



*Wir sind für Sie da!*

**B**undesverband für  
**E**rgotherapeut:innen  
**D**eutschland e.V.

## **BED – Konkret**

# Vom Umsetzungsproblem zur Governancefrage

Eine Analyse institutioneller Rollenkonflikte der gesetzlichen  
Krankenkassen im demografischen Wandel

Autor: Volker Brünger

Juli 2026

# BED – Konkret

## Vom Umsetzungsproblem zur Governancefrage

Eine Analyse institutioneller Rollenkonflikte der gesetzlichen Krankenkassen im demografischen Wandel

### Executive Summary

Seit Jahrzehnten werden im deutschen Gesundheitswesen weitgehend dieselben Problembilder beschrieben. Fragmentierung, unzureichende Koordination, Bürokratie, Fachkräftemangel, steigende Ausgaben und eine langsame Überführung neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung gehören zu den wiederkehrenden Diagnosen. Aus dieser Kontinuität ist eine eingängige Erzählung entstanden. Das Gesundheitswesen habe kein Erkenntnisproblem mehr, sondern vor allem ein Umsetzungsproblem.

Die vorliegende Analyse stellt diese Erzählung nicht pauschal auf den Kopf. Sie prüft jedoch ihre logische Voraussetzung. Von einem vorwiegenden Umsetzungsproblem kann erst dann mit hinreichender Sicherheit gesprochen werden, wenn die Ursachen eines Problems, die sie aufrechterhaltenden Mechanismen und grundsätzlich geeignete Lösungswege ausreichend verstanden sind. Die wiederholte Beschreibung desselben Symptoms erfüllt diese Voraussetzung noch nicht. Die Behauptung eines reinen Umsetzungsproblems ist deshalb selbst als zu prüfende Diagnose zu behandeln.

#### Zentrale Aussage

Für die Gewissheit, die Ursachen wiederkehrender Strukturprobleme seien bereits verstanden und lediglich ihre Umsetzung scheitere, besteht bislang keine ausreichende Grundlage. Der Fall der ergotherapeutischen Blankoverordnung zeigt exemplarisch, wie ungleich verteilte Daten, nicht öffentliche Entscheidungsbegründungen und kurzfristiger Finanzdruck den Bewertungsrahmen verschieben können. Transparenz ist deshalb kein Randthema, sondern selbst ein Governancefaktor.

Die gesetzlichen Krankenkassen eignen sich für diese Prüfung in besonderer Weise. Sie sind rechtlich keine reinen Versicherungsunternehmen. Die GKV ist als Solidargemeinschaft angelegt, Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihr Auftrag verbindet Versorgung, Beratung, Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität. Zugleich schließen sie Verträge, wirken an Versorgungsstrukturen mit, prüfen Leistungen und Abrechnungsvoraussetzungen und stehen im Wettbewerb untereinander.<sup>12</sup>

Die damalige Bundesaufsicht hat bereits 2018 ausdrücklich ein Spannungsfeld zwischen dem öffentlich rechtlichen Versorgungs- und Verwaltungsauftrag der Krankenkassen und kassenindividuellen Wettbewerbsstrategien beschrieben. Der Bericht stellte zudem fest, dass sich Krankenkassen in der Aufsichtspraxis teilweise eher als Unternehmen denn als Behörden

<sup>1</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, insbesondere §§ 1, 4, 12, 70 und 71 SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>2</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Das Prinzip der Selbstverwaltung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung> Abruf 8. Juli 2026.

verstanden und langfristige Präventionsprojekte unter dem Druck des Zusatzbeitrags mit einem kurzen Haushaltsjahreshorizont betrachteten.<sup>3</sup>

Die einzelnen Konfliktlagen sind damit politisch nicht neu. Unterrepräsentiert ist jedoch ihre systematische Zusammenführung zu einer übergreifenden Prüfung der Rollen-, Informations- und Verantwortungsarchitektur.

