

# Gesundheitsreform: »morbRSA« konterkariert Prävention

27. Oktober 2026 | Politikethik

## Serie: Strukturelle Schwächen des deutschen Gesundheitswesens (1)

Berichterstatter: Ralf-Thomas Hillebrand

*Das deutsche Gesundheitswesen steht unter Druck: Die Beiträge steigen von Jahr zu Jahr. Trotzdem müssen Patienten immer länger auf einen Arzttermin warten – manchmal monatelang. Ärztemangel und Aufnahmestopps für neue Patienten sind Normalität. Trotz hoher Kosten ist das System nicht effizient: Deutsche sterben im Durchschnitt etwa anderthalb Jahre früher als andere Westeuropäer. Die Gesundheitspolitik scheitert jedoch immer wieder bezüglich wirkungsvoller Reformen, denn diese greifen meist zu kurz. Das Global Applied Ethics Institute benennt in einer Serie von Memoranden die größten strukturellen Schwachpunkte des deutschen Gesundheitswesens.*

**Einen der schwerwiegendsten Fehlanreize in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung setzt der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Er blockiert nennenswerte finanzielle Anreize für Krankenkassen, sich wirkungsvoll um die Prävention von chronischen Krankheiten ihrer Versicherten zu bemühen.**

Im Hinblick auf Gesundheitsprävention ermittelten Experten im Auftrag des AOK Bundesverbands einen *Public Health Index*, bei dem Deutschland unter 18 untersuchten Ländern auf den vorletzten Rang kam.<sup>1</sup> Die Lebenserwartung Deutscher liegt im Vergleich zu den anderen westeuropäischen Ländern knapp 1 Jahr und 5 Monate zurück.<sup>2</sup> Nach Berechnungen der EU starben im Jahr 2023 in Deutschland 130.413 Menschen, deren Tod durch gesundheitsbezogene Präventionsmaßnahmen vermeidbar gewesen wäre. Dies

entspricht 157 durch Prävention vermeidbaren Todesfällen pro 100.000 Einwohner. Damit ist Deutschland Schlusslicht unter sämtlichen westeuropäischen Staaten.<sup>3</sup> In Italien etwa liegt diese Quote bei 98, in Spanien bei 110 und in den Niederlanden bei 123 Todesfällen.<sup>4</sup>

Es gibt zweifellos viele Gründe dafür, dass Präventionsmaßnahmen in Deutschland nicht in ausreichendem Maße beziehungsweise effizient genug durchgeführt werden – und nicht alle liegen im Gesundheitswesen begründet. Es gibt jedoch eine Systemlogik im deutschen Gesundheitswesen, die Prävention aus dem medizinischen Behandlungsalltag verbannt. Die Krankenkassen werden überdies sogar noch von den Kostenrisiken dadurch zunehmender Morbidität ihrer Versicherten freigestellt.

## **Das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Kultur der klinischen Evidenz**

Nachdem zwischen 1970 und 1985 die durchschnittlichen Sozialversicherungsbeiträge um 32 Prozent und jene der Gesetzlichen Krankenversicherung sogar um 44 Prozent gestiegen waren<sup>5</sup>, schuf die Bundesregierung unter Helmut Kohl 1988 das Gesundheitsreformgesetz, dessen Ziel in erster Linie die Begrenzung der ausufernden Kosten war<sup>6</sup>. Neben Leistungseinschränkungen der Kassen und erhöhten Zuzahlungen der Versicherten verankerte der Gesetzgeber ein scheinbar plausibles Grundprinzip in Paragraph 12 des Fünften Sozialgesetzbuchs: das Wirtschaftlichkeitsgebot.<sup>7</sup> Über die von den Krankenkassen zu erstattenden Leistungen heißt es darin:

*„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“*

Später installierte der Gesetzgeber zusätzlich sogar ein persönliches Haftungsrisiko für die Vorstände von Krankenkassen: Wer Leistungen ohne eindeutige Rechtsgrundlage oder entgegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot erbringt, wird persönlich in Regress genommen.<sup>8</sup>

