Sektoren und Budgets im Gesundheitswesen: Wo menschliches Leid entsteht

19. November 2026 | Politikethik

Serie: Strukturelle Schwächen des deutschen Gesundheitswesens (2)

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.

Das deutsche Gesundheitssystem ist nach starren Sektoren aufgebaut, die vor allem den Interessen von Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern, anderen Anbietern medizinischer Leistungen und Zweigen der Sozialversicherung dienen. Dieses System verteilt die jährlichen finanziellen Mittel vor Jahresbeginn auf einzelne Budgets. Sowohl für die Effizienz des Systems als auch für die Vermeidung und Behandlung von Erkrankungen hat dies schwerwiegende Folgen. Falsch allozierte Ressourcen lassen sich oft weder nach gesundheitspolitischen Erfordernissen noch nach den Bedürfnissen der Patienten umwidmen. Lobbyistische Strukturen obsiegen somit über medizinische Belange.

Seit den 1990er Jahren kritisiert der Sachverständigenrat Gesundheit immer wieder in seinen Gutachten mangelnde Integration zwischen den verschiedenen Sektoren wie vor allem

niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Sie sei

> *„eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems."*[1]

Die Tragweite dieses Befundes ist kaum zu unterschätzen. Im politischen Diskurs werden jedoch kaum Konsequenzen gezogen.

Die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems ist historisch gewachsen. So wurden beispielsweise im Jahr 1931 die Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet. Bis dahin hatte es Einzelverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen gegeben. „*Dadurch konnten die Kassen die Arbeitsbedingungen der Ärzte nahezu beliebig bestimmen*", schreibt dazu die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Website.[2] Seit 1931 gibt es Kollektivverträge: Alle Kassen und alle Kassenärzte (in Fachkreisen deshalb auch „Vertragsärzte" genannt) schließen einen für alle Beteiligten geltenden Vertrag.

Dies hat für die beiden vertragschließenden Parteien enorme Vorteile: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die heute knapp 192.000 Ärzte und Psychotherapeuten vertritt[3], ist eine starke Interessenvertretung und kann bessere Honorare durchsetzen, als das jeder einzelne Arzt für sich könnte. Der Spitzenverband der Krankenkassen kann im Gegenzug ein festes Budget aushandeln, so dass die Krankenkassen ihre Ausgaben planen und Beitragssätze kalkulieren können. So steht beispielsweise jetzt schon fest, dass die Kassenärzte im Jahr 2027 maximal 2,61 Prozent mehr Geld erhalten als im Vorjahr.[4]

Nach einem komplizierten System, dem *einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)*[5], verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung auf die Ärzte. Da sich die Gesamtmenge an Arztbesuchen und Behandlungsfällen erst mit der Zeit ergibt, die mit den Krankenkassen ausgehandelte Gesamtvergütung aber bereits feststeht, steht unter Umständen rechnerisch je Patient weniger Geld zur Verfügung. Ärzte erhalten deshalb, sofern sie deutlich mehr Patienten behandeln, als es ihr zuvor von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegtes Regelleistungsvolumen[6] erlaubt, nicht mehr die volle Vergütung, sondern müssen Abzüge hinnehmen.

Am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe bedeutet das: Wird das Regelleistungsvolumen um mehr als die Hälfte überschritten, muss der Arzt bei jedem weiteren Behandlungsfall einen Honorarabzug von 25 Prozent hinnehmen. Hat er doppelt so viele Behandlungsfälle, steigt der Honorarabzug für jeden weiteren dann noch hinzukommenden Fall auf 75 Prozent.[7]

Für viele im einheitlichen Bewertungsmaßstab in sogenannten Leistungsziffern definierten Teilelemente der ärztlichen Tätigkeit gibt es darüber hinaus Beschränkungen, wie oft diese abgerechnet werden können. Dazu zählen auch Arzt-Patienten-Gespräche. Sie sind in eine sogenannte Grundpauschale eingerechnet, die jede Arztpraxis für jeden Patienten nur einmal im Quartal abrechnen kann. Der *Barmer Arztreport 2020* beschreibt das wie folgt:

> *„Während erstmalige Kontakte zu einem Arzt innerhalb eines Quartals weitgehend unverändert auch nach Einführung der Pauschalen durch einen Eintrag in die Abrechnungsunterlagen dokumentiert werden, können nach dem Erstkontakt seit dem Jahr 2008 nur noch seltener EBM-Ziffern separat abgerechnet werden, auch wenn ein Patient noch mehrfach im Quartal die Praxis aufsucht."*[8]

Der Bundesmantelvertrag schließt diesbezüglich jegliche etwaigen Schlupflöcher. In § 21 heißt es:

> *„Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird."*[9]

Es ist offensichtlich, dass Regelungen solcher Art einen gravierenden Anreiz zur Unterversorgung erkrankter Versicherter in sich tragen.

Über viele Jahre beklagte die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deckelung ärztlicher Leistungen führe dazu, dass niedergelassene Ärzte rund 10 Prozent ihrer Leistungen nicht bezahlt bekommen.[10,11]

Die Tatsache, dass Erkrankte es immer schwerer hatten, Arzttermine zu bekommen, und viele Arztpraxen sogar Aufnahmestopps für Neupatienten eingeführt hatten, setzte die Gesundheitspolitik unter Druck:[12,13] Der Gesetzgeber nahm schließlich mit Wirkung ab Oktober 2025 die meisten hausärztlichen Leistungen von der Budgetierung aus.[14] Die Krankenkassen haben dies, sofern es zu steigenden Behandlungskosten kommt, nun durch Ausgleichszahlungen zu finanzieren.[15] Bei Fachärzten blieb es jedoch bei der bestehenden Regelung.[16]

Die Krankenkassen kritisierten den Gesetzgeber dafür heftig: Die AOK äußerte „*für die Patienten bringe die Entbudgetierung keinen Nutzen*", der Verband der Ersatzkassen sprach

von „*Wahlgeschenken*“ und der GKV-Spitzenverband von einer „*Extra-Honorarerhöhung für die Hausärzteschaft*“.[17]

Die finanziellen Eckdaten sind ein starkes Indiz dafür, dass es den Krankenkassen vor allem um das Prinzip der Budgets für Sektoren geht: Sie schätzen, dass die Entbudgetierung der Hausärzte insgesamt 500 Millionen Euro Mehrkosten verursacht. Dies entspreche einer Erhöhung der Honorare der Hausärzte um 5 Prozent.[18] Allerdings: Die gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, die im Jahr 2025 bei 336,41 Milliarden Euro lagen[19], erhöhen sich damit gerade einmal um etwa 0,15 Prozent. Der Krankenkassenbeitrag steigt dadurch um gerade einmal 0,025 Prozentpunkte.

Überversorgung: Viermal so viele Krankenhaustage wie notwendig

Auch bei den Krankenhäusern gibt es einen eigenen Sektor mit eigenem Budgetsystem: Für jedes Krankenhaus wird ein sogenanntes Erlösbudget vereinbart.[20,21] Werden darüber hinaus mehr Patienten behandelt oder mehr Erlöse erzielt, wird die zusätzliche Vergütung gekürzt. Bislang gilt dafür ein Abschlag von 35 Prozent.[22] Das *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen* ändert zwar die Vergütungssystematik in vielen Details: Es bleibt aber dabei, dass Überschreitungen der Budgets zu drastischen Kürzungen des Mehrerlöses eines Krankenhauses führen.[23,24] Mehrleistungen sind damit wirtschaftlich kaum sinnvoll.

Immer wieder werden als Konsequenz der sektoralen Organisationsform des deutschen Gesundheitswesens Probleme benannt, die entstehen, wenn Patienten von einem Sektor in den anderen wechseln.

Die *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* benannte unter anderem:

- Patientengefährdung beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch unzureichenden Informationsfluss
- ungeklärte Anschlussbehandlung nach stationärer Entlassung
- inhaltlich nicht begründbare unterschiedliche Dokumentations- und Qualitätssicherungsanforderungen beeinträchtigen die Patientensicherheit[25]

Typische Beispiele sind:

- Wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen, verzögert sich die Weiterbehandlung bei einem niedergelassenen Arzt oft, wenn der Patient auf einen Arzttermin länger warten muss. Zudem hat der weiterbehandelnde niedergelassene Arzt oft nicht alle notwendigen Informationen für die Anschlussbehandlung. Zwar hat der Gesetzgeber vor elf Jahren das sogenannte „Entlassmanagement" der Krankenhäuser geregelt, um solche Versorgungsbrüche zu vermeiden. Eine aktuelle Metastudie der Hochschule Stralsund belegt jedoch weiterhin deutliche Defizite.[26]
- Einem Krankenhaus stehen teilweise andere Medikamente zur Verfügung als niedergelassenen Ärzten. Wird ein Patient entlassen, muss die Medikamentierung umgestellt werden, was immer wieder zu Fehlmedikationen führt.[27]

Es ist davon auszugehen, dass hier in nicht zu unterschätzendem Ausmaß menschliches Leid entsteht. Schwerer wiegt für das Gesundheitswesen insgesamt aber noch eine gewaltige Fehlallokation von Ressourcen, die mit der sektoralen Organisationsstruktur zusammenhängt: So ist die Zusammensetzung des Krankenhaussektors historisch gewachsen. Sie ist zum einen vor allem das Resultat von karitativen Bemühungen gemeinnütziger, zumeist kirchlicher Institutionen, wie beispielsweise das 1916 gegründete Hospital *Barmherzige Brüder Krankenhaus München*, dessen Vorgänger bereits im 18. Jahrhundert existierte.[28] Zum anderen haben Städte und Gemeinden etwa zur gleichen Zeit begonnen, Krankenhäuser als öffentliche Daseinsvorsorge zu verstehen und, wo immer sich Bedarf ergab, „Städtische Krankenanstalten" oder „Kreiskrankenhäuser" eingerichtet.[29] Schließlich kamen mit der industriellen Revolution auch Fabrikkrankenhäuser, wie etwa die 1872 von der Preußischen Regierung konzessionierten Kruppschen Krankenanstalten in Essen hinzu, die den Beginn privater Krankenhausträgerschaft markierten.[30] Die drei genannten Gruppen von Trägern, also die als „freigemeinnützig" bezeichneten karitativen Krankenhäuser, die kommunalen und die privaten, existieren bis heute.