Aus diesen Befunden folgt kein Nachweis, dass Krankenkassen systematisch Versorgung verhindern. Für die im Versorgungsalltag häufig wahrgenommene Zunahme von Leistungsablehnungen und Absetzungen fehlt eine aktuelle, kassenübergreifend vergleichbare Gesamtdatenbasis. Eine vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte Untersuchung dokumentierte allerdings bereits für einen früheren Zeitraum erhebliche Unterschiede bei Ablehnungsquoten, Verständlichkeitsprobleme in Bescheiden und Datenlücken zu Widersprüchen und Klagen.<sup>4</sup>

Für den Beratungsalltag des BED ist die praktische Relevanz von Prüf- und Absetzungsfragen dagegen unmittelbar sichtbar. Rund 75 Prozent der Beratungen befassen sich mit Verordnungsprüfungen und Absetzungen. Diese verbandsinterne Beobachtung ist keine bundesweite Prävalenzschätzung. Sie zeigt jedoch, dass Prüfarchitektur und finanzielle Fehlerfolgen für die vom BED beratenen Praxen kein Randthema sind.<sup>5</sup>

Gerade diese Datenlücke ist Teil der Governancefrage. Ein System kann weitreichende Prüf- und Entscheidungsbefugnisse nur dann belastbar bewerten, wenn es ihre praktische Wirkung sichtbar macht. Wo Finanzdaten präzise vorliegen, Daten über Leistungszugang, erfolgreiche Widersprüche, formale Absetzungen oder den Transaktionsaufwand der Leistungserbringenden aber nur lückenhaft verfügbar sind, entsteht ein strukturelles Messungleichgewicht.

Ein aktueller Fall aus der ergotherapeutischen Blankoverordnung verdeutlicht zusätzlich, dass nicht nur fehlende Daten relevant sind. Die gesetzliche Schiedsstelle hatte besondere Steuerungs, Dokumentations und Beratungsaufwände einer neuen Versorgungsform ausdrücklich anerkannt. Spätere hoch aggregierte kassenseitige Abrechnungsanalysen wurden Teil einer politischen Neubewertung, obwohl vergleichbare Routinedaten nach gemeinsamer Einschätzung der Vertragspartner gerade nur begrenzte Aussagen über die zugrunde liegenden Steuerungsprozesse erlauben. Die tragende Begründung des Schiedsspruchs war öffentlich nicht zugänglich. Der Fall macht sichtbar, wie Datenverfügbarkeit, institutionelle Rollen und Transparenz beeinflussen können, welche Perspektive in politischen Entscheidungsprozessen sichtbar wird.

Ein zweites aktuelles Beispiel außerhalb des Heilmittelbereichs weist in dieselbe Richtung. Die besondere Vergütungssystematik für zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen soll eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit sichern. Im März 2026 wurde das daraus entwickelte Vergleichsmodell genutzt, um die Bewertung psychotherapeutischer Therapiestunden um 4,5

---

<sup>3</sup> Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, insbesondere S. 7, S. 119 und S. 148. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>4</sup> IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Studie zu Leistungsbewilligungen und Leistungsablehnungen durch Krankenkassen, Kurzbericht, 31. Mai 2017, insbesondere S. 2 bis 3. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht\\_Studie\\_Leistungsablehnungen\\_durch\\_Krankenkassen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht_Studie_Leistungsablehnungen_durch_Krankenkassen.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>5</sup> Interne Beratungsbeobachtung des BED, Stand Juli 2026. Rund 75 Prozent der Beratungen betreffen Fragen der Verordnungsprüfung und Absetzungen. Die Angabe beschreibt den Beratungsalltag des BED und ist keine bundesweite Prävalenzschätzung.