In der Folge veränderte das gut gemeinte Wirtschaftlichkeitsgebot das Gesundheitswesen von Grund auf: Leistungen werden seitdem immer kritischer daraufhin untersucht, ob sie einen wissenschaftlich belegbaren Nutzen haben. Sofern das nicht der Fall ist, übernimmt die Gesetzliche Krankenversicherung keine Kosten. Die Folge war ein ungebremsster Trend weg von „sprechender Medizin“ (bei der der Mediziner mit dem Patienten spricht, ihn berät oder ihm schlicht Zuwendung zuteilwerden lässt) in Richtung einer Verrichtungsmedizin, bei der die Arbeit von Medizinern nach Verrichtungen am Patienten und nicht nach dessen Gesundheitszustand vergütet wird: Erstattet wird am ehesten eine in einer Leistungsziffer möglichst eindeutig definierbare Maßnahme, die Krankheiten messbar bekämpft. Die logische

Konsequenz: Das System bezahlt – von wenigen Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen abgesehen – nicht das Verhüten der Krankheit, sondern den juristisch einwandfrei evaluierbaren Eingriff am bereits entstandenen Schaden.

Prävention entzieht sich aufgrund ihres Charakters weitestgehend dieser Logik des Sozialgesetzbuchs: Wie beispielsweise ein Arzt seinen Patienten am wirkungsvollsten zu gesünderer Lebensführung bewegt und wie sich das dann zwei oder drei Jahrzehnte später auf dessen Gesundheitszustand auswirkt, lässt sich mit der vom Wirtschaftlichkeitsgebot seit den 1990er Jahren immer stringenter eingeforderten Methodik der evidenzbasierten Medizin kaum bewerten.

Dessen wird man sich während des Gesetzgebungsprozesses im Jahr 1988 bewusst gewesen sein. Denn man lagerte Prävention damals in einen weiteren neuen Paragraphen aus: Paragraph 20 legt die Aufgabe zu Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung seitdem mit einem eigenen Budget in die Hände der Krankenkassen. Dem Spardruck und der schlecht evaluierbaren Wirkung von Prävention ausgesetzt fällt dieser Betrag aber – geradezu peinlich – gering aus: Je Versicherten geben die Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr weniger als 10 Euro aus. Im Jahr 2024 waren es genau 9,29 Euro.<sup>9</sup>

## Das Präventions-Dilemma

Schwerwiegender als das geringe Budget ist jedoch: Diese Prävention bildet im Gesundheitssystem nunmehr einen eigenen Sektor mit eigenem Budget und eigener Vergütungssystematik. Die Folge: Die finanziellen Mittel können und dürfen gar nicht erst bei den Hausärzten ankommen, deren Vergütung zum ambulanten Sektor mit seinem eigenen Etat gehört. Stattdessen gibt es ein ganz eigenes System, in dem vor allem nicht-ärztliche Berufsgruppen, kommerzielle Anbieter wie Fitnessstudios oder Reha-Zentren, Volkshochschulen oder andere öffentliche Träger sowie private Dienstleister von Ernährungsberatern bis zu Yogalehrern als Leistungserbringer fungieren. Fast 65.000 Anbieter haben bei der *Zentralen Prüfstelle Prävention* rund 115.000 Präventionsmaßnahmen zertifizieren lassen.<sup>10</sup> Dem eigentlichen Versorgungsalltag – vor allem in der ärztlichen Praxis – ist die Prävention damit jedoch weitgehend entzogen.

Insbesondere dies führt zum sogenannten „Präventionsdilemma“: Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die nicht im Kontext der eigentlichen medizinischen Versorgung stehen, sondern als unabhängige Bildungs- oder Trainingsangebote organisiert sind, werden vor allem von Menschen in Anspruch genommen, die ohnehin einen gesunden Lebensstil pflegen beziehungsweise ein geringes Krankheitsrisiko aufweisen. Diejenigen hingegen, die

erhöhten Risiken ausgesetzt sind, nehmen präventive und gesundheitsfördernde Angebote deutlich seltener wahr.<sup>11</sup>

Der Sachverständigenrat Gesundheit beklagte bereits 2018:

*„Neben bestehenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den jeweiligen Schnittstellen der immer noch stark abgeschotteten Sektoren. Es existiert quasi eine „unsichtbare Mauer“ zwischen der Prävention, der ambulanten und der stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und der Pflege.“<sup>12</sup>*

