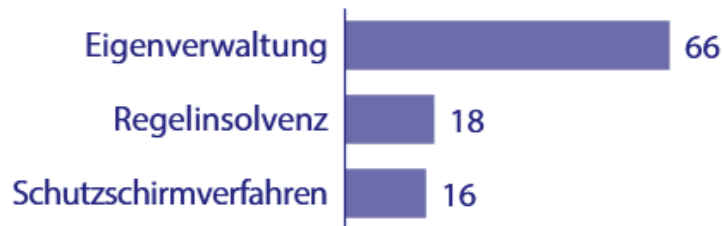
61 Insolvenzen im
betrachteten Zeitraum

Zusätzlich Insolvenz von
sechs Tageskliniken und
einer psychiatrischen
Ambulanz



Klinikin insolvenzen nach Art der Insolvenz und deren Ausgang (Juni 2022 bis Oktober 2024)

Art des Insolvenzverfahrens
Juni 2022 bis Oktober 2024 (Anteile in %)

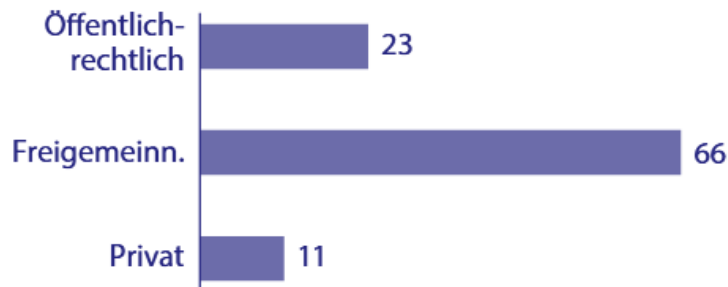


Ausgang des Insolvenzverfahrens
Juli 2022 bis Oktober 2024 (Anteile in %)

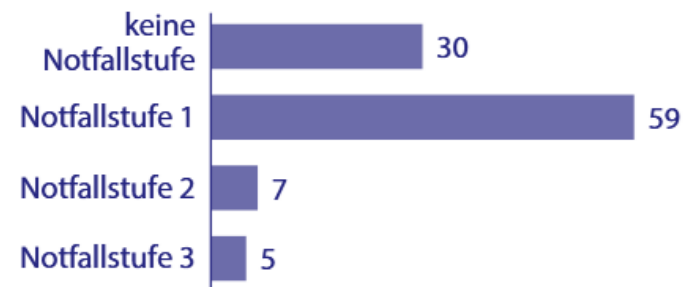


Insolvenz nach Trägerschaft und Notfallstufe

Trägerschaft
der Krankenhausstandorte
im Insolvenzverfahren
Juli 2022 bis Oktober 2024 (Anteile in %)

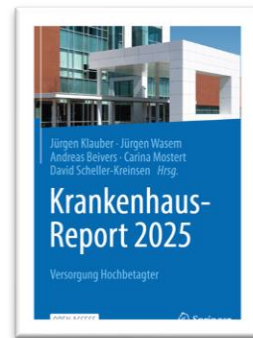


Notfallstufe
der Krankenhausstandorte
im Insolvenzverfahren
Juli 2022 bis Oktober 2024 (Anteile in %)



Key-Messages

In weiten Teilen erwartbare Ergebnisse der Sonderanalyse

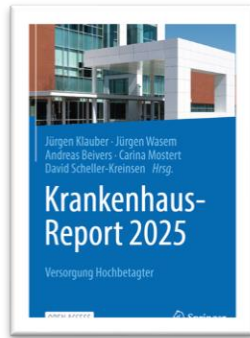


- Sonderanalyse untersucht sozioökonomische Faktoren, die mit dem Risiko einer Klinikinsolvenz zusammenhängen können (**Multivariates Analyseverfahren**)
- Da bis auf einen Standort **alle insolventen Standorte aus den Flächenländern stammen**, ist kein verzerrender Effekt der Schätzergebnisse zu erwarten
- **Öffentliche und private Träger weisen eine geringere Häufigkeit** von Insolvenzen auf als freigemeinnützige Träger
- **Größere Krankenhäuser haben ein geringeres Insolvenzrisiko** als kleine Häuser
- Standorte mit der **GBA-Not-fallstufe 1 haben eine statistisch signifikant höhere Insolvenzhäufigkeit** als solche Standorte ohne Notfallstufe