Vor allem deshalb waren die Zuständigkeiten in Krankenhausplanung und -finanzierung lange Zeit nicht übergreifend geregelt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtete die sozial-liberale Bundesregierung im Jahr 1969 schließlich die Bundesländer, die Krankenhausplanung zu übernehmen und für alle Investitionen in deutsche Krankenhäuser in ihrem Bundesland aufzukommen.[31] Damit wurde die sogenannte *Duale Finanzierung* festgeschrieben: Die Länder haben für den Bau und die Ausstattung der deutschen Krankenhäuser aufzukommen, die Krankenkassen finanzieren die Behandlung der Patienten darin.[32]

Die sich daraus ergebende Interessenkonstellation bringt die Kliniken in enorme finanzielle Schwierigkeiten. Denn obwohl Deutschland 50 Prozent mehr Krankenhausbetten hat als der

EU-Durchschnitt[33], verteidigen die Krankenhausträger, die Lokalpolitik und die Anwohner nahezu jeden Krankenhausstandort erbittert. Es gibt sogar ein „Bündnis Klinikrettung", das nach eigener Darstellung *„die Interessen der Menschen in Deutschland, die sich mit überwältigender Mehrheit gegen Krankenhausschließungen wehren"* vertritt[34] und lokalen Protest gegen einzelne Schließungen logistisch unterstützt.[35,36]

Die Länder hingegen kommen ihren finanziellen Verpflichtung für einen viel zu großen Krankenhaussektor nicht in ausreichendem Maße nach. Eine seit Jahrzehnten andauernde Unterfinanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer wird aktuell mit einem Fehlbetrag von 4 Milliarden Euro pro Jahr angegeben.[37]

Entsprechend hoch ist der ökonomische Druck, der seit vielen Jahren auf den Krankenhäusern lastet. Die Zahl jener Häuser, die einen Jahresverlust auswiesen, stieg zwischen 2020 und 2024 laut *Krankenhaus Rating Report* von 28 auf 51 Prozent.[38] Das durchschnittliche Jahresergebnis aller deutschen Kliniken lag 2024 bei minus 0,6 Prozent der Erlöse.[39]

Es besteht daher für jede einzelne Klinik ein extrem hoher Anreiz, ihr Budget möglichst komplett auszuschöpfen. Die Bundesregierung bewertete das Problem in ihrer Begründung zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in aller Schärfe:

> *„Für die Kliniken besteht ein ökonomischer Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Dies kann dazu führen, dass gewisse mengenanfällige Krankenhausbehandlungen im derzeitigen System nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen, sondern teilweise auch zur Erlössteigerung durchgeführt werden."*[40]

Die vom ehemaligen Gesundheitsminister Lauterbach eingesetzte *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* nannte als Indizien dafür die im internationalen Vergleich hohe Häufigkeit bestimmter Operationen. Beispielsweise führten deutsche Krankenhäuser im Jahr 2022 Operationen zum Ersatz des Hüftgelenks 326 Mal je 100.000 Einwohner durch, während es im EU-Durchschnitt nur 202 OPs waren. Beim Ersatz des Kniegelenks lag der Wert für Deutschland bei 231, der EU-Durchschnitt hingegen nur bei 134. Und bei Implantationen von Herzklappen in die Aorta („TAVI") liegt das Verhältnis bei 285 zu 138, in letzterem Fall gegenüber dem Durchschnitt in Europa insgesamt.[41]

Die Budgetlogik des Gesundheitssystems befördert darüber hinaus einen weiteren gravierenden Fehlanreiz: Die deutschen Krankenhäuser führen Behandlungen stationär durch, die eigentlich ambulant möglich wären. Denn der medizinische Fortschritt erlaubt immer

mehr minimalinvasive Eingriffe, die den Patienten so wenig belasten, dass ein stationärer Aufenthalt nicht notwendig wäre. Untersuchungen kamen für die Jahre 2017 bis 2021 zu dem Ergebnis, dass rund 20 Prozent aller vollstationär behandelten Krankenhausfälle unter medizinischen Gesichtspunkten auch ambulant hätten versorgt werden können.[42]

Das *Wissenschaftliche Institut der AOK* kam unter weiterreichenden Prämissen für das Jahr 2024 sogar zu dem Ergebnis, dass mit 8,6 Millionen Fällen gut 56 Prozent aller vollstationär behandelten Krankenhausfälle ein „Ambulantisierungspotenzial" aufgewiesen hätten.[43]

Wie stark sich die genannten Fehlanreize gemeinsam auswirken, zeigt eine Berechnung der Krankenhaustage verschiedener Gesundheitssysteme in der EU:

Krankenhaustage je 1.000 Einwohner

	Entlassungen je 100.000 Einwohner (2023) [1]	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen ALOS (2023) [2]	Krankenhaustage je 1.000 Einwohner (2023)	Verhältnis zu Krankenhaustagen in Deutschland
Deutschland	21.980,42	7,5	1.649	100 %
Frankreich	15.399,53	5,5	847	51 %
Dänemark	12.647,14	5,4	683	41 %
Schweden	11.590,20	5,3	614	37 %
Spanien	9.959,90	6,1	608	37 %
Niederlande	7.665,21	5,2	399	24 %

Quelle: Eigene Berechnungen nach: [1] Eurostat: Krankenhausentlassungen stationärer Patienten (Einwohner) nach Diagnose – pro hunderttausend Einwohner; https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rinpat2/default/table?lang=de (abgerufen am

9. Januar 2026); [2] OECD: Health at a Glance 2025 – OECD Indicators, Hospital activity, Paris 2025, Figure 5.23. Average length of stay in hospital for curative (acute) care, 2023 and 2019 (or nearest year); https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/hospital-activity_8d89d2a3.html (abgerufen am 9.. Januar 2026)

Demnach lag die durchschnittliche Zahl der Krankenhaustage in Deutschland im Jahr 2023 verglichen mit den Niederlanden mehr als viermal so hoch, sie lag rund zweieinhalb mal so hoch wie in Spanien, Schweden und Dänemark und immerhin noch doppelt so hoch wie in Frankreich.

Dies stellt eine gewaltige Fehlallokation von Ressourcen dar und trägt in der Konsequenz stark zu einem anderen großen Problem des deutschen Gesundheitswesens, nämlich zum Pflegenotstand, bei. Nach Berechnungen des *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI)* hatte eine Pflegefachkraft in einem deutschen Krankenhaus im Jahr 2023 durchschnittlich 44,4 Patienten zu betreuen, während es beispielsweise in Dänemark nur 20,7 waren.[44] Das WSI resümiert:

> *„Eine hohe Arbeitsbelastung des Pflegepersonals ist von erheblicher Relevanz für die Gesundheit der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Eine Vielzahl internationaler Studien wurde in den letzten Jahrzehnten dazu durchgeführt. Bereits seit langem gilt als hinreichend bewiesen, dass eine unzureichende Personalbesetzung der Pflege im Krankenhaus das Risiko für Patientinnen und Patienten erhöht, eine schwere Komplikation zu erleiden und schlimmstenfalls daran zu versterben."*[45]

Mehr Geld im System – Strukturproblem bleibt

Die Regierung der Ampelkoalition hat das Krankenhausvergütungssystem mit dem *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen* im Jahr 2024 umgestellt. Nach dem Regierungswechsel im Mai 2025 wurde es durch das *Krankenhausreformanpassungsgesetz* modifiziert. Kritiker sprachen von „Verwässerung".[46] Zuvor hatten Bundesländer, Krankenhausträger und Kommunen energisch protestiert, der Landkreistag hatte gar vor einem „wirtschaftlichen Flächenbrand bei den Krankenhäusern" gewarnt.[47,48,49,50]

Kern der Reform: Rund sechs Zehntel der Erlöse eines Krankenhauses sollen künftig nicht dafür gezahlt werden, dass operiert wird, sondern dafür, dass Krankenhausbetten mitsamt der Infrastruktur vorgehalten werden. Dafür wurde die sogenannte Vorhaltevergütung eingeführt. Allerdings basiert sie weiterhin auf einem vorab festgelegten Budget, dem Vorhaltebudget. Mit der Umstellung wurde ein 65-prozentiger Abschlag auf Mehrerlöse eingeführt, der

weiterhin dazu führt, dass über das ausgehandelte Budget hinausgehende Behandlungen unökonomisch sind.[51] Es wurde außerdem ein *Krankenhaustransformationsfonds* eingerichtet, der den deutschen Krankenhäusern über zehn Jahre verteilt 50 Milliarden Euro an Fördergeldern zur Verfügung stellt, „*mit denen die Krankenhausstrukturen in Deutschland (…) angepasst werden*“ sollen.[52]

Die weitgefasste Liste der zu fördernden Maßnahmen und die tatsächliche Zuweisung der Mittel, die den Krankenhäusern unter anderem Rechnungsaufschläge ermöglicht, sind allerdings – insbesondere im Hinblick auf ihre strukturbereinigende Wirkung – äußerst umstritten.