In den Niederlanden beispielsweise, wo die Quote der durch Prävention vermeidbaren Todesfälle um fast ein Viertel niedriger ist als hierzulande, ist das als „Kombinierte Lebensstilintervention“ (*Gecombineerde Leefstijlinterventie, GLI*) bezeichnete Programm ein Schwerpunkt des Gesundheitswesens. Hier werden Leistungen der Hausärzte vergütet, die Patienten mit erhöhten Risikofaktoren in Präventionsmaßnahmen überweisen. Das Präventionsdilemma wird damit gezielt überwunden.<sup>13</sup>

## **Risikosturkurausgleich: Morbidität ist kein Problem mehr – für die Kassen**

Man könnte annehmen, dass Krankenkassen unter den dargestellten Umständen ein Wettbewerbsrisiko sehen. Denn wenn ihre Versicherten sich nach und nach in einem immer schlechteren Gesundheitszustand befinden als notwendig, steigen die Gesundheitsausgaben ebenfalls stärker als eigentlich notwendig – und mit ihnen die Krankenkassenbeiträge. Die Versicherten könnten dann in eine Krankenkasse wechseln, die durch erfolgreichere Prävention niedrigere Beitragssätze hat.

Doch dies verhindert der morbiditätsorientierte Risikosturkurausgleich.

Hintergrund für dieses in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannte Instrument ist das im Jahr 1996 eingeführte Recht auf freie Wahl der Krankenkasse. Damals war klar, dass verhindert werden musste, den Kassen beim Anwerben neuer Versicherter eine sogenannte „Rosinenpickerei“ zu ermöglichen. Ein junger, gesunder Versicherter, der keine Kosten verursacht, wäre ja – ohne entgegengesetzt wirkende gesetzliche Regulierung – für jede Krankenkasse ein ökonomischer Gewinn, während ein altes, möglicherweise multimorbides Neumitglied die Kasse enorm belasten würde. Krankenkassen würden sich also, so

befürchtete man, nur noch um junge, gesunde und gutverdienende Mitglieder bemühen. Je mehr das einigen Kassen gelänge, umso mehr würden andere Kassen auf risikobehafteten Versicherten sitzen bleiben, müssten ihre Beiträge immer weiter erhöhen, bis schließlich ihre Zahlungsunfähigkeit einträte. Der sogenannte Risikostrukturausgleich soll das verhindern.

Der Risikostrukturausgleich gleicht die höheren Kosten für kranke Versicherte aus, indem Geld von Kassen mit überdurchschnittlich gesunden Versicherten an Kassen mit vielen überdurchschnittlich morbiditen Versicherten fließt.<sup>14</sup> Das Verfahren wurde mehrfach überarbeitet und funktioniert seit 2009 als großes Umverteilungssystem: Alle von den gesetzlichen Kassen eingenommenen Versicherungsbeiträge werden in den Gesundheitsfonds eingezahlt, einen großen Topf von insgesamt rund 300 Milliarden Euro.<sup>15</sup> Nach einem komplexen Berechnungsmodus werden dann den Krankenkassen die 300 Milliarden als „Zuweisungen“ ausgezahlt, die sich nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Gesundheitsstatus der Versicherten richten.

Für Versicherte mit schweren Lungenerkrankungen (COPD, Emphysem, Bronchiektasen) schüttete der Gesundheitsfonds den Kassen im Jahr 2024 beispielsweise 4,24 Milliarden Euro aus. Für Versicherte mit schweren Nierenerkrankungen (Dialysestatus, Apherese) bekamen sie insgesamt 3,66 Milliarden.<sup>16</sup>

Doch dies ist – trotz aller guten Absichten – ein gravierender Fehlanreiz im Gesundheitssystem: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich finanziert nunmehr so gerecht wie möglich alle Krankheitskosten, anstatt jene Krankenkassen zu belohnen, die ihre Versicherten gesünder machen und auf diese Weise die Ausgaben für ihre Versicherten senken. Denn Kassen, die das tun, verzichten dadurch auch auf künftige Zuweisungen. Prävention bleibt somit ein Nullsummenspiel.

Dazu schrieb die Monopolkommission, ein wettbewerbspolitisches Beratungsgremium der Bundesregierung, im Jahr 2017:

*„Hier hat die seit 2009 bestehende Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich allerdings zur Folge, dass die Kassen von einer besseren Versorgung ihrer Versicherten weniger profitieren. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zahlt sich für die Kassen nicht aus, wenn eine Verschlechterung der Morbidität ihrer Versicherten zu höheren Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich führt.“<sup>17</sup>*

Die Behandlungskosten wegen zunehmender Morbidität ihrer Versicherten erhalten die Krankenkassen hingegen dauerhaft ausgeglichen. Einem wirtschaftlichen Anreiz, die

Versicherten langfristig gesünder zu machen, stellt sich der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich entgegen.