Key-Messages

In weiten Teilen erwartbare Ergebnisse der Sonderanalyse

- Bei den regionalen Indikatoren zeigt sich bei den sozio-ökonomischen Kennzahlen ein gemischtes Bild:
 - Klinikinsolvenzen finden häufiger in Kreisen statt, in denen der **Anteil älterer Menschen höher ist**
 - Interessanterweise finden Krankenhausinsolvenzen **seltener in Kreisen mit einem höheren Anteil von Haushalten mit einem geringeren Einkommen** statt
 - Ebenfalls zeigt sich, dass **Insolvenzen häufiger in reicheren Kommunen auftreten**



Klage von AGALESION als „Weißer Elefant im Raum“

Top-Themen

Hauptstadtkongress

Krankenhausreform

Fachkräftemangel

Insolvenz

[kma-online.de](#) > [Aktuelles](#) > [Klinik-News](#) > [Agaplesion reicht Unterlassungsklage gegen Stadt Frankfurt](#)

Rechtswidrige Querfinanzierung?

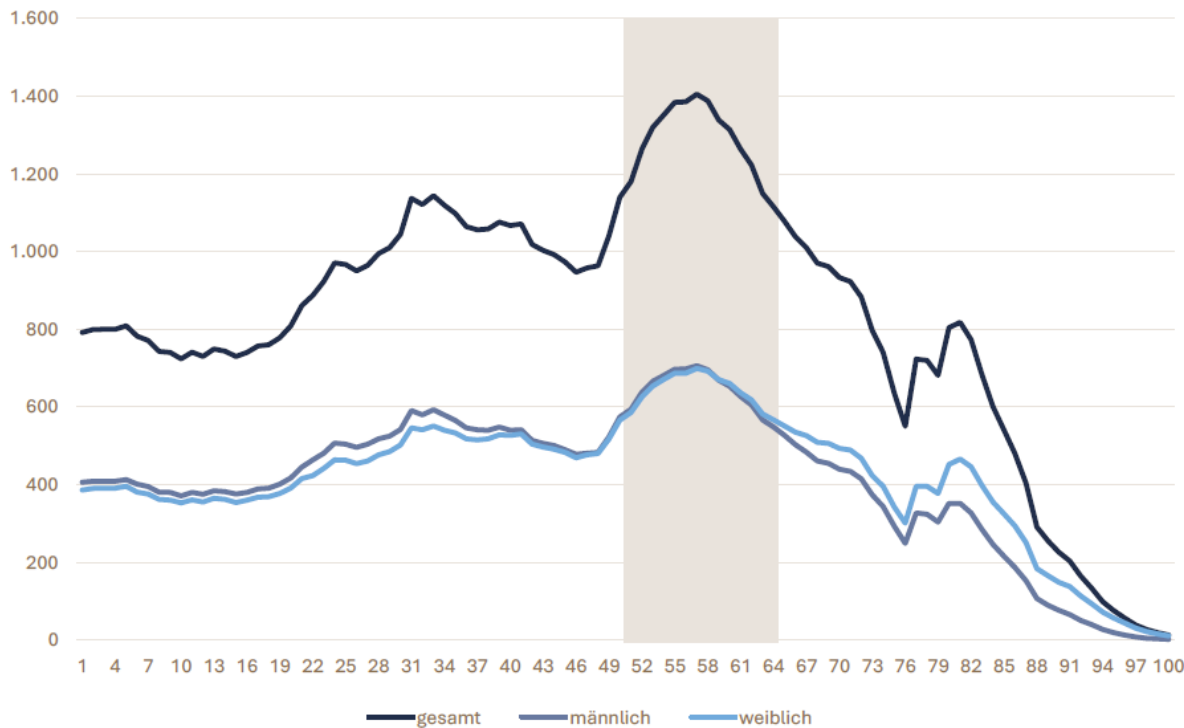
Agaplesion verklagt die Stadt Frankfurt

Wegen der Millionenhilfen an das Klinikum Höchst verklagt Agaplesion die Stadt Frankfurt am Main auf Unterlassung. Der Konzern kritisiert Wettbewerbsverzerrung und Verschwendung von Steuergeldern – und will eine gerichtliche Überprüfung.