Janosch Dahmen, gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag, kritisierte die Regierungsparteien nach der Verabschiedung der Reformgesetze:

> *„Sie verlängern ineffiziente Strukturen und wundern sich gleichzeitig über steigende Krankenkassenbeiträge.“*[53]

Der Ökonom Wolfram F. Richter, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, urteilte ebenfalls:

> *„Der Anreiz, bei überdimensionierten Kapazitäten aus wirtschaftlichen Gründen Leistungsmengen auszuweiten, wird aber nicht reduziert – jedenfalls nicht grundsätzlich.“*[54]

Und sogar der Bundesrechnungshof monierte:

> *„Begünstigt werden auch Kliniken, die nach den Vorgaben der Krankenhausreform nicht dauerhaft erhalten bleiben sollen oder überhaupt keine Investitionen bzw. nicht in der entsprechenden Höhe planen. Zudem entsteht ein sachfremder Anreiz für die Krankenhäuser zu mehr Behandlungen im Regelungszeitraum.“*[55]

Wie immer sich auch die Maßnahmen der Krankenhausreform in den nächsten Jahren bewähren werden: Es stehen hier weiterhin die Interessen eines Sektors den Interessen der Beitragszahler gegenüber, die aufgrund der Begrenztheit der Mittel ein Interesse an weniger Krankenhausbehandlungen und möglichst weitreichender Ambulantisierung haben, also an der Verschiebung medizinischer Leistungen vom stationären Sektor der Krankenhäuser in den ambulanten Sektor.

Worst Case: Unterversorgung als Konsequenz der Budgetlogik

Die vorab vorgenommene Festlegung von Budgets birgt ein weiteres Risiko: Sofern sie dazu führt, dass mit ihr auch vorab die zur Verfügung stehenden Ressourcen festgelegt werden, wie es etwa in der Personalplanung von Krankenhäusern unumgänglich ist, kann es zu verdeckter Rationierung kommen: Patienten erhalten im Behandlungsalltag dann unter Umständen nicht mehr durchgängig, was sie eigentlich medizinisch benötigen.

Verdeckte Rationierung ergibt sich als Einzelfallentscheidung während der Behandlung. Sie entzieht sich damit jeglichen ethischen und demokratischen Spielregeln des Systems. Sie wird als Einzelfallentscheidung des Medizinbetriebs zwangsläufig auch kaum offenbar. Die Folge ist, dass es nur wenige aussagekräftige Untersuchungen dazu gibt.

Aufmerksamkeit erregte das Thema jedoch erstmals im Jahr 2009, als ein Forscherteam 540 Intensivstationen befragte und zwei Drittel angaben, es komme bei ihnen auf der Intensivstation zu verdeckter Rationierung.[56] Die Tageszeitung *Welt* fasste die Untersuchung damals wie folgt zusammen:

> *„Auf jeder dritten Intensivstation werden Patienten gelegentlich aus Kapazitätsgründen abgelehnt, auf 67 Prozent der Stationen wird rationiert, und auf jeder dritten entscheidet der Chefarzt persönlich, welcher Patient sehr teure, moderne Therapien erhält – und wer nicht."*[57]

Im August 2025 wandte sich die niedersächsische *Ethikkommission für Berufe in der Pflege* an die Öffentlichkeit:

> *„Pflegefachpersonen arbeiten unter permanentem Zeit- und Personaldruck. Immer häufiger müssen sie fachlich notwendige Maßnahmen verschieben, verkürzen oder ganz unterlassen. Da verbindliche Leitlinien für den Umgang mit solchen Engpässen fehlen, treffen sie diese Entscheidungen oft allein und im Stillen. Die Ethikkommission warnt: Diese verdeckte Rationierung widerspricht nicht nur den Grundwerten des Berufs, sondern belastet Pflegefachpersonen erheblich."*[58]

Die Ethikkommission beklagte zudem, dass es sich um *„ein bislang wenig thematisiertes, aber drängendes Problem*" handele.[59]

Der Sachverständigenrat Gesundheit hatte bereits ein Jahr zuvor in seinem Gutachten *„Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*" vor

verdeckter Rationierung gewarnt, die er als „implizite Rationierung“ bezeichnete:

> *„Die implizite Rationierung von Leistungen ist eine weitere Folge zu niedriger Personalbesetzung. Dies bedeutet, dass fachlich notwendige Aufgaben vollständig entfallen oder nicht in erforderlicher Weise erbracht werden können und dass vermeidbare Schädigungen von Patient*innen und eine Gefährdung der Patientensicherheit begünstigt werden (…). Auch eine Studie unter Beteiligung von 1.017 Krankenhäusern in Deutschland zeigt eine reduzierte Versorgungsqualität bei niedriger Personalausstattung.“*[60]

Die Interessen von Patienten und Versicherten sind nachgeordnet

Ein äußerst erfolgreicher Ansatz zur Überwindung von Problemen, auf die Patienten an der Sektorengrenze stoßen, sind Disease-Management-Programme (DMP). Das Konzept stammt ursprünglich aus den USA.[61]

Disease-Management-Programme sind Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Sie wurden in Deutschland bereits vor gut zwei Jahrzehnten gesetzlich geregelt. Chroniker können sich bei ihrer Krankenkasse kostenlos in ein solches Programm einschreiben lassen. Ihre Behandlung durch verschiedene medizinische Leistungserbringer wird dann zentral koordiniert – und dies vor allem über Sektorengrenzen hinweg. DMP umfassen krankheitsbezogene Präventionsmaßnahmen in Form von Beratung und Schulung der Betroffenen im Umgang mit ihrer Krankheit, aber auch regelmäßige Kontrollen des Krankheitsverlaufs. Ziel von DMP ist es, *„unnötigen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen“*[62] – wie etwa Amputationen bei Diabetikern.

Disease-Management-Programme fangen also insbesondere auch jene Probleme ab, die sich aus der sektoralen Spaltung des deutschen Gesundheitssystems sowie dessen geringer Affinität zu nachhaltiger Prävention[63] üblicherweise ergeben. DMP gelten als bei Patienten sehr beliebt, aktuell sind etwa 9,4 Millionen Patienten eingeschrieben.[64]

Bereits vor über zwei Jahrzehnten wurde in einem Pilotprojekt einer privaten Krankenversicherung mit Diabetikern aufgezeigt, dass intensivere Betreuung sowie Patientenschulungen in einem DMP zu einer signifikanten Verbesserung der Blutzuckerwerte führte. Zugleich konnte die Versicherung durch Verringerung der stationären Aufenthalte der Patienten Kosteneinsparungen von 20 Prozent realisieren.[65]

Vier Jahre nach Einführung erster Disease-Management-Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2002 wurden diese bereits auch hier als Erfolg gewertet. So zogen Ärzte und Krankenkassen aus Nordrhein-Westfalen in ihrem ersten Qualitätsbericht zu Disease-Management-Programmen „*eine positive Bilanz*" zu den DMP für Diabetes, koronare Herzkrankheit und Brustkrebs.[66] „*Der Erreichungsgrad der Qualitätsziele ist in allen drei Programmen außergewöhnlich hoch*", hieß es in dem Bericht.[67]

Daran änderte sich auch im Laufe der Jahre nichts:

> *„Die hier aufgeführten Befunde verdeutlichen, dass in vielen Bereichen die Versorgungsqualität langfristig in den DMP betreuter Patientinnen und Patienten besser ist als in der Gesamtgruppe",*

schrieben die Verantwortlichen aus Nordrhein-Westfalen noch im Jahr 2024.[68]

Die Aufgabe, die inhaltlichen Anforderungen für Disease-Management-Programme festzulegen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), in dem Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser vertreten sind und zu dessen Aufgaben es gehört, die Anforderungen an das, was Krankenkassen zahlen, festzulegen. Der Ausschuss hat zwischen Juli 2002 und Januar 2005 für sechs DMP den Grundstein gelegt – für Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1, Asthma bronchiale und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Dann aber geschah fast zwei Jahrzehnte nichts. Zwischen Februar 2005 und Oktober 2023, also über 18 Jahre lang, kamen keine weiteren DMP hinzu.[69]