## Auf dem Papier kränker statt im Leben gesünder

Es gibt einen zweiten damit verbundenen nachteiligen Effekt: Während Prävention sich erst nach Jahren, möglicherweise nach Jahrzehnten, auszahlt, kommen Zuweisungen aus dem „Morbi-RSA“ schon im auf eine Diagnose folgenden Jahr bei der Krankenkasse an. Der Missbrauch des Instruments ist daher ein seit langem schwelender Skandal.

Ein Krankenkassenvorstand hatte 2016 im Interview<sup>18</sup> eingeräumt:

*„Es ist ein Wettbewerb zwischen den Kassen darüber entstanden, wer es schafft, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren.“<sup>19</sup>*

Kassen würden Ärzten Prämien zahlen, wenn sie Patienten auf dem Papier kränker machten, erläuterte der Kassenchef.

Das damalige Bundesversicherungsamt (heute: Bundesamt für Soziale Sicherung) ermittelte daraufhin gegen elf Krankenkassen. Als erste Kasse hatte die AOK Rheinland/Hamburg 5,6 Millionen Euro zurückzuzahlen. Zusätzlich setzte das Bundesversicherungsamt eine 25-prozentige Strafzahlung von 1,4 Millionen Euro fest.<sup>20</sup>

Dass bekannt wurde, welche Krankenkasse Zuweisungen zurückzuzahlen hatte, hing vor allem damit zusammen, dass die AOK zunächst beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gegen das Bundesversicherungsamt klagte. Generell veröffentlicht das Bundesamt für Soziale Sicherung hingegen bis heute nicht, welche Krankenkassen wegen übertrieben schwerer Diagnosen („Upcoding“) Zuweisungen zurückzahlen mussten. Aus einer Bundestagsanfrage vom Januar 2025 geht allerdings hervor, dass für die Jahre 2009 bis 2017 nach intensiven Prüfungen über eine halbe Milliarde Euro von Krankenkassen zurückgefordert wurden.<sup>21</sup>

Doch das Bundesamt für Soziale Sicherung beklagt auch „erhebliche Hürden, die die Durchführung dieser Prüfungen erschweren“.<sup>22</sup> Die Behörde ist mit nachträglichen flächendeckenden Prüfungen der von den Krankenkassen gemeldeten Morbiditätsdaten derzeit erst beim Jahr 2017 angelangt.<sup>23</sup>

Zwar hat der Gesetzgeber seitdem eine ganze Reihe von gesetzlichen Regelungen eingeführt, die Upcoding erschweren sollen.<sup>24</sup> Darunter befindet sich beispielsweise eine

„Manipulationsbremse“, die nach Meinung sowohl des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesamt für Soziale Sicherung als auch des Bundesrates mehr schade als nütze und deshalb wieder abgeschafft werden solle.<sup>25,26</sup>

Doch sind von Krankenkassen gemeldete Daten weiterhin immer wieder fragwürdig: Im Jahr 2025 habe das Amt die Morbiditätsmeldungen von 16 Krankenkassen als statistisch auffällig beurteilt, berichtete die Ärztezeitung im August. Es sei jedoch nicht möglich gewesen, Rückforderungen geltend zu machen. Hauptgrund sei, dass es sehr schwierig sei, einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Datenmanipulation und finanziellen Vorteilen für eine Krankenkasse zu belegen.<sup>27</sup>

## Reform des Morbi-RSA

Im März 2025 hat der Bundesrat in einer wenig beachteten EntschlieÙung eine grundlegende Reform des „Morbi-RSA“ gefordert. Er kritisierte einen „unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand“ und eine „Misstrauenskultur“, die der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich nach sich zöge und forderte gravierende Reformen:<sup>28</sup>