Die Baby-Boomer-Welle beeinflusst das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren massiv

Bevölkerungsstruktur nach Alter [Deutschland 2020, Vorausberechnung]

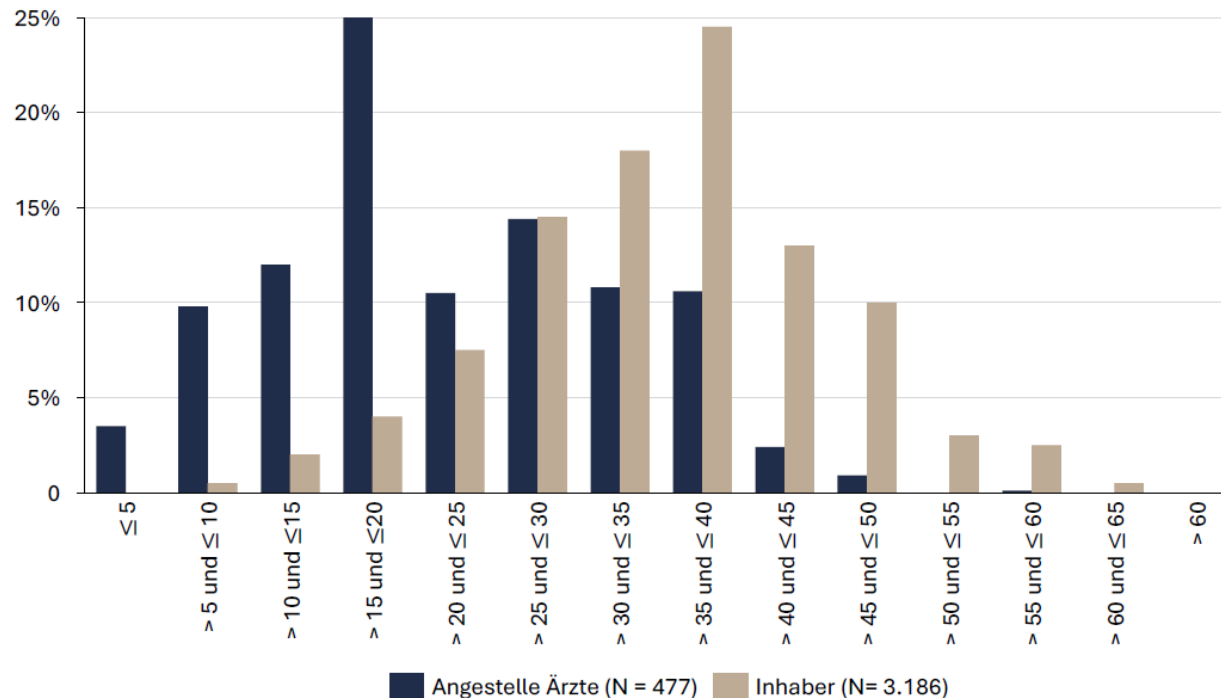


Implikationen

- Behandlungsbedarf steigt durch den demographischen Wandel – ältere Menschen werden tendenziell öfter, länger und schwerer krank.
- Fachkräftemangel verschärft sich weiter, wenn die Generation der Baby-Boomer in den nächsten 10 - 15 Jahren in Rente geht.
- Der Mangel an Fachkräften wird sich nicht alleine durch nachkommendes Personal jüngerer Generationen lösen lassen.

Bei der pro Kopf bereitgestellten Wochenarbeitszeit unterscheiden sich die Ergebnisse erheblich nach Beschäftigungsverhältnis

Verteilung der Wochenarbeitsstunden der Inhaber und angestellten Ärzte für die Patientenversorgung [2022]