Warum das so war, ist ein offenes Geheimnis: Die ersten sechs DMP wurden zu einer Zeit ins Leben gerufen, als es für jeden in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Versicherten im Rahmen des damaligen Risikostrukturausgleichs direkte Zuweisungen finanzieller Mittel an seine Krankenkasse gab – quasi als Vorläufersystem der Morbiditätsorientierung, die heute gilt.[70]

Das lohnte sich finanziell für die Kassen sehr, wie eine Autorengruppe des IGES-Instituts in einem gesundheitsökonomischen Aufsatz wenig später vorrechnete:

> *„So lag die Zuweisung im Jahr 2008 beispielsweise für einen 45-jährigen Mann, der in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben war, um fast 2.000 Euro höher als für einen Nicht-Eingeschriebenen."*[71]

Seit 2009 gibt es jedoch nur noch eine Verwaltungspauschale von anfänglich 180, aber zuletzt nur noch 152 Euro.[72,73]

Patientenverbände und medizinische Fachgesellschaften forderten gleichwohl weitere Disease-Management-Programme. So hatte sich die Deutsche Rheuma-Liga schon im Jahr 2001 für ein DMP zur rheumatoiden Arthritis eingesetzt. „*Bereits 2005 haben wir einen Antrag beim G-BA eingereicht, den wir 2014 noch einmal erneuert haben*“, zitiert das Deutsche Ärzteblatt die Präsidentin der Rheuma-Liga im Jahr 2016.[74] Das DMP ließ noch weitere neun Jahre auf sich warten.

Angesichts des Stillstands bei der Schaffung neuer DMP beauftragte der Gesetzgeber mit dem 2016 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes den Gemeinsamen Bundesausschuss schließlich explizit, weitere chronische Erkrankungen zu benennen, für die Disease-Management-Programme sinnvoll wären.[75]

Der G-BA erstellte daraufhin ab dem Jahr 2018 für weitere sechs Krankheiten inhaltliche Vorgaben zu Disease-Management-Programmen. Doch nur drei davon wurden bis heute wirklich implementiert, also durch entsprechende Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern tatsächlich für Patienten verfügbar gemacht: Im Oktober 2023 kam Osteoporose hinzu, im Juli 2025 rheumatoide Arthritis und im Oktober 2026 chronische Herzinsuffizienz. Auf die anderen drei vom G-BA vor acht Jahren beschlossenen DMP warten die Patienten bis heute: Adipositas, chronischer Rückenschmerz und Depressionen.

Sebastian Kruse, politischer Geschäftsführer der Deutschen Adipositas Gesellschaft, forderte im November 2025 sogar per Videobotschaft „*endlich die Umsetzung des DMPs*“, das im Frühjahr 2024 beschlossen worden war.[76]

Unter der Überschrift „*Strukturierte Behandlungsprogramme: Chronisch Kranke müssen auf bessere Versorgung verzichten*“ versuchte das Deutsche Ärzteblatt im Jahr 2024 der Ursache für die Verzögerungen nachzugehen. Das Resümee:

> *„Die Gründe dafür, dass die DMP nicht laufen, sind vielfältig. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen beschuldigen sich in Teilen gegenseitig für das Umsetzungsversagen. Die KVen teilten dem Deutschen Ärzteblatt mit, dass sie die Krankenkassen bereits mehrfach zur Verhandlung aufgefordert hätten. Doch oftmals bestünde seitens der Kassen kein Interesse an der Umsetzung, der Nutzen der DMP würde infrage gestellt und Verhandlungen seien abgelehnt oder zurückgestellt worden. Laufende Gespräche gestalteten sich mitunter zäh.“*[77]

Das Beispiel der DMP zeigt vor allem, wie sich aus der Systemlogik der Sektoren politische Prozesse entwickeln, in denen die eigentlichen Zielsetzungen einer möglichst guten Versorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes völlig aus dem Blick geraten.

Folge der Sektorenlogik: Leid und sozialer Abstieg am Lebensende

Die Sektorenlogik erzeugt weitere Fehlanreize, deren Folgen sich erst über die gesamte Lebensspanne eines Versicherten hinweg offenbaren.

Das *Global Applied Ethics Institute* hatte in einem anderen Memorandum bereits dargelegt, wie die von der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsvorsorge bereitgestellten Mittel durch Budgetlogik so fehlgeleitet werden, dass ein sogenanntes Präventionsdilemma entsteht: Die finanzierten Präventionsmaßnahmen erreichen nicht jene Versicherten, die ihrer am stärksten bedürfen, sondern jene, die ohnehin bereits gesundheitsbewusst leben.[78]

Während das deutsche Gesundheitssystem also den Weg in die Erkrankung unter gesundheitsökonomischen Aspekten nur sehr ineffektiv unterbindet, erreicht es auch bei am Lebensende aufkommender Morbidität durch die Sektorenlogik nicht die gesetzlich vorgegebenen Ziele.

Beispiel Erwerbsminderungsrente: Wer aufgrund von Krankheit nicht mehr oder nur eingeschränkt arbeiten kann, hat Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Das Sechste Buch des Sozialgesetzbuchs, das die Gesetzliche Rentenversicherung – und damit einen eigenen Sektor der Sozialversicherung – regelt, sieht ausdrücklich vor, dass einer medizinischen Rehabilitation Vorrang vor der Feststellung der Erwerbsminderung zu geben ist.[79] Das heißt: Bevor ein Versicherter in die Erwerbsminderungsrente geht, muss eine Rehabilitation versucht oder zumindest abgewogen werden. In Fachkreisen gilt der kurzgefasste Grundsatz: „*Reha vor Rente*“.

Eine Untersuchung der Uniklinik Freiburg kam jedoch zu dem Ergebnis, dass 42 Prozent der Neuzugänge unter den Erwerbsminderungsrenten der Jahre 2005 bis 2009 in den letzten fünf Jahren vor Renteneintritt keinerlei Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen haben.[80] Die Autoren erläuterten in ihrer Publikation ausdrücklich, dass dies verschiedene Ursachen haben kann. Sie wiesen aber auf eine ältere Untersuchung hin, nach der fast ein Drittel der Erwerbsminderungsrentner vor Eintritt der Erwerbsminderung keine Kenntnis von der Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme gehabt habe.[81]

Daran hat sich seitdem grundsätzlich nichts geändert. Auch im Jahr beklagte die Deutsche Rentenversicherung:

> *„Die jährlichen Zugänge in die Erwerbsminderungsrente sind seit über einem Jahrzehnt mit etwa 180 000 neuen Fällen pro Jahr trotz unterschiedlicher gesetzlicher Änderungen vergleichsweise stabil. Dem stehen – ebenfalls stabil und trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente" – eine nur mäßige Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen vor einer Erwerbsminderungsrente und nur wenige Abgänge in aktive Arbeit entgegen."*[82]

Einen der dafür wichtigsten Gründe benannte die Deutsche Rentenversicherung, die ihrerseits als Kostenträger für Erwerbsminderungsrenten ein ökonomisches Interesse an einer beruflichen Reintegration von erkrankten Versicherten hat, noch im Oktober 2026:

> *„Eine entscheidende Rolle, Rehabilitationsbedarfe zu erkennen, spielen dabei Daten zur Arbeitsunfähigkeit und damit Daten der Krankenversicherung. Diese Daten könnten, würden die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen geschaffen, einen hohen Erkenntniswert liefern und würden eine frühzeitige und gute Grundlage bieten, Rehabilitationsbedarfe zu erkennen und die Versicherten zu passenden Unterstützungsangeboten zu informieren und zu beraten."*[83]

Die Zahlen lassen vermuten, dass nach wie vor eine nach Zigtausenden zählende Zahl von Versicherten, keine Rehabilitation erhält. Dabei belegen viele Studien die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen. Die Deutsche Rentenversicherung gibt beispielsweise an, dass mehr als eine halbes Jahr nach einer Reha die Wahrscheinlichkeit, dass der Rehabilitand wieder in Beschäftigung zurückkehrt, um 15 bis 20 Prozent steigt.[84] Der Deutschen Rentenversicherung zufolge ist auch der volkswirtschaftliche *Return on Investment* von Reha zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hoch: Eine Investition von einem Euro in Reha schafft demnach – durch eingesparte Rente, gezahlte Sozialversicherungsbeiträge und Steuern, Produktivitätsgewinn im Unternehmen sowie einem Plus an verfügbarem Einkommen der Rehabilitanden – innerhalb von 2 Jahren einen volkswirtschaftlichen Nutzen von etwa 5 Euro.[85]

Der systemischen Logik, mit der der Gesetzgeber durch die sektorale Organisationsstruktur der Sozialversicherungszweige die möglichst frühzeitige Rehabilitation erschwert, steht eine andere Problematik gegenüber, die für Betroffene vielfach sozialen Abstieg bedeutet: Sofern eine Erkrankung schließlich eingetreten ist, die die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten erheblich gefährdet, kann die Krankenkasse dazu beim Medizinischen Dienst ein ärztliches Gutachten anfordern. Bestätigt das Gutachten, das auch nach Aktenlage erstellt werden kann, die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, kann die Krankenkasse den Versicherten auffordern,

binnen zehn Wochen bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen.[86] Dieser Antrag ist jedoch, so sieht es das Gesetz[87] vor, zugleich von der Rentenversicherung als Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente zu verstehen, damit der Versicherte nicht durch eine durch Rehamaßnahmen verzögerte Rentenantragsstellung Ansprüche verliert.[88]

Hier gibt es einen weiteren Fehlanreiz im System: Die Krankenkassen können mit diesen Regelungen einen Vorgang initiieren, mit dem der Versicherte in relativ kurzer Zeit seine Leistungen aus dem Krankengeld der Gesetzlichen Krankenversicherung verliert und die Kosten für seine Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente von einem anderen Sozialversicherungsträger, nämlich der Rentenversicherung, übernommen werden müssen.