*„Aufgrund seiner Ein-Jahres-Perspektive fördert der Morbi-RSA Versorgungsentscheidungen, die zu höheren Zuweisungen im folgenden Jahr führen, langfristig wirkende Investitionen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie in innovative Versorgungsangebote werden hingegen unzureichend berücksichtigt. Es bedarf daher einer zukunftsgerichteten Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit dem Ziel, einerseits den bürokratischen Aufwand drastisch zu verringern, und andererseits auf eine langfristig nachhaltige Versorgung, Prävention und Innovation hinzuwirken.“<sup>29</sup>*

Der Bundesrat entwickelte seine Kritik gedanklich auch zu einem weitreichenden Lösungsansatz weiter. So heißt es in der EntschlieÙung:

*„Im Morbi-RSA sind daher hinreichende finanzielle Anreize vorzusehen, mit denen diejenigen Krankenkassen belohnt werden, die ihre Präventionsmaßnahmen und Versorgungsangebote steigern und das vorhandene Innovationspotential im Gesundheitssystem heben.“<sup>30</sup>*

Was der Bundesrat fordert, kommt freilich einem Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen gleich: Statt des bisherigen strikten Erstattungsregimes in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen Krankenkassen für erfolgreiches Bemühen um die

Gesundheit ihrer Versicherten belohnt werden. Was so plausibel erscheint, erfordert jedoch grundlegende Reformen.

## **Belohnung der Krankenkassen für mehr Gesundheit der Versicherten**

Der Vorschlag des Bundesrates birgt ein Risiko: Wollte man innerhalb des bestehenden Systems eine Belohnung auszahlen, die sich nach dem Gesundheitsstatus der Versicherten richtet, würde das zu einer Art umgekehrtem Risikostrukturausgleich. Krankenkassen müssten nachweisen, dass sich der Gesundheitsstatus ihrer Versicherten verbessert hat – erst dann gäbe es Geld. Der bürokratische Aufwand dafür wäre – wie beim bestehenden Morbi-RSA – nicht nur enorm, sondern das System wäre zudem auch mindestens ebenso missbrauchsanfällig.

Diese Nachteile ließen sich jedoch eliminieren, wenn sich die Belohnung nicht explizit am Gesundheitsstatus orientieren würde, sondern die Kasse für jeden Versicherten eine Versicherungsprämie erhielte, die unabhängig vom Gesundheitsstatus, aber auch unabhängig von den Ausgaben zu Erhalt oder Verbesserung der Gesundheit des Versicherten wäre – also eine sogenannte Kopfpauschale (oder auch: Gesundheitsprämie). Je gesünder der Versicherte wäre, desto höher wäre dann automatisch die Belohnung. Der Fehlanreiz für die Krankenkassen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wäre beseitigt, ein starker ökonomischer Anreiz zur Gesunderhaltung der Versicherten wäre gesetzt.

Tatsächlich beinhaltet das niederländische Gesundheitssystem, das nicht nur bei der Prävention besser funktioniert als das deutsche, sondern das auch 20 Prozent weniger Ausgaben verursacht<sup>31</sup>, Kopfprämien als eine grundlegende Komponente der Beitragsfinanzierung.<sup>32</sup>

Hinzu kommt, dass die Vergütung hausärztlicher Leistungen in den Niederlanden zu einem erheblichen Teil nach einem ähnlichen Prinzip erfolgt: dem der Capitation. Hausärzte erhalten ein pauschales Honorar pro Patienten – und zwar unabhängig von auftretenden Krankheitsfällen.<sup>33</sup> Vereinfacht ausgedrückt: Der Arzt erhält sein Honorar nicht mehr erst dann, wenn ein Patient krank wurde und behandelt werden musste – er bekommt dauerhaft ein Honorar und kümmert sich im Gegenzug darum, die Gesundheit des Patienten zu erhalten; denn je gesünder der Patient, desto mehr bleibt für den Arzt übrig.

In einer Studie im Auftrag der Stiftung Münch haben Wissenschaftler solche Capitation-Modelle in mehreren Ländern untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass damit erfolgreich

Sektorengrenzen überwunden, die Ambulantisierung der Versorgung vorangetrieben, die Steuerung der Patientenversorgung verbessert und eine spürbare Kostenreduktion erreicht werden kann.<sup>34</sup>

Auch Systeme mit Gesundheitsprämien benötigen allerdings einen Risikostrukturausgleich, um „Rosinenpickerei“ auszuschließen. Es wäre aber ein System denkbar, in dem unterschiedliche Kostenrisiken der Versicherten aufgrund ihrer Morbidität nur dann ausgeglichen werden, wenn sie die Versicherung wechseln. Danach müsste der gesundheitsfördernde Anreiz der Gesundheitsprämie wirksam werden.