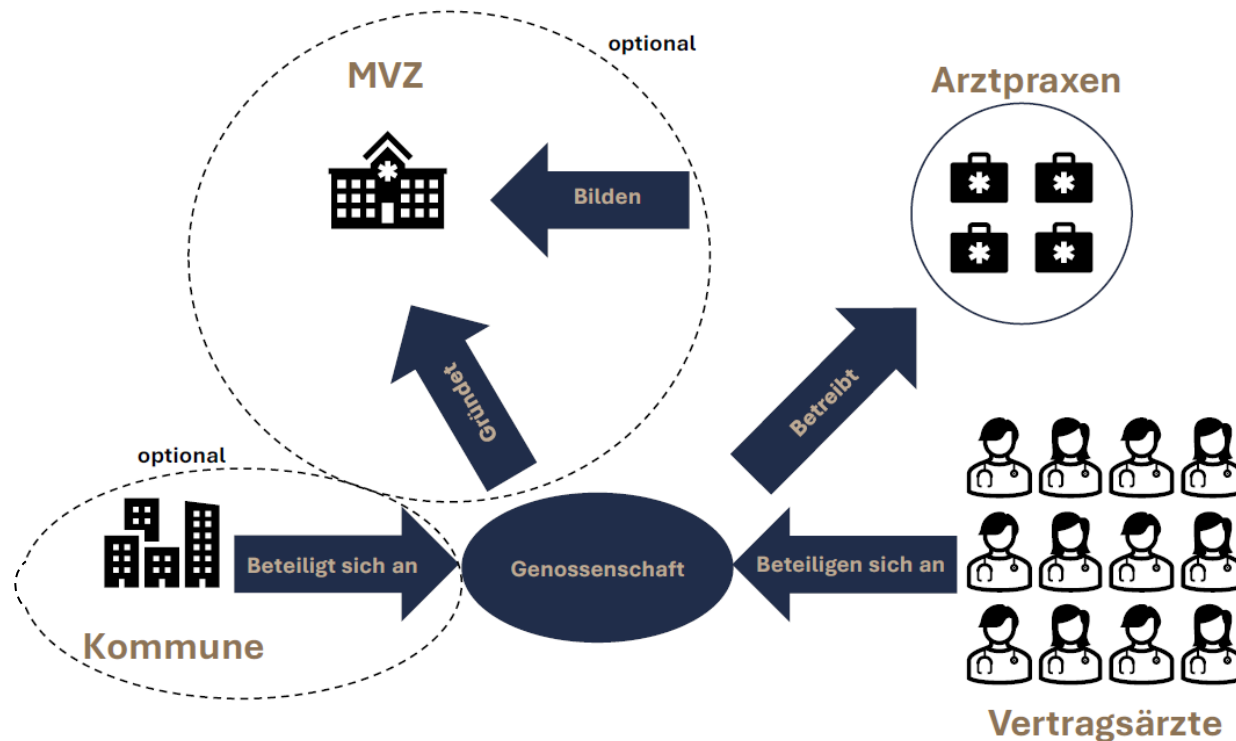


Quelle: Schätzwerte auf der Grundlage vom Zi-Praxis-Panel-Jahresbericht 2023, eigene Darstellung; Oberender AG

Erläuterung

- Viele Medizinstudenten heutzutage bevorzugen eine Tätigkeit als angestellter Arzt.
- Angestellte Ärzte arbeiten im Stundenvergleich deutlich weniger als selbstständige Ärzte.
- Etwa die Hälfte der angestellten Ärzte arbeitete 2023 weniger als 25 Stunden und rund ein Viertel weniger als 15 Stunden pro Woche
- ➔ Es werden mehr Köpfe benötigt, um dieselbe Leistung zu erbringen.
- ➔ Bei konstanten Zulassungszahlen können weniger Patienten behandelt werden.

Das Genossenschaftsmodell als Lösungsansatz



Genossenschaft als Option

- Eine eingetragene Genossenschaft ist eine der wenigen Rechtsformen, welche ein MVZ gründen dürfen und bietet diverse Vorteile:
 - Die Mitglieder einer Genossenschaft haben ein beschränktes Haftungsrisiko.
 - Damit ist auch die Beteiligung einer Kommune problemlos möglich.
 - Es gibt keine Nachschusspflichten.
 - Modell lässt Gemeinnützigkeit zu – keine Ertragssteuern.
 - Die Aufnahme und das Ausscheiden von Mitgliedern ist unkompliziert.
 - Uninteressant für Großinvestoren:
 - Stimmgewichte in der Generalversammlung orientieren sich nicht am eingebrachten Kapital.
 - Erträge verbleiben in der Genossenschaft und werden nicht ausgeschüttet.