Prozent abzusenken.<sup>6</sup> Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg setzte die sofortige Vollziehung am 9. Juli 2026 im Eilverfahren aus und äußerte erhebliche rechtliche Bedenken gegen die Vergleichsmethodik. Die Hauptsache ist offen. Der Fall erweitert die Prüfthese: Auch ein Sicherungsinstrument kann unter veränderten Daten- und Finanzbedingungen in eine Kürzungslogik geraten.<sup>7</sup>

Der demografische Wandel verschärft die Bedeutung dieser Fragen. Komplexe und chronische Versorgungsbedarfe gewinnen an Gewicht. WHO und OECD betonen für solche Versorgungslagen personenzentrierte, koordinierte und sektorenübergreifende Modelle.<sup>89</sup> Der Versorgungsbedarf wird damit langfristiger und sektorübergreifender, während Budgets, Zuständigkeiten und Erfolgskriterien weiterhin stark institutionell getrennt sind.

Ein weiterer Prüfpunkt betrifft die Selbstverwaltung. Als BED haben wir bereits häufiger darauf hingewiesen, dass Verteilungs- und Gerechtigkeitsfragen in der Gesundheitsversorgung durch die Delegation an Selbstverwaltungsstrukturen politisch entkernt werden können.<sup>10</sup> Die vorliegende Analyse führt diesen Gedanken differenzierter weiter. Selbstverwaltung ist ein tragendes Organisationsprinzip und ermöglicht fachnahe Regelungen. Sie kann jedoch dann zur Pufferzone politischer Verantwortung werden, wenn gesellschaftliche Zielentscheidungen unklar bleiben und Konflikte erst auf der Ebene von Preisen, Budgets, Pauschalen, Prüfregelein oder Leistungszugängen sichtbar werden.

Das Papier schlägt deshalb keine vorschnelle Systemlösung vor. Es empfiehlt eine unabhängige Rollen- und Governanceprüfung. Untersucht werden sollten gesetzlicher Auftrag, gleichzeitig zu erreichende Ziele, Entscheidungsmacht, finanzielle Betroffenheit, Zeithorizonte, Erfolgskriterien, Kontrollstrukturen, Nutzenorte und Transparenzdaten zentraler Institutionen. Erst auf dieser Grundlage sollte entschieden werden, welche Rollen beibehalten, klarer gewichtet, organisatorisch getrennt oder anders kontrolliert werden müssen. Ergänzend sollte geprüft werden, ob bekannte Rollen- und Zielkonflikte in den internen Compliance-, Risiko- und Kontrollsystemen der beteiligten Institutionen überhaupt als eigener Risikotyp erfasst und bearbeitet werden.

## Inhaltsverzeichnis

|                                                          |   |
|----------------------------------------------------------|---|
| Executive Summary.....                                   | 1 |
| Zentrale Befunde und Prüfthesen.....                     | 5 |
| 1. Die unbewiesene Gewissheit vom Umsetzungsproblem..... | 6 |
| 2. Methodik und Grenzen der Analyse.....                 | 7 |

<sup>6</sup> Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V, entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss in der 87. Sitzung am 11. März 2026, insbesondere S. 1–4. Vollständiger Nachweis im Quellenverzeichnis.

<sup>7</sup> Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 9. Juli 2026, L 7 KA 11/26 KL ER, sowie Pressemitteilung zum Beschluss. Über die Hauptsache ist noch nicht entschieden.

<sup>8</sup> OECD, Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health, 2023.

<sup>9</sup> [https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases\\_9acc1b1d-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>10</sup> World Health Organization, Integrated people-centred care. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>11</sup> Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V., BED Konkret. Sichere Versorgung im Kontext einer stabilen demokratischen Grundordnung. Fehlende Perspektiven auf eine zunehmende Entpolitisierung von Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen in der Gesundheitsversorgung, Diskussionspapier vom 9. Dezember 2025.