Welch problematische Situationen dieser Fehlanreiz zur Kostenminimierung dies im Einzelfall erzeugt, belegt eine Äußerung des Generalsekretärs der Deutschen Krebsgesellschaft Johannes Bruns:

> *„Krebs, so lautet das Ergebnis von Untersuchungen, erhöht in Deutschland das Armutsrisiko deutlich. Dazu tragen unter anderem die vermehrten Versuche der Krankenkassen bei, Krebskranke frühzeitig aus dem Krankengeldbezug auszusteuern. Oft erhalten die Betroffenen noch während der Akutbehandlung von ihrer Krankenkasse die Aufforderung, bei der Rentenversicherung einen Antrag auf Rehabilitation nach § 51 SGB V zu stellen. Wird die Rückkehr ins Erwerbsleben dann als fraglich beurteilt, kann dieser Rehabilitationsantrag von der Rentenversicherung in einen Rentenantrag umgewandelt werden – mit erheblichen negativen Folgen für die berufliche Zukunft und die finanzielle Sicherung der Betroffenen. Die Deutsche Krebsgesellschaft setzt sich sehr dafür ein, dass Krebskranke nicht sozial benachteiligt werden."*[89]

Die negativen Auswirkungen von Sektoren- und Budgetlogik sind aber nicht nur ein Problem von Krebskranken. Dass sich ganz generell das Risiko von Erwerbsminderung durch entschiedene Bemühungen zu Prävention und möglichst frühzeitige Rehabilitation vermindern ließe, ist nach Ansicht der Autoren der weiter oben zitierten Untersuchung der Uniklinik Freiburg unzweifelhaft:

> *„Erfahrungen aus anderen Ländern, vor allem aus den Niederlanden, zeigen, dass früh einsetzende, aktive Beratungs- und Fördermaßnahmen, die auf die Problemlagen im Einzelfall abgestimmt sind und den Betrieb konsequent einbeziehen, in Verbindung mit starken gesetzlich geregelten Anreizen für alle Akteure zu einer deutlichen Senkung der Neuzugänge zu Erwerbsminderungsleistungen führen".*[90]

Bei den Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind die Probleme ähnlich gelagert. Hier ist der den Krankenkassen gesetzte Fehlanreiz, mit einer Ablehnung von Reha-Leistungen das eigene Budget zulasten des Budgets eines anderen Sektors des Sozialversicherungssystems zu schonen, noch gravierender.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft beschreibt diesen Fehlanreiz in ihren Forderungen an die Bundespolitik des Jahres 2026 wie folgt:

> *„(…) finanziell betrachtet profitiert bei einer erfolgreichen Rehabilitation eines von Pflegebedürftigkeit bedrohten Patienten nicht in erster Linie die Gesetzliche Krankenversicherung, sondern die Pflegeversicherung. Die aktuelle Finanzierung der Rehabilitation dieser Personengruppe über die Krankenversicherung führt jedoch dazu, dass das Potenzial der Rehabilitation nicht voll ausgeschöpft werden kann."*[91]

Der Bundesverband Geriatrie äußerte sich vor zwei Jahren gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt noch deutlicher: Dem Bundesverband Geriatrie zufolge, so schrieb das Organ der Bundesärztekammer,

> *„mangele es deshalb an wirtschaftlichen Anreizen für gesetzliche Krankenkassen, präventive und rehabilitative Maßnahme für ihre Versicherten zu finanzieren. Dadurch gerate völlig aus dem Blickfeld, dass auf diese Weise sowohl Pflegebedürftigkeit verhindert als auch Gesundheitsausgaben vermindert werden könnten."*[92]

Sektorale Spaltung, das verdrängte Problem

Die sektorale Spaltung des deutschen Gesundheitswesens erzeugt massive Fehlanreize, gravierende Fehlallokation von Ressourcen und schließlich eine systemimmanente Ineffizienz. Die Folge ist vermeidbares menschliches Leid in nicht hinnehmbaren Umfang.

Der Sachverständigenrat Gesundheit hatte bereits im Jahr 2007 gemahnt:

> *„Die bessere Fallführung über die Sektorengrenzen hinweg (z. B. ambulant, stationär, Rehabilitation) ist eine der vordringlichsten Forderungen der Zukunft (…)."*[93]

Ansätze, die Probleme aus dem System heraus regulatorisch zu beheben, waren jedoch kaum erfolgreich. Es gilt vielmehr, was die *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* im Jahr 2024 über die Reformversuche des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) schrieb:

> *„Im SGB V existieren (…) zahlreiche spezielle Regelungen, die die Sektorengrenzen aufweichen sollen. Ihnen gemeinsam ist im Wesentlichen, dass sie nicht zu einer grundsätzlichen Überwindung der Sektorenproblematik geführt haben."*[94]

Begriffe wie „Integrierte Versorgung" oder „sektorenübergreifende Versorgung" werden im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten diskutiert, ohne dass es wirklich nennenswerte Verbesserungen gibt.

Das ist bei genauerer, systemtheoretischer Betrachtung wenig verwunderlich: Sektorierung und Budgetierung verteilen die Ressourcen ex-ante, während sich Versorgungsqualität erst ex-post bewerten lässt: In einem korporatistischen System, legen budgetverantwortliche Krankenkassen, die Selbstverwaltungen verschiedener Gruppen von Leistungserbringern sowie die Sozialversicherungszweige in Verhandlungen untereinander (oder mit dem Staat als Mittler) die Verteilung der Ressourcen fest. Ob die damit vorgenommene Allokation sinnvoll war und sich daraus ausreichende Qualität der Versorgung ergeben hat, zeigt sich erst später. Die Steuerung des Gesundheitswesens wird somit zwangsläufig zu einem iterativen Prozess, in dem sich das System seinem Ideal einer bestmöglichen Versorgung unter der Prämisse von Finanzierbarkeit nur schrittweise annähern kann.

Dieser iterative Prozess – im Gesundheitswesen wird auch oft von einem „lernenden System" gesprochen – hat aber geradezu destruktive Beharrungskräfte entwickelt. Denn die beteiligten Interessenvertreter beziehen ja ihre Legitimation aus den durch Sektoren und Budgets definierten Korporationen. Sie halten deshalb an den für viele Missstände ursächlichen Strukturen stärker als an jeder anderen Zielvorstellung fest. Das System gebiert hier scharfen Lobbyismus.

In diesem Prozess entsteht, was die Psychologie als kognitive Dissonanz bezeichnet: Einerseits wissen die Interessenvertreter, dass sie ihre Legitimation in erster Linie den bestehenden Strukturen verdanken, die Patienten- und Versicherteninteressen oft nicht gerecht werden. Andererseits wissen sie, dass das lernende System an diesem Punkt nicht ausreichend zu lernen in der Lage ist. Die Konsequenz ist – wie in der Theorie der kognitiven Dissonanz – ein Trend zu Rechtfertigung und Verdrängung. So ist es beispielsweise unter den Interessenvertretern der Korporationen eine gängige Äußerung, Deutschland habe das beste oder zumindest eines der besten Gesundheitssysteme der Welt.[95,96,97]

Eine potenziell systemtranszendierende Evaluation zur Identifizierung von Mängeln in der Gesundheitsversorgung ist unter diesen Vorzeichen nur schwer zu etablieren. Und zwar schon deshalb, weil die finanziellen Mittel zu einer solchen Evaluation in erster Linie aus jenen Budgets finanziert werden müssten, die dann auf den Prüfstand kämen. Dies ist auch ein

Grund für eine oft schwache Datenlage bei den in diesem Memorandum beschriebenen Problemen der sektoralen Spaltung.