Krankenkassen erhielten für kerngesunde Twens, für Krebspatienten oder Diabetiker eine bei Versicherungsbeginn ermittelte risikoadäquate, versicherungsmathematisch nach den zu erwartenden Kostenrisiken kalkulierte Monatspauschale aus dem Gesundheitsfonds. Chronisch Kranke wären damit keine finanzielle Last für die Kasse, sondern ein kalkulierbares Risiko. Der Anreiz für Krankenkassen, Kranken den Beitritt zu vergraulen, entfielen, weil das Risiko über die Initialprämie sauber bepreist wäre.

Die Kopfprämie, die die Kasse erhielte, würde aber während der Mitgliedschaft des Versicherten in der Krankenkasse nicht mehr nach Kriterien der Morbidität angepasst, sondern sie bliebe – von Korrekturen etwa wegen Inflationsausgleich abgesehen – im Prinzip gleich. Aus einer solchen konstanten Kopfprämie ergäbe sich dann bei jedem Behandlungserfolg und jeder verhinderten Komplikation ein finanzieller Überschuss für die Kasse. Erst ein weiterer Kassenwechsel würde dazu führen, dass die neue Kasse eine neue, nach Morbidität ermittelte Kopfprämie erhielte.

Während der herkömmliche morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich die Kassen für die Verwaltung von Krankheit belohnt, würde ein Modell eines solchen fixierten Initialausgleichs die Kassen zur Produktion von Gesundheit zwingen. Eine Kasse, die einen Diabetiker durch Coaching vor der Dialyse bewahrt, würde somit nicht durch sinkende RSA-Zuweisungen bestraft, sondern durch die Differenz zwischen der Kopfprämie und den real gesunkenen Behandlungskosten belohnt.

Ein solches zweiphasiges Modell aus Eintritts-Risikoausgleich und fixierter Pro-Kopf-Zuweisung benötigt strengere Regeln für den Kassenwechsel als heute, damit die Krankenkassen ihre durch gutes Gesundheitsmanagement möglich gewordenen Gewinne auch tatsächlich realisieren können und nicht vorsorglich den Versorgungsaufwand reduzieren. Zudem muss durch qualitätssichernde Maßnahmen sichergestellt werden, dass Krankenkassen nicht Gewinne durch gezielte indikationsbezogene

Unterversorgungsstrategien einfahren. Diese potenziellen Risiken wiegen aber deutlich geringer als jene des heute existierenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Kritiker von Finanzierungsmodellen, die auf einer Gesundheitsprämie beruhen, wenden oft ein, dass Kopfpauschalen nicht zu einem sozialen Ausgleich zwischen bessergestellten und ärmeren Teilen der Gesellschaft führen. Dieser Ausgleich ist jedoch seinem Wesen nach „versicherungsfremd“. Er ist eine ureigene Aufgabe der staatlichen Sozialpolitik und daher durch das Steuersystem zu regeln.

Die hohe Verquickung staatlicher Aufgaben mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine andere schwerwiegende Schwäche des deutschen Gesundheitssystems, die Thema eines der kommenden Memoranden des GAEI sein werden.

## Empfehlungen

Das Global Applied Ethics Institute empfiehlt dem Gesetzgeber:

- Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist so umzugestalten, dass Krankenkassen einen intensiven wirtschaftlichen Anreiz erhalten, den Gesundheitszustand ihrer Versicherten – insbesondere im Zusammenhang mit Prävention und Behandlung chronischer Erkrankungen – kontinuierlich zu verbessern.
- Insbesondere die finanzielle Kompensation unzureichender Gesundheitsversorgung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist zu beenden.
- Die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs muss jeglichen Anreiz zu Missbrauch eliminieren und darauf hinwirken, dass der enorme bürokratische Aufwand für Zuweisungen und die Überprüfung ihrer Rechtmäßigkeit verringert wird und die dabei erzielten Effizienzgewinne künftig einer besseren Gesundheitsversorgung zugutekommen.
- Der Gesetzgeber muss Sorge dafür tragen, dass die Krankenkassen die finanzielle Freiheit erhalten, Prävention sektorübergreifend zu finanzieren und dabei den Umfang der Ausgaben autonom nach den Erfordernissen einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung festlegen dürfen.