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. Gesetzlicher Auftrag und Rollenarchitektur der Krankenkassen.....                           | 8  |
| 3.1 Krankenkassen sind keine reinen Versicherungsunternehmen.....                              | 8  |
| 3.2 Die Besonderheit liegt in der Bündelung der Rollen.....                                    | 8  |
| 3.3 Politisch in Teilbereichen erkannt, als Gesamtproblem nicht untersucht.....                | 9  |
| 4. Von der Symptombeschreibung zur Governanceanalyse.....                                      | 10 |
| 5. Vier strukturelle Zielkonflikte.....                                                        | 11 |
| 5.1 Versorgung sichern und Finanzstabilität gewährleisten.....                                 | 11 |
| 5.2 Leistungsentscheidung und eigene finanzielle Betroffenheit.....                            | 12 |
| 5.3 Vertragspartner und Prüfarchitektur.....                                                   | 12 |
| 5.4 Wettbewerb und öffentlicher Auftrag.....                                                   | 13 |
| 5.5 Rollenkonflikte als Compliance- und Risikomanagementfrage.....                             | 13 |
| 6. Zeit, Sektor und getrennte Kosten und Nutzenorte.....                                       | 14 |
| 7. Leistungsentscheidungen, Prüfarchitektur und die Entstehung von Misstrauen.....             | 15 |
| 7.1 Was empirisch belegt ist und was nicht.....                                                | 15 |
| 7.2 Die Datenlücke ist selbst ein Governanceproblem.....                                       | 16 |
| 7.3 Misstrauen kann als Systemwirkung entstehen.....                                           | 16 |
| 8. Selbstverwaltung, Verteilungsfragen, Transparenz und politische Verantwortung.....          | 17 |
| 8.1 Selbstverwaltung und politische Verantwortung.....                                         | 17 |
| 8.2 Transparenz, Wissensasymmetrie und politische Entscheidungsfähigkeit.....                  | 18 |
| 9. Der demografische Wandel als Belastungstest der Governance.....                             | 19 |
| 10. Verantwortung als alternative Analyseeinheit.....                                          | 19 |
| 11. Die ergotherapeutische Blankoverordnung als Fallrekonstruktion einer Governancefrage... .. | 20 |
| 11.1 Politisch gewollte Übertragung von Verantwortung.....                                     | 20 |
| 11.2 Die Schiedsstelle erkennt besondere Verantwortung an.....                                 | 20 |
| 11.3 Kassenseitige Daten und die spätere Neubewertung.....                                     | 21 |
| 11.4 Der gemeinsame Zwischenbericht setzt eine andere Aussagegrenze.....                       | 21 |
| 11.5 Intransparenz und Erkenntnisasymmetrie.....                                               | 22 |
| 12. Was internationale Systeme anders organisieren.....                                        | 23 |
| 13. Vorschlag einer unabhängigen Rollen und Governanceprüfung.....                             | 24 |
| 13.1 Elf Prüffragen für jede zentrale Institution.....                                         | 24 |
| 13.2 Erfolg muss mehrdimensional messbar werden.....                                           | 25 |
| 13.3 Sieben Arbeitspakete für ein Untersuchungsprogramm.....                                   | 25 |
| 13.4 Leitfragen für die politische Debatte.....                                                | 26 |

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| 14. Mögliche Reformkorridore nach der Governanceprüfung..... | 27 |
| 15. Gesamtfolgerung.....                                     | 28 |
| Quellen.....                                                 | 30 |