Es zeigen sich gleichwohl zwei unumgängliche Ansätze zu Reformen des deutschen Gesundheitswesens:

- Die Verteilung von finanziellen Mitteln, die für die Gesundheit eines einzelnen Versicherteneingesetzt werden, muss sich an den Notwendigkeiten des Einzelfalls orientieren. DieEntscheidungen zwischen ärztlicher Präventionsberatung und kurativem Eingriff, zwischenambulanter oder stationärer OP, zwischen Reha und Rente muss jeweils unabhängig vonBudgets auf der Mikroebene getroffen werden können.
- Es muss sichergestellt werden, dass die Interessen eines jeden Versicherten über seinegesamte Lebensspanne hinweg kontinuierlich gewahrt werden. Die vorherrschende Logikvon Sektoren und Budgets darf nicht dazu führen, dass Maßnahmen derGesundheitsversorgung erst dann beginnen können, wenn der Versicherte eine bestimmteformale Grenze, etwa zwischen zwei Zweigen der Sozialversicherungen, überschritten hat.

Der Vorstellung, dass ohne Sektoren und Budgets die Kosten explodieren, ist entgegenzuhalten, dass es mit Sektoren und Budgets zu gravierenden Fehlallokationen von Ressourcen kommt. Diese betreffen Prävention, die kostengünstiger wäre als Versorgung mit einem rein kurativen Fokus. Diese betreffen die verfehlten Möglichkeiten zu Kostensenkungen, die medizinischer Fortschritt böte, wie das Beispiel unzureichender Ambulantisierung belegt. Diese betreffen Rehabilitation, die kostengünstiger ist als die Finanzierung von Erwerbsminderungsrenten oder Pflegebedürftigkeit. Selbst die Vorstellung, dass die Verweigerung von Leistungen wegen vollständiger Ausschöpfung eines Budgets Kosten spart (wie bei den Mehrleistungen in der hausärztlichen Versorgung oder dem Problem der verdeckten Rationierung), ist nicht bis zu Ende gedacht: Denn die nicht behandelten Patienten kommen ja, sofern sie nicht versterben, einige Zeit später zurück ins System – aber diesmal kränker, was die Kosten steigert.

Die Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesens, das bei den Kosten in der EU den Spitzenplatz belegt, bei der Versorgungsqualität aber oft nur im Mittelfeld landet, zeigt, dass auch noch so harte Budgetverhandlungen nicht automatisch zum Ziel einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung führen. Als Hebel dafür dürfte sich eher anbieten, mit der praktisch vollständigen Abwesenheit von wettbewerblichen Elementen im deutschen Gesundheitswesen zu brechen. Zu diesem Thema wird das GAEI ein weiteres Memorandum publizieren.

Empfehlungen

Das Global Applied Ethics Institute empfiehlt dem Gesetzgeber:

- Es ist ein unabhängiges, an den Interessen von Versicherten und Patienten ausgerichtetes System zur Evaluation von Versorgungsqualität zu schaffen, das Effekte wie Unterversorgung, Fehlallokation von Ressourcen, verdeckte Rationierung oder Systemmängel in Prävention und Rehabilitation kontinuierlich untersucht. Aufgefundene Missstände müssen dabei – auch im Hinblick auf ihre sozialpolitische Dimension – quantifiziert werden. Für die Evaluation sind Patienten in allen Versorgungssituationen aller Sozialversicherungszweige zu befragen.
- Das seinem Wesen nach planwirtschaftliche System starrer Budgets ist zugunsten ausreichender Befriedigung individueller medizinischer Bedarfe zu überwinden. Die Koalitionsfreiheit jeglicher Leistungserbringer bleibt davon unberührt.
- Patientenlotsen (Case Manager) der Krankenkassen sollten Patienten künftig dazu beraten, wo Leistungen zur Gesundheitsversorgung abgerufen werden sollten, und alle diesbezüglichen Vertrags- und Erstattungsfragen regeln. Die Patientenlotsen wären an die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften gebunden.
- Um Patientenlotsen zu finanzieren, ist den Krankenkassen ist ein ausreichender ökonomischer Anreiz zur Gesunderhaltung ihrer Versicherten zu gewähren (vgl. Memorandum des GAEI vom 27. Oktober 2026).
- Den Krankenkassen ist Versorgungswettbewerb mit eigenen, kassenindividuellen Disease-Management-Programmen oder anderen Programmen sektorenübergreifender Versorgung zu ermöglichen. Die Programme sollten von einer unabhängigen Institution kontinuierlich evaluiert und die Ergebnisse der Evaluation veröffentlicht werden.

---

1 ↑ Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Kurzfassung), Bonn 2012, Seite 17; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2012/Kurzfassung_2012.pdf (abgerufen am 8. Januar 2026)

2 ↑ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Historie: Geschichte der KBV, Berlin, ohne Datum; https://www.kbv.de/kbv/die-kbv/historie (abgerufen am 26. Oktober 2026)

3 ↑ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Über uns – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, ohne Datum; https://www.kbv.de/die-kbv (abgerufen am 26. Oktober 2026)

4 ↑ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Finanzierung der ambulanten Versorgung, Berlin (ohne Datum); https://www.kbv.de/positionen/agenda/finanzierungsverhandlungen (abgerufen am 26. Oktober 2026)

5 ↑ Wikipedia: Einheitlicher Bewertungsmaßstab; https://de.wikipedia.org/wiki/Einheitlicher_Bewertungsma%C3%9Fstab (abgerufen am 28. Oktober 2026)

6 ↑ Virchowbund: Regelleistungsvolumen verstehen, Berlin (ohne Datum); https://www.virchowbund.de/praxis-knowhow/abrechnung-finanzen/regelleistungsvolumen (abgerufen am 28. Oktober 2026)

7 ↑ Ebenda

8 ↑ Barmer Institut für Gesundheitsforschung: Barmer Arztreport 2020, Berlin 2020, Seite 52; https://www.barmer.de/resource/blob/1026240/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/barmer-arztreport-2020-band-21-bifg-data.pdf (abgerufen am 9. November 2026)

9 ↑ Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. November 2026, Seite 33; https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/bmv-aerzte.pdf (abgerufen am 9. November 2026)

10 ↑ Medscape: Zi-Praxis-Panel: Niedergelassene Ärzte bekommen zehn Prozent ihrer erbrachten Leistungen nicht bezahlt, Newark/NJ 2015; https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4904303 (abgerufen am 28. Oktober 2026)

11 ↑ Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung: Grafik des Monats – November 2023, Berlin 2023; https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2023 (abgerufen am 28. Oktober 2026)

12 ↑ Die Zeit: Honorarobergrenze für Hausärzte wird aufgehoben, Online-Ausgabe vom 14. Februar 2025; https://www.zeit.de/politik/deutschland/2025-02/hausaerzte-honorar-deutschland-termine-obergrenze (abgerufen am 9. November 2026)

13 ↑ Bundesministerium für Gesundheit: Bundesrat beschließt Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – Lauterbach: „Es wird einfacher, Termine zu bekommen“, Pressemitteilung vom 14. Februar 2025

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundesrat-beschliesst-gesundheitsversorgungsstaerkungsgesetz-pm-14-02-25 (abgerufen am 9. November 2026)

14 ↑ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Hausärzte erhalten jetzt fast alle Leistungen voll vergütet, Berlin 2025; https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/10-02/hausaerzte-erhalten-jetzt-fast-alle-leistungen-voll-verguetet (abgerufen am 9. November 2026)

15 ↑ Ebenda

16 ↑ Ebenda

17 ↑ AOK: Kassen kritisieren Last-Minute-Einigung auf Entbudgetierung, Berlin 2025; https://www.aok.de/pp/gg/update/kassen-kritisieren-last-minute-einigung-auf-entbudgetierung/ (abgerufen am 9. November 2026)

18 ↑ Verband der Ersatzkassen: Entbudgetierung verteuert die Versorgung, Berlin 2025; https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2025-02/gesundheitsversorgungsstaerkungsgesetz-gvsg-entbudgetierung.html (abgerufen am 9. November 2026)

19 ↑ GKV-Spitzenverband: GKV-Kennzahlen, Berlin (ohne Datum); https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp (abgerufen am 9. November 2026)

20 ↑ § 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – Pflegesatzverfahren; https://www.gesetze-im-internet.de/khg/__18.html (abgerufen am 9. November 2026)

21 ↑ GKV-Spitzenverband: Budgetverhandlungen, Berlin (ohne Datum); https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/budgetverhandlungen.jsp (abgerufen am 9. November 2026)

22 ↑ Reimbursement Institute: FDA – Fixkostendegressionsabschlag, Hürth (ohne Datum); https://reimbursement.institute/glossar/fda-fixkostendegressionsabschlag/ (abgerufen am 9. November 2026)

23 ↑ AOK: Zu- und Abschläge auf die Vergütung von Leistungen, Berlin (ohne Datum); https://www.aok.de/gp/krankenhaus/verguetung-drg/budgetverhandlungen/zu-und-abschlaege (abgerufen am 9. November 2026)

24 ↑ Verband der Ersatzkassen (vdek): Glossar zur Krankenhausversorgung – Erlösausgleich (Mehr- und Mindererlöse), Berlin, 2025; https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/glossar-krankenhausversorgung.html (abgerufen am 9. November 2026)

25 ↑ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, Berlin 2024, Seite 5; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf (abgerufen am 9. Januar 2026)