AGENDA

- **Ausgangslage: Es bleiben angespannte Zeiten**
- **Gesundheit und Gerechtigkeit?**
- **Mangelnde Strukturen: Ein ordnungspolitischer Blick**
- **Sozioökonomische Auswirkungen**
- **Ausblick**

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt und gesunde Lebenserwartung nach Netto-Äquivalenzeinkommen

Einkommen*	FRAUEN		MÄNNER	
	Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	Gesunde Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	Gesunde Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)
unter 60 %	76,9	60,5	70,1	56,8
60 % bis unter 80 %	81,9	66,2	73,4	61,2
80 % bis unter 100 %	82,0	68,7	75,2	64,5
100 % bis unter 150 %	84,4	71,4	77,2	66,8
150 % und mehr	85,3	73,8	80,9	71,1
Gesamt	81,3	68,5	75,3	64,8

* Bezogen auf den Median des Netto-Äquivalenzeinkommens (nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes anhand der sog. neuen OECD-Formel für bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen)

Anteil von Frauen und Männern, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen nach sozioökonomischem Status und Altersgruppe, 2019 / 2020

ROBERT KOCH INSTITUT



Sozioökonomischer Status und Gesundheit

Datenlage, Befunde und Entwicklungen
in Deutschland

Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben schlechtere Gesundheitschancen und höhere Risiken für eine Vielzahl körperlicher und psychischer Erkrankungen als jene mit höherem sozioökonomischen Status. Dieser Beitrag gibt einen Überblick darüber, welche Daten und Befunde hierzu für Deutschland vorliegen und welche Entwicklungen sich in diesen beiden Bereichen abzeichnen. Dazu wird auf Basis verschiedener Datengrundlagen beschrieben, wie sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit vom Kindes- und Jugendalter bis ins höhere Lebensalter erstreckt und letztlich in einer sozial ungleichen Sterblichkeit und Lebenserwartung ausprägt.