## Zentrale Befunde und Prüfthesen

| Nr. | Befund oder Prüfthese                                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Die Diagnose eines reinen Umsetzungsproblems ist selbst eine Hypothese. Sie setzt voraus, dass Ursachen, Wirkmechanismen und grundsätzlich geeignete Lösungen hinreichend verstanden sind.                                                |
| 2   | Die jahrzehntelange Wiederkehr gleicher Problembeschreibungen beweist die Kenntnis der Symptome, nicht automatisch das Verständnis ihrer Entstehungsmechanismen.                                                                          |
| 3   | Krankenkassen sind rechtlich keine reinen Versicherer. Ihre Mehrfachrolle verbindet Versorgungsauftrag, Finanzierung, Vertragsgestaltung, Prüfung, Leistungsentscheidung und Wettbewerb.                                                  |
| 4   | Die einzelnen Rollen sind jeweils legitim. Ihre Bündelung kann jedoch Zielkonflikte erzeugen, die das Verhalten der Institution auch ohne individuelles Fehlverhalten prägen.                                                             |
| 5   | Ausgabenentwicklung ist eine notwendige Steuerungsgröße. Sie ist für sich allein weder ein Versorgungsergebnis noch ein Nachweis von Fehlsteuerung.                                                                                       |
| 6   | Im Beratungsalltag des BED entfallen rund 75 Prozent der Beratungen auf Verordnungsprüfungen und Absetzungen. Diese interne Beobachtung ist keine bundesweite Prävalenzschätzung, zeigt aber die praktische Relevanz der Prüfarchitektur. |
| 7   | Nicht nur fehlende Daten, auch ungleich verteilte Daten und Kontextinformationen sind ein Governanceproblem. Sie beeinflussen, welche Problembeschreibungen politisch belegbar erscheinen.                                                |
| 8   | Transparenz ist selbst ein Governancefaktor. Nicht öffentliche Entscheidungsbegründungen können dazu führen, dass richtige Daten ohne den entscheidenden Kontext politisch bewertet werden.                                               |
| 9   | Misstrauen kann als Systemwirkung entstehen, wenn Prüfung zu Gegenprüfung, detaillierte Regeln zu defensiver Dokumentation und finanzielle Risiken zu immer neuen Kontrollschleifen führen.                                               |

| Nr. | Befund oder Prüfthese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10  | Getrennte Kosten und Nutzenorte sowie kurze Finanzhorizonte erschweren langfristige und sektorenübergreifende Versorgung. Eine Einsparung in einem Budget kann eine Belastungsverlagerung an anderer Stelle sein.                                                                                                                                                                       |
| 11  | Selbstverwaltung kann Versorgungsfragen in Verteilungskonflikte übersetzen. Die Delegation fachlicher Umsetzung entbindet die Politik nicht von klaren Zielentscheidungen und der Verantwortung für die institutionelle Architektur.                                                                                                                                                    |
| 12  | Einzelne Konfliktlagen wurden politisch bereits punktuell durch institutionelle Trennung oder eigenständige Interessenvertretung adressiert. Eine übergreifende Rollen- und Governanceprüfung steht jedoch aus. Sie muss beantworten, ob die erwarteten Versorgungsziele mit den tatsächlichen Rollen, Informationszugängen und Anreizen der beteiligten Institutionen erreichbar sind. |
| 13  | Strukturelle Rollen- und Zielkonflikte sind auch eine Compliance- und Risikomanagementfrage. Sie sind nicht automatisch Complianceverstöße. Ein wirksames Kontrollsystem sollte vorhersehbare Konfliktlagen jedoch identifizieren, bewerten und mit nachvollziehbaren Kontrollen versehen.                                                                                              |

## 1. Die unbewiesene Gewissheit vom Umsetzungsproblem

Der Satz, das deutsche Gesundheitswesen habe kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem, besitzt große politische Attraktivität. Er signalisiert Klarheit. Das Problem sei bekannt, die Lösung liege auf dem Tisch, es fehle lediglich an Mut, Geschwindigkeit oder Konsequenz. Gerade bei seit Jahrzehnten wiederkehrenden Reformthemen erscheint diese Deutung plausibel.

Der Sachverständigenrat beschreibt die hohe Komplexität und Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens. Der European Observatory verweist ebenfalls auf stark getrennte Planungs, Finanzierungs und Governancebereiche.<sup>1112</sup> Diese Diagnosen sind wichtig. Sie zeigen jedoch zunächst, was strukturell sichtbar ist. Ob die zugrunde liegenden institutionellen Mechanismen ausreichend verstanden sind, ist eine zweite Frage.

Eine belastbare Diagnose eines vorwiegenden Umsetzungsproblems setzt mindestens drei Prüfschritte voraus.