26 ↑ Petereit, Kleinschmidt, Vogel et. al.: Entlassmanagement in Deutschland: Ein Scoping Review, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Ausgabe 205/2026, Seite 38 – 50; https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(26)00118-2/fulltext (abgerufen am 11. November 2026)

27 ↑ Vgl. Claudia Langebrake: Arzneimittelversorgung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, in: Schröder et. al. (Hg.): Arzneimittelkompass 2022 – Qualität der Arzneimittelversorgung, Berlin 2022, Seite 162ff; https://mail.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Arzneimittelkompass/978-3-662-66041-6_Book_OnlinePDF.pdf (abgerufen am 11. November 2026)

28 ↑ Wikipedia: Krankenhaus Barmherzige Brüder (München); https://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus_Barmherzige_Br%C3%BCder_(M%C3%BCnchen) (abgerufen am 11. November 2026)

29 ↑ Vgl. Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag: Kommunale Krankenhäuser – Besonderheiten und Vorteile, Berlin 2017; https://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/2017_DLT_DST_Kommunale_Krankenh%C3%A4user.pdf (abgerufen am 11. November 2026)

30 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Krankenhausgeschichte: Vom Fabrik- zum Stiftungskrankenhaus, Berlin, Ausgabe 40/2020, Seite A 1854; https://www.aerzteblatt.de/archiv/krankenhausgeschichte-vom-fabrik-zum-stiftungskrankenhaus-980f379b-1158-4d51-ab96-07b6f83e28b1 (abgerufen am 11. November 2026)

31 ↑ BKK Dachverband: Bundesländer sparen massiv auf Kosten der GKV-Versicherten, Berlin 2024; https://www.bkk-dachverband.de/finanzierung/gkv-finanzierung/bundeslaender-sparen-massiv-auf-kosten-der-gkv-versicherten (abgerufen am 11. November 2026)

32 ↑ Ebenda

33 ↑ Das statistische Amt der EU, Eurostat, gibt auf Basis des Jahres 2024 für Deutschland 758,59 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner an, für die EU hingegen nur 507,35. Vgl. Eurostat: Krankenhausbetten, Luxemburg 2026;

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046__custom_24270228/default/table (abgerufen 11. November 2026)

34 ↑ Bündnis Klinikrettung: Selbstverständnis: „Bündnis Klinikrettung“, Berlin 2020; https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2020/11/Selbstverstaendnis_Buendnis_Klinikrettung.pdf (abgerufen am 11. November 2026)

35 ↑ GiB: Über uns, Berlin (ohne Datum); https://www.gemeingut.org/uber-uns/ (abgerufen am 11. November 2026)

36 ↑ GiB: Klage deckt Ursache der Krankenhausmisere auf, Berlin 2026; https://www.pressenza.com/de/2026/11/klage-deckt-ursache-der-krankenhausmisere-auf/ (abgerufen am 11. November 2026)

37 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Investitionsbedarf der Krankenhäuser: Bundesländer stellen zu wenig Mittel zur Verfügung, Berlin, Online-Ausgabe vom 16. Juli 2026; https://www.aerzteblatt.de/news/investitionsbedarf-der-krankenhauser-bundeslander-stellen-zu-wenig-mittel-zur-verfugung-e61465b0-6363-48a3-8958-2f3075985004 (abgerufen am 9. November 2026)

38 ↑ RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung: Krankenhaus Rating Report 2026 – Flucht nach vorne, Präsentation zur Pressekonferenz, Seite 3; https://www.medhochzwei-online-akademie.de/system/files/2026_06/2026-06-22%20KRR26%20Vortrag%20%28Presse%29.pdf (abgerufen am 11. November 206)

39 ↑ RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung: Krankenhaus Rating Report 2026: Krankenhäuser, Krankenkassen und Kommunalfinanzen unter Druck, Essen, Pressemitteilung vom 25.06.2026; https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2026-krankenhaeuser-krankenkassen-und-kommunalfinanzen-unter-druck (abgerufen am 11. November 2026)

40 ↑ Deutscher Bundestag, Drucksache 20/11854: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), Seite 1; https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011854.pdf (abgerufen am 9. Januar 2026)

41 ↑ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, Berlin 2024, Seite 5; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf (abgerufen am 9. Januar 2026)

42 ↑ Carolina Pioch, Ulrike Nimptsch, Thomas Mansky, Reinhard Busse: Endbericht zum Projekt Ambulantisierungspotenzial in deutschen Krankenhäusern, Berlin 2024, Seite 1; https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2022/Endbericht_AMBPO_korrigiert_15022024.pdf (abgerufen am 11. November 2026)

43 ↑ Wissenschaftliches Institut der AOK: Ambulantisierungspotenziale der Leistungsgruppen im Krankenhaus – Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten, Berlin 2025; https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Krankenhaus/wido_krh_Ambulantisierungspotenziale_Krankenhaus_2025.pdf (abgerufen am 11. November 2026)

44 ↑ Michael Simon: Gibt es in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich viel Pflegepersonal?, Düsseldorf 2026; https://www.wsi.de/de/blog-17857-gibt-es-in-deutschen-krankenhaeusern-im-internationalen-vergleich-viel-pflegepersonal-75859.htm (abgerufen am 12. November 2026)

45 ↑ Ebenda

46 ↑ AOK Plus – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen:„Sinnvolle Reform wird verwässert“, Dresden 2025; https://www.aok.de/pp/plus/statement/sinnvolle-reform-wird-verwaessert/ (abgerufen am 12. November 2026)

47 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Krankenhausreform: Lauterbach will Prozedere ändern, Online-Ausgabe vom 30. Januar 2024; https://www.aerzteblatt.de/news/krankenhausreform-lauterbach-will-prozedere-aendern-20e1b9fa-1a2b-4750-996c-e705bfba28e4 (abgerufen am 12. November 2026)

48 ↑ Der Spiegel: Krankenhausverband warnt, dass jede zweite Klinik pleitegehen könnte, Online-Ausgabe vom 22. Juni 2026; https://www.spiegel.de/politik/deutschland/kritik-an-nina-warken-krankenhaus-verband-dkg-warnt-dass-jede-zweite-klinik-pleitegehen-koennte-a-644933c2-1251-4dbc-a817-9913e31c044b (abgerufen am 12. November 2026)

49 ↑ Deutscher Landkreistag: Bei den Krankenhäusern droht ein Flächenbrand, Pressemitteilung vom 10. Januar 2024; https://www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/3368-bei-den-krankenhaeusern-droht-ein-flaechenbrand (abgerufen am 12. November 2026)

50 ↑ Kommunal.de: Krankenhaussterben: Geht jede 2. Klinik pleite? Berlin 2026; https://kommunal.de/krankenhaussterben-geht-jede-2-klinik-pleite (abgerufen am 12. November 2026)

51 ↑ AOK: Krankenhausvergütung, Berlin (ohne Datum); https://www.aok.de/pp/lexikon/krankenhausverguetung/ (abgerufen am 10. Januar

2026)

52 ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung: Transformationsfonds, Bonn (ohne Datum); https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/transformationsfo/ueberblick/ (abgerufen am 12. November 2026)

53 ↑ Deutscher Bundestag: Bundestag beschließt Weiterentwicklung der Krankenhausreform, Berlin 2026; https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw10-de-krankenhausreform-1151184 (abgerufen am 12. November 2026)

54 ↑ Wolfram F. Richter: Über neue und alte (Fehl)Anreize in der Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen, in: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Heft 2/2024, S. 106 – 111; https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2024/heft/2/beitrag/ueber-neue-und-alte-fehl-anreize-in-der-reform-der-verguetung-von-krankenhausleistungen.html (abgerufen am 10. November 2026)

55 ↑ Bundesrechnungshof: Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2027, Bonn 2026, Seite 14; https://bundesrechnungshof.de/fileadmin/import/02_Veroeffentlichungen/05_Einzelplananalysen/2027/Berichte/EPl-Analyse_15_Ver%C3%B6ffentlichung.pdf (abgerufen am 12. November 2026)

56 ↑ ÄrzteZeitung: Zwei Drittel aller Intensivstationen rationieren Leistungen, Online-Ausgabe vom 20. Mai 2009; https://www.aerztezeitung.de/Politik/Zwei-Drittel-aller-Intensivstationen-rationieren-Leistungen-367433.html (abgerufen am 14. März 2026)

57 ↑ Welt: Kein Platz auf der Intensivstation, Online-Ausgabe vom 29. April 2009; https://www.welt.de/welt_print/article3643985/Kein-Platz-auf-der-Intensivstation.html (abgerufen am 13. November 2026)

58 ↑ Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen: Pressemitteilung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege – Niedersachsen, Göttingen 11. August 2025; https://www.pflegeethikkommission-nds.de/presse-2/ (abgerufen am 14. März 2026)

59 ↑ Ebenda

60 ↑ Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege: Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2024, Seite 82; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf (abgerufen am 14. März 2026)

61 ↑ Wikipedia: Disease-Management-Programm; https://de.wikipedia.org/wiki/Disease-Management-Programm (abgerufen am 12. November 2026)