- 
- 1 ↑ AOK Bundesverband: Public Health Index, Berlin 2025; <https://www.aok.de/pp/public-health/index/> (abgerufen am 17. Dezember 2025)
  - 2 ↑ Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz: Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland im internationalen Kontext, Ausgabe vom 18. April 2024; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-024-03867-9> (abgerufen am 17. Dezember 2025)
  - 3 ↑ Eurostat: Durch Behandlung und Prävention vermeidbare Sterblichkeit von Einwohnern nach Ursache und Geschlecht, Luxemburg 2025; [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_apr/default/table?lang=de&category=hlth.hlth\\_cdeath.hlth\\_cd\\_pbt](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=de&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pbt) (abgerufen am 28. September 2026)
  - 4 ↑ Ebenda
  - 5 ↑ Sozialpolitik aktuell: Beitragssätze in den Zweigen der Sozialversicherung 1970 – 2026, Duisburg 2026; [https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/tabll6.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/tabll6.pdf) (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 6 ↑ Der Spiegel: Blüm läßt den kleinen Mann bluten, Ausgabe 10/1989, Hamburg 1989; <https://www.spiegel.de/politik/bluem-laesst-den-kleinen-mann-bluten-a-58530015-0002-0001-0000-000013492920> (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 7 ↑ BGBl. Teil I 1988 Nr. 62, Seite 2486; [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%271\\_1988\\_62\\_inhaltsverz%27%5D#/text/bgbl188s2477.pdf?\\_ts=1790875168302](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%271_1988_62_inhaltsverz%27%5D#/text/bgbl188s2477.pdf?_ts=1790875168302) (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 8 ↑ § 12 – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V); [https://www.buzer.de/12\\_SGB\\_V.htm](https://www.buzer.de/12_SGB_V.htm) (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 9 ↑ GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst Bund, Präventionsbericht 2025, Berlin/Essen 2025 Seite 26; [https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2025/Praeventionsbericht\\_2025\\_barrierefrei.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Praevention/2025/Praeventionsbericht_2025_barrierefrei.pdf) (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 10 ↑ AOK Bundesverband: Angebot von qualitätsgeprüften Präventionskursen wächst: Zentrale Prüfstelle Prävention zertifiziert 4.500 Kursangebote mehr als im Vorjahr, Pressemitteilung vom 21.01.2026; <https://www.aok.de/pp/bv/pm/praeventionskurse/> (abgerufen am 1. Oktober 2026)
  - 11 ↑ Vgl. Thomas Lampert et. al.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland; in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Ausgabe

2/2016, Seite 160;

<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2478/20BQlsykq9Qi6.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (abgerufen am 1. Oktober 2026)

- 12 ↑** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Bonn/Berlin 2028, Seite 363; [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (abgerufen am 1. Oktober 2026)
- 13 ↑** Vgl. University of Groningen: Gecombineerde leefstijlinterventie 2020, Groningen 2020; [https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/131455228/Gecombineerde\\_leefstijlinterventie\\_2020\\_3.pdf](https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/131455228/Gecombineerde_leefstijlinterventie_2020_3.pdf) (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 14 ↑** Bundesministerium für Gesundheit: Risikostrukturausgleich (RSA), Berlin 2025; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html> (abgerufen am 19. Dezember 2025)
- 15 ↑** Bundesamt für Soziale Sicherung: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) im Jahresausgleich 2024, Bonn 2025; [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/2025/114RSA-Zuweisungen\\_2024\\_mit\\_RIP\\_VOP\\_EKA.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/2025/114RSA-Zuweisungen_2024_mit_RIP_VOP_EKA.pdf) (abgerufen am 19. Dezember 2025)
- 16 ↑** Verband der Ersatzkassen (vdek): Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung, Tabelle GKV – Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, 10 größte Zuweisungsvolumina nach Krankheitsgruppen in Milliarden EUR (2024), Berlin 2025; [https://www.vdek.com/presse/daten/c\\_einnahmen-ausgaben.html](https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html) (abgerufen am 19. Dezember 2025)
- 17 ↑** Monopolkommission: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem – Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4, Bonn 2017, Seite 19; [https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf) (abgerufen am 23. Dezember 2025)
- 18 ↑** Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung: „Wir Krankenkassen schummeln ständig“, Online-Ausgabe vom 9. Oktober 2016; <https://www.faz.net/premium/meine-finanzen/vorsorge/interview-mit-jens-baas-chef-der-techniker-krankenkasse-14472241.html> (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 19 ↑** Deutsches Ärzteblatt: Betrugsvorwürfe entfachen Streit um Kassenfinanzen, Online-Ausgabe vom 11. Oktober 2016; <https://www.aerzteblatt.de/news/betrugsvorwuerte->