<sup>11</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021, Tz. 86, S. 18. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>12</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Germany. Health System Review 2020, insbesondere Abschnitte zu Organisation, Governance und sektoraler Fragmentierung. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> Abruf 8. Juli 2026.

| Prüfschritt        | Erforderliche Erkenntnis                                                                           | Risiko bei ungeklärter Voraussetzung                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Problemursache  | Es ist ausreichend geklärt, wodurch das wiederkehrende Problem entsteht.                           | Ein Symptom wird mit seiner Ursache verwechselt.          |
| 2. Wirkmechanismus | Es ist verstanden, welche Rollen, Anreize und Regeln das Problem stabilisieren oder reproduzieren. | Neue Instrumente werden in dieselbe Wirklogik eingebaut.  |
| 3. Lösungsweg      | Es besteht eine begründete Erwartung, dass die gewählte Intervention den Mechanismus verändert.    | Die nächste Reform bearbeitet erneut die sichtbare Folge. |

### Analytischer Rückschluss

Die häufig wiederholte Diagnose eines reinen Umsetzungsproblems ist selbst kritisch zu prüfen. Die jahrzehntelange Wiederkehr gleicher Symptome kann auch darauf hindeuten, dass Reformanalysen regelmäßig bei Instrumenten beginnen, obwohl die Rollenarchitektur und ihre Zielkonflikte nicht ausreichend untersucht wurden.

Diese Unterscheidung ist mehr als eine begriffliche Frage. Wird ein Systemproblem fälschlich als Umsetzungsproblem behandelt, entstehen typischerweise zusätzliche Programme, Verträge, Prüfverfahren oder gesetzliche Detailregeln. Bleibt der zugrunde liegende Mechanismus unverändert, kann jede neue Regel die Komplexität sogar erhöhen.

Die zentrale Frage dieses Papiers lautet deshalb, ob Aufgaben, Anreize und Verantwortlichkeiten im deutschen Gesundheitswesen noch so verteilt sind, dass die beteiligten Institutionen die Versorgungsziele einer alternden Gesellschaft erreichen können. Krankenkassen stehen dabei exemplarisch im Mittelpunkt, weil sich in ihrer Rollenbündelung mehrere grundlegende Konflikte des Systems besonders deutlich zeigen.

## 2. Methodik und Grenzen der Analyse

Das Papier ist eine Governanceanalyse. Governance bezeichnet die Prozesse, Strukturen und Institutionen, über die ein Gesundheitssystem gesteuert wird. Dazu gehören Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnisse, Anreize, Aufsicht und Verantwortlichkeit.<sup>13</sup>

Die Analyse stützt sich vorrangig auf Rechtsquellen und Veröffentlichungen institutionell zuständiger Stellen. Herangezogen werden insbesondere das Sozialgesetzbuch, Veröffentlichungen des Bundesgesundheitsministeriums, der Finanzkommission Gesundheit, des Bundesamtes für Soziale Sicherung beziehungsweise des früheren Bundesversicherungsamtes, des GKV Spitzenverbandes, des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Sachverständigenrates sowie von WHO, OECD und European Observatory.

Es handelt sich nicht um eine systematische Literaturübersicht mit vorab registriertem Protokoll. Das Papier erhebt keinen Anspruch, die gesamte gesundheitsökonomische oder

<sup>13</sup> World Health Organization, Health Systems Governance. <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance> Abruf 8. Juli 2026.



rechtswissenschaftliche Forschung zu den Krankenkassen abzubilden. Es entwickelt auf Grundlage der dokumentierten Rollenarchitektur und vorhandener Befunde eine prüfbare Governancehypothese.

Belegbare Sachverhalte werden als Befund formuliert. Wo die Datenlage unzureichend ist, wird dies ausdrücklich benannt. Analytische Schlussfolgerungen werden als Rückschluss, Hypothese oder Prüfbedarf gekennzeichnet.