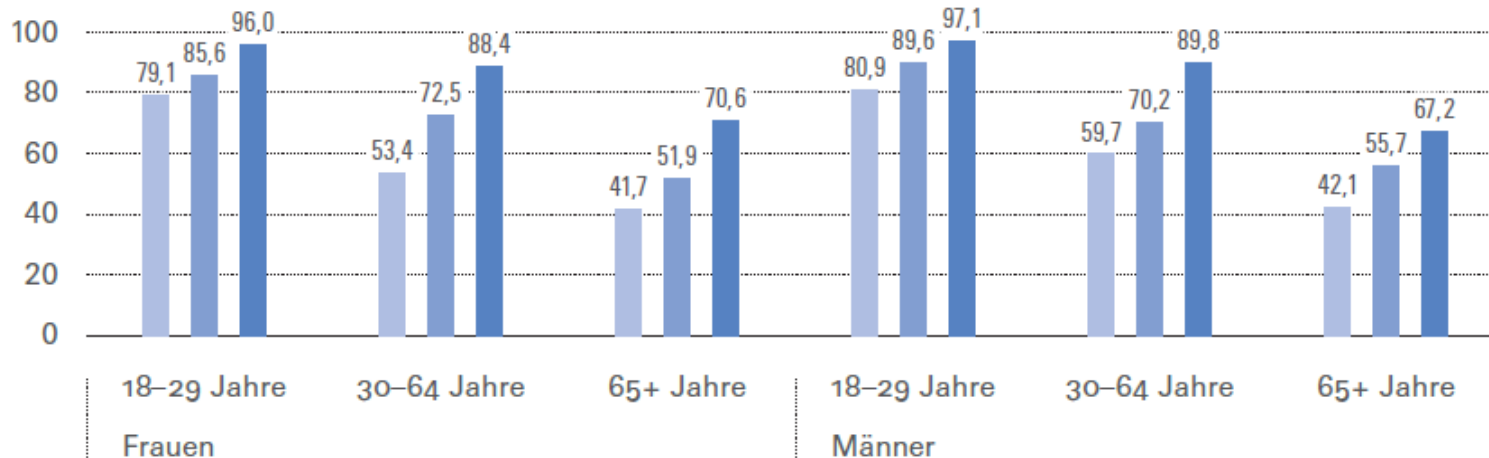
JENS HOEBEL, STEPHAN MÜTERS

Angaben in Prozent

■ Status: niedrig

■ Status: mittel

■ Status: hoch



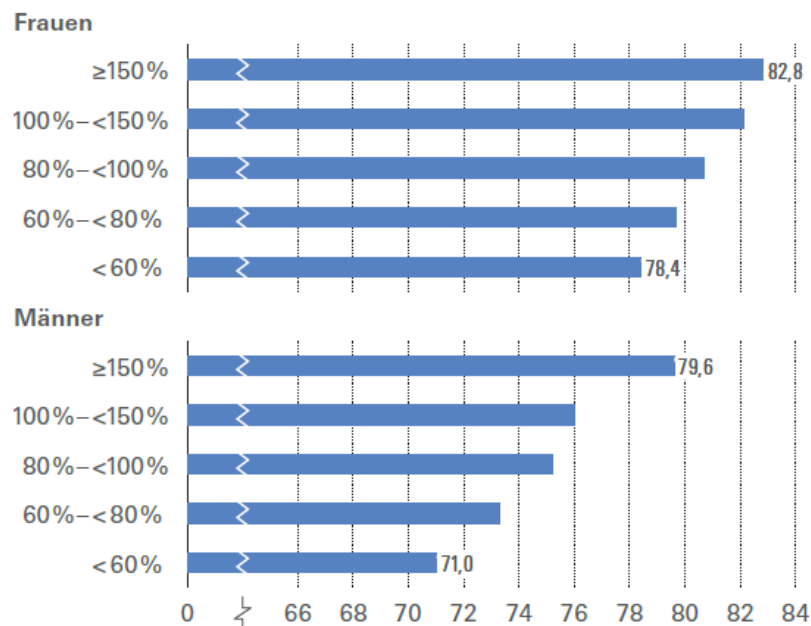
Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung anhand von Daten
der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS)

WSI Mitteilungen



Weitere Daten

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Netto-Äquivalenzeinkommen, 1992–2016



Quelle: Lampert et al. 2019a; eigene Darstellung.
Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1992–2016

WSI Mitteilungen

Altersstandardisierte^A Mortalitätsraten für Deutschland nach Todesursache und regionaler sozioökonomischer Deprivation auf Kreisebene, 2019

	Sterbefälle pro 100 000 Einwohner	
	Herz-Kreislauf	Krebs
Frauen		
Hohe Deprivation	321	215
Mittlere Deprivation	301	198
Niedrige Deprivation	262	187
Männer		
Hohe Deprivation	447	350
Mittlere Deprivation	407	307
Niedrige Deprivation	350	272

A altersstandardisiert auf die Europäische Standardbevölkerung 2013

Quelle: Michalski et al. 2022, Tetzlaff et al. 2023;
eigene Darstellung. Datenbasis: Todesursachenstatistik

WSI Mitteilungen

Sozioökonomische Bezüge

- Personen aus Kreisen mit hoher **sozioökonomischer Deprivation*** weisen eine **höhere Sterblichkeit** auf als Personen aus Kreisen mit niedriger sozioökonomischer Deprivation
- **Männer** in Kreisen mit der niedrigsten Deprivation weisen eine **etwa sechs Jahre, Frauen eine bis zu drei Jahre längere mittlere Lebenserwartung** auf als Personen aus Kreisen mit der höchsten Deprivation
- Ein ähnlicher sozialer Gradient zeigt sich bei der **Herz-Kreislauf-Mortalität und Lungenkrebsinzidenz**

* **Deprivation** (lat. privare ‚berauben‘) bezeichnet allgemein den Zustand der Entbehrung, des Entzuges, des Verlustes oder der Isolation von etwas Vertrautem sowie das Gefühl einer Benachteiligung



Armut & Gesundheit bei Kindern & Jugendlichen in Deutschland

- Kinder und Jugendliche der **Armutsrisikogruppe** sind deutlich häufiger in ihrer **Gesundheit beeinträchtigt als Gleichaltrige** aus der mittleren und v.a. aus der hohen Einkommensgruppe, ihr **Gesundheitsverhalten** ist ungünstiger
- Am stärksten sind die relativen **einkommensbezogenen Unterschiede** in der **subjektiven Gesundheit** ausgeprägt
- Kinder und Jugendliche **aus Familien mit niedrigem Einkommen** sind zu **6,0 % dauerhaft gesundheitlich eingeschränkt**
- Die **einkommensbezogenen Unterschiede** **fallen bei Jungen noch stärker aus als bei Mädchen** (s. nächste Folie)

Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:1263–1274
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03009-6>
Online publiziert: 16. September 2019
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2019



Thomas Lampert · Benjamin Kuntz
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 28 „Soziale Determinanten der Gesundheit“, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Ergebnisse aus KiGGS Welle 2

Ein differenziertes Bild: Fokus Migration

- Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst
- Auswertungen basieren auf der Befragungsstudie von November 2021 bis Mai 2022 unter **Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit**

Ergebnisse:

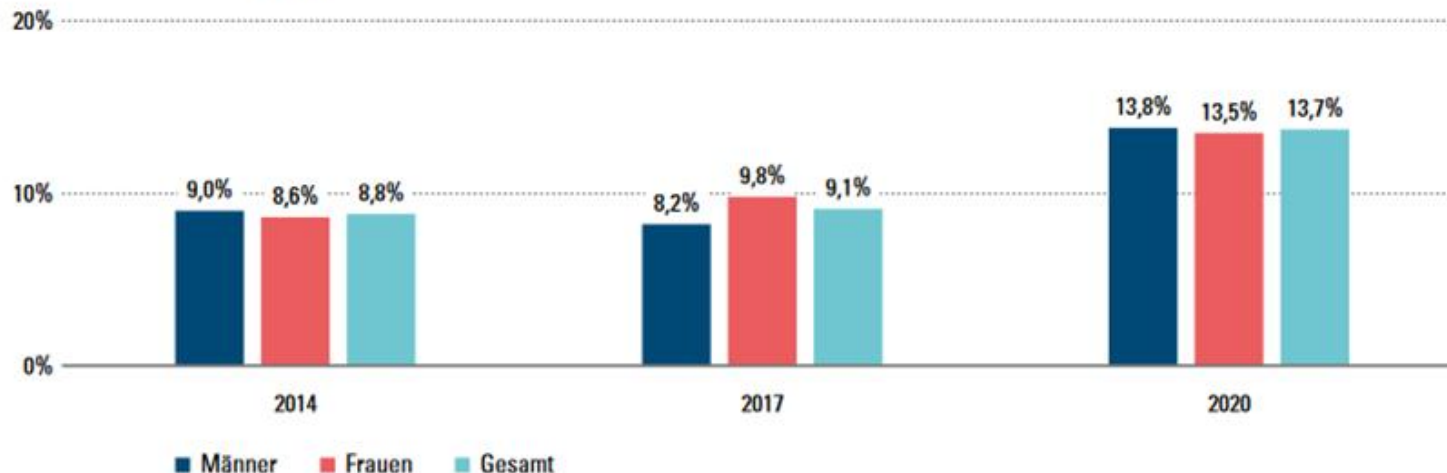
- Der **selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand**, das **Vorliegen einer depressiven Symptomatik**, die **Prävalenz des aktuellen Rauchens** und die **Inanspruchnahme allgemein- sowie fachärztlicher Leistungen variieren**
- Neben den **soziodemografischen Determinanten** sind insbesondere das **Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft** sowie die **subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen** mit den Gesundheitsoutcomes assoziiert



Anteil der einsamen Personen in Bayern

46 bis 90 Jahre, 2014, 2017 und 2020

Einsamkeit, Altersgruppe 46–90 Jahre, Deutschland



Wenn Einsamkeit krank macht
Bericht zu den gesundheitlichen
Folgen von Einsamkeit in Bayern

Chronische Einsamkeit erhöht das Risiko für viele Krankheiten & Befindlichkeitsstörungen:

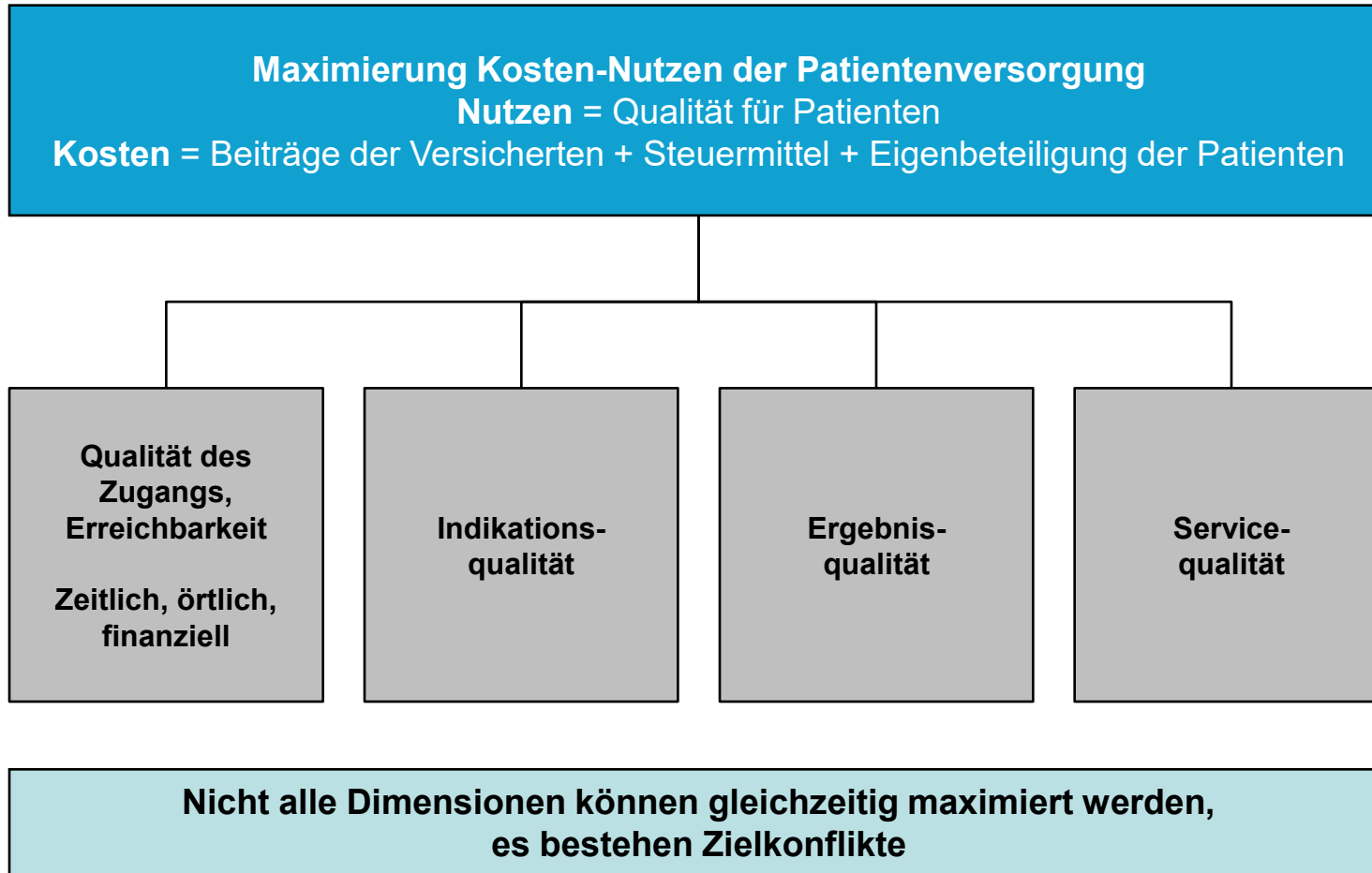
- psychische Störungen wie Depressionen und Suizidalität
- Angst oder Schlafstörungen
- körperliche Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus oder Demenz

AGENDA

- **Ausgangslage: Es bleiben angespannte Zeiten**
- **Gesundheit und Gerechtigkeit?**
- **Mangelnde Strukturen: Ein ordnungspolitischer Blick**
- **Sozioökonomische Auswirkungen**
- **Ausblick**

Zum Wohle des Patienten:

Was muss eine hochwertige Patientenversorgung leisten?





„Durch Deutschland muss ein Ruck gehen.

*Wir müssen Abschied nehmen von lieb gewordenen Besitzständen,
vor allen Dingen von den geistigen, von den Schubläden
und Kästchen, in die wir gleich alles legen.*

*Alle sind angesprochen, alle müssen Opfer bringen,
alle müssen mitmachen“*

Prof. Dr. jur. Roman Herzog (1934-2017)

Deutscher Jurist; Bundespräsident a.D.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de