62 ↑ Gemeinsamer Bundesausschuss: Disease-Management-Programme (DMP), Berlin (ohne Datum); https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/ (abgerufen am 10. Januar 2026)

63 ↑ Global Applied Ethics Institute: Gesundheitsreform: »morbiRSA« konterkariert Prävention, Berlin 2026; https://gaei.eu/de/gesundheitsreform-morbirsa-konterkariert-praevention/ (abgerufen am 12. November 2026)

64 ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung: Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung, Bonn 2025; https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/ (abgerufen am 10. Januar 2026)

65 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Disease-Management-Programme: Unterschiedliche Ansätze von privater und Gesetzlicher Krankenversicherung, Ausgabe 3/2003 vom 17. Januar 2003, Seite A 82; https://www.aerzteblatt.de/archiv/disease-management-programme-unterschiedliche-ansaetze-von-privater-und-gesetzlicher-krankenversicherung-5ce0d0b7-9da6-45f7-9b9b-f66e4a04be0e (abgerufen am 10. Januar 2026)

66 ↑ Physio Deutschland: Qualitätsverbesserungen durch Disease-Management-Programme, Köln 2005; https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/qualitaetsverbesserungen-durch-disease-management-programme.html (abgerufen am 10. Januar 2025)

67 ↑ Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR: Qualitätssicherungsbericht 2005 Disease-Management-Programme in Nordrhein, Düsseldorf 2006, Seite 1; https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/print/berichte/dmp-berichte/qualbe_dmp05.pdf (abgerufen am 10. Januar 2026)

68 ↑ Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR: Qualitätsbericht 2022, Düsseldorf 2024, Seite 21; https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/quali/KVNO_DMP_Qualitaetsbericht_2022.pdf (abgerufen am 10. Januar 2026)

69 ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung: Disease Management Programme, Bonn 2026; https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/ (abgerufen am 12. November 2026)

70 ↑ Bundesministerium für Gesundheit: Risikostrukturausgleich, Berlin 2025; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html (abgerufen am 10. Januar 2026)

71 ↑ Nolting, H.-D.; Gottberg, A.; Schiffhorst, G.; Buhr, S.; Engel, J.: Einfluss der Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf die Entwicklung der Leistungsausgaben – Ergebnisse einer retrospektiven kontrollierten Studie auf der Basis von GKV-Routinedaten, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2011 16(04), Stuttgart 2011, Seite 209-215; https://eref.thieme.de/ejournals/1439-4049_2011_04#/10.1055-s-0029-1245920 (abgerufen 10. Januar 2026)

72 ↑ ÄrzteZeitung: Warum es bei den neuen Disease-Management-Programmen stockt, Online-Ausgabe vom 5. Dezember 2022; https://www.aerztezeitung.de/Politik/Warum-es-bei-den-neuen-Disease-Management-Programmen-stockt-434773.html (abgerufen am 15. Januar 2026)

73 ↑ Bundesamt für Soziale Sicherung: Disease Management Programme, Bonn 2026; https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/ (abgerufen am 12. November 2026)

74 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Disease-Management-Programm: Plädoyer für weitere Programme, Ausgabe 29-30/2016, Seite A 1371; https://www.aerzteblatt.de/themen/dmp/disease-management-programm-plaedoyer-fuer-weitere-programme-1305065b-5414-44f7-be79-8ba30431a82a (abgerufen am 15. Januar 2026)

75 ↑ Bundesministerium für Gesundheit: Stärkung der Patientenrechte, Berlin 2025; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/staerkung-der-patientenrechte.html (abgerufen am 15. Januar 2026)

76 ↑ Apotheken.Umschau: DMP Adipositas jetzt umsetzen, Online-Ausgabe vom 25.11.2025; https://www.apotheken-umschau.de/video/uebergewicht/dmp-adipositas-jetzt-umsetzen-1441875.html (abgerufen am 15. Januar 2026)

77 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Strukturierte Behandlungsprogramme: Chronisch Kranke müssen auf bessere Versorgung verzichten, Ausgabe 3/2024 vom 9. Februar2024, Seite A160; https://www.aerzteblatt.de/archiv/strukturierte-behandlungsprogramme-chronisch-kranke-muessen-auf-bessere-versorgung-verzichten-ad8305d0-17a3-4253-9266-4c4105f8b7ce (abgerufen am 15. Januar 2026)

78 ↑ Global Applied Ethics Institute: Gesundheitsreform: »morbiRSA« konterkariert Prävention, Berlin 2026; https://gaei.eu/de/gesundheitsreform-morbirsa-konterkariert-praevention/ (abgerufen am 13. November 2026)

79 ↑ Sozialgesetzbuch Sechstes Buch: § 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe: „Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu

erbringen sind.“ Vgl. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__9.html (abgerufen am 13. November 2026)

80 ↑ Oskar Mittag, Christina Reese, Cornelia Meffert: (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009, Düsseldorf 2014, in: WSI Mitteilungen 2/2014, Seite 149 – 155; https://www.wsi.de/data/wsimit_2014_02_mittag.pdf (abgerufen am 13. November 2026)

81 ↑ a.a.O, Seite 150

82 ↑ Brigitte Gross, Silke Brüggemann, Marco Streibelt: Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten, Seite 242, in: Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung, Ausgabe 3/2022, Berlin 2022, Seite 242 – 254; https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Zeitschriften/DRV_Hefte_deutsch/2022/ausgewaehlter_artikel_heft_3_gross_et_al.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (abgerufen am 13. November 2026)

83 ↑ Deutscher Bundestag, Ausschuss für Arbeit und Soziales: Schriftliche Stellungnahme Deutsche Rentenversicherung Bund, BT-Drucksache 21/3844, Berlin 2026; https://www.bundestag.de/resource/blob/1230024/21-11-143-DRV-Bund.pdf (abgerufen am 13. November 2026)

84 ↑ Deutsche Rentenversicherung: Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation in Deutschland, Berlin 2025, Seite 6; https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/reha_wirksamkeitsreport.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (abgerufen am 13. November 2026)

85 ↑ a.a.O., Seite 11

86 ↑ Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung: SGB V – § 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe; https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/05_Normen_und_Vertraege/01_Sozialgesetzbuch/05_SGB_V/0051/0051_2019_05_11.html (abgerufen am 14. November 2026)

87 ↑ Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – § 116 Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe; https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/__116.html (abgerufen am 14. November 2026)

88 ↑ Einschlägig ist hier § 116 SGB VI, vgl.: Rechtsportal der Deutschen Rentenversicherung: § 116 SGB VI: Besonderheiten bei Leistungen zur Teilhabe, Abschnitt Rentenantragsfiktion; https://rvrecht.deutsche-

rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/01_GRA_SGB/06_SGB_VI/pp_0101_125/gra_sgb006_p_0116.html (abgerufen am 14. November 2026)

89 ↑ Deutsche Krebsgesellschaft: Die Aufforderung der Krankenkasse zum Antrag auf Rehabilitation verstehen – Arbeitshilfe für Sozialdienste und ambulante Beratungsstellen zur Problematik des § 51 SGB V, Berlin 2020, Seite 7; https://prostatakrebs-bps.de/wp-content/uploads/Die-Aufforderung-der-Krankenkassen-zum-Antrag-auf-Rehabilitation-verstehen.pdf (abgerufen am 14. November 2026)

90 ↑ a.a.O, Seite 154

91 ↑ Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft: Ambulante und stationäre Rehabilitation – zentrale Themen und Forderungen, Stuttgart 2026, Seite 2; https://www.bwkg.de/media/10-Aktuelles/BWKG-Forderungen_an_die_Bundespolitik_2026_Reha.pdf (abgerufen am 14. November 2026)

92 ↑ Deutsches Ärzteblatt: Ökonomisches Einsparpotenzial durch geriatrische Reha, Online-Ausgabe vom 29. November 2025; https://www.aerzteblatt.de/news/okonomisches-einsparpotenzial-durch-geriatrische-reha-ab37dde7-2233-4c8d-a85a-ec05ace0b812 (abgerufen am 14. November 2026)

93 ↑ Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung), Bonn 2007, Seite 24; https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf (abgerufen am 8. Januar 2026)

94 ↑ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, a.a.O., Seite 4

95 ↑ zm online: „Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt“, Online-Ausgabe vom 12. November 2019 https://www.zm-online.de/news/detail/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt (abgerufen am 14. November 2026)

96 ↑ Pharma Fakten: Deutsches Gesundheitssystem: Finger in der Wunde, Online-Ausgabe vom 28. Juni 2022; https://pharma-fakten.de/news/1254-deutsches-gesundheitssystem-finger-in-der-wunde/ (abgerufen am 14. November 2026)

97 ↑ Kassenärztlichen Vereinigungen mehrerer Bundesländer schreiben in einer Standardformulierung in ihre Stellenausschreibungen den Satz: „Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt.“ Vgl.: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt:

Das sind wir – Erfolgsgeschichten der KVSA, Magdeburg (ohne Datum); https://www.kvsa.de/karriere/mitarbeiter (abgerufen am 14. November 2026)