[entfachen-streit-um-kassenfinanzen-264ddc3a-1347-4464-922d-c8070eb67c41](#)  
(abgerufen am 2. Oktober 2026)

- 20** ↑ kma Online: AOK Rheinland akzeptiert Millionenstrafe wegen Upcoding, Online-Ausgabe vom 11. November 2016; <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/aok-rheinland-akzeptiert-millionenstrafe-wegen-upcoding-a-33107> (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 21** ↑ Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, Sachstand zu den Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Drucksache 20/14442 vom 23. Januar 2025; <https://dserver.bundestag.de/btd/20/146/2014678.pdf> (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 22** ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung: BAS-Report 2025, Bonn 2026, Seite 51; [https://www.bas-report-bundesamtsozialesicherung.de/wp-content/uploads/go-x/u/31658f2a-5c75-4af3-b0b2-ff0cf261538c/2026\\_BASReport.pdf](https://www.bas-report-bundesamtsozialesicherung.de/wp-content/uploads/go-x/u/31658f2a-5c75-4af3-b0b2-ff0cf261538c/2026_BASReport.pdf) (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 23** ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung, a.a.O., Seite 50.
- 24** ↑ Deutscher Bundestag, a.a.O., Seite 1.
- 25** ↑ Deutsches Ärzteblatt: BAS-Gutachten: Risiko?strukturausgleich optimierbar, Online-Ausgabe vom 14. Mai 2024; <https://www.aerzteblatt.de/news/bas-gutachten-risikostrukturausgleich-optimierbar-29c0d44f-70e4-423c-8ea2-e27275ae9c86> (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 26** ↑ Bundesrat: Empfehlungen der Ausschüsse zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, BR-Drucksache 365/1/25 vom 12. September 2025, Seite 26; [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/0301-0400/365-1-25.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/0301-0400/365-1-25.pdf?__blob=publicationFile&v=1) (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 27** ↑ ÄrzteZeitung: Kampf gegen Upcoding: Kassenaufsicht gelähmt von Bürokratie, Online-Ausgabe vom 24. August 2026; <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kampf-gegen-Upcoding-Kassenaufsicht-gelaehmt-von-Buerokratie-464179.html> (abgerufen am 2. Oktober 2026)
- 28** ↑ Bundesrat: Entschließung des Bundesrates „Modernisierung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“; Berlin 2025, Bundesrats-Drucksache 63/25, Seite 2; [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/0001-0100/63-25\(B\).pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/0001-0100/63-25(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 29** ↑ Bundesrat, a.a.O. Seite 1f

- 30** ↑ Ebenda
- 31** ↑ Statistisches Bundesamt: Deutschland mit höchsten Gesundheitsausgaben der EU, Wiesbaden 2025; <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html> (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 32** ↑ Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste: Zum Vergleich der Gesundheitssysteme ausgewählter Länder, Berlin 2025, Seite 36 ; <https://www.bundestag.de/resource/blob/1084890/WD-8-005-25-pdf.pdf> (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 33** ↑ Vgl. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg, Utrecht 2024, Seite 16; [https://www.eerstekamer.nl/overig/20240304/rapport\\_opkomst\\_van\\_bedrijfsketens/document](https://www.eerstekamer.nl/overig/20240304/rapport_opkomst_van_bedrijfsketens/document) (abgerufen am 3. Oktober 2026)
- 34** ↑ Deutsches Ärzteblatt: Finanzierung des Gesundheitswesens: Regionale Budgets fördern koordinierte Versorgung, Berlin 2020, Seite A 530; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/finanzierung-des-gesundheitswesens-regionale-budgets-foerdern-koordinierte-versorgung-0d39bbbf-706f-4f5c-bb78-c401b03b6d36> (abgerufen am 16. März 2026)