Für die Fallrekonstruktion zur Blankoverordnung werden zusätzlich dem BED als Verfahrensbeteiligtem vorliegende, nicht öffentlich zugängliche Schiedsunterlagen herangezogen. Sie werden nur insoweit verwendet, wie sie für die Rekonstruktion der institutionellen Entscheidungslogik erforderlich sind. Verbandsinterne Beratungsdaten werden als solche gekennzeichnet und nicht als bundesweite Prävalenzschätzung interpretiert.

Der internationale Vergleich dient der Identifikation alternativer institutioneller Arrangements. Aus den Beispielen wird weder eine Rangfolge der Gesundheitssysteme noch eine direkte Übertragbarkeit auf Deutschland abgeleitet.

### 3. Gesetzlicher Auftrag und Rollenarchitektur der Krankenkassen

#### 3.1 Krankenkassen sind keine reinen Versicherungsunternehmen

§ 1 SGB V definiert die gesetzliche Krankenversicherung als Solidargemeinschaft. Ihre Aufgabe ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Krankenkassen sollen Versicherte durch Aufklärung, Beratung und Leistungen unterstützen. Nach § 4 SGB V sind sie rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.<sup>14</sup>

Hinzu kommen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und das Ziel der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. § 70 SGB V verpflichtet Krankenkassen und Leistungserbringende zugleich zu einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung. § 17 SGB I verlangt, dass Sozialleistungen zeitgemäß, umfassend und zügig zugänglich gemacht werden; § 86 SGB X verpflichtet Sozialleistungsträger zur engen Zusammenarbeit.<sup>1516</sup>

Der gesetzliche Ausgangspunkt ist damit deutlich umfassender als die Rolle eines privaten Risikoversicherers. Versorgung, Unterstützung, Wirtschaftlichkeit, Finanzstabilität und Zusammenarbeit stehen nebeneinander. Der Zielkonflikt ist bereits im gesetzlichen Auftrag angelegt und muss in konkreten Entscheidungen aufgelöst werden.

#### 3.2 Die Besonderheit liegt in der Bündelung der Rollen

| Rolle                 | Aufgabe                                                          | Möglicher institutioneller Konflikt                     |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sozialleistungsträger | Gesetzliche Ansprüche verwirklichen und Versicherte unterstützen | Bewilligung erzeugt regelmäßig eigene Leistungsausgaben |

<sup>14</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, insbesondere §§ 1, 4, 12, 70 und 71 SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>15</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, insbesondere §§ 1, 4, 12, 70 und 71 SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>16</sup> § 17 SGB I und § 86 SGB X, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_1/\\_17.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/_17.html) und [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_10/\\_86.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_10/_86.html) Abruf 8. Juli 2026.

| Rolle                              | Aufgabe                                                          | Möglicher institutioneller Konflikt                                           |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Finanzierer und Beitragstreuhänder | Versorgung bezahlen und Beitragsmittel wirtschaftlich verwenden  | Langfristiger Nutzen ist kurzfristig schwer messbar                           |
| Vertragspartner                    | Versorgungsbedingungen und Vergütung mitgestalten                | Versorgungssicherung trifft auf Preis und Ausgabeninteresse                   |
| Prüfende Institution               | Vertragskonformität und Abrechnungsvoraussetzungen kontrollieren | Die prüfende Seite ist finanziell vom Prüfergebnis betroffen                  |
| Innovationspartner                 | Neue Versorgung ermöglichen und Verträge entwickeln              | Innovation erzeugt zunächst Aufwand und Unsicherheit                          |
| Wettbewerber                       | Versicherte halten und gewinnen                                  | Öffentlicher Auftrag trifft auf kassenindividuelle Positionierung             |
| Akteur der Selbstverwaltung        | Kollektive Regeln und Versorgungsstrukturen mitgestalten         | Gemeinsame Versorgungsaufgabe trifft auf institutionelle Interessenvertretung |

Zum 1. Januar 2026 bestanden 93 gesetzliche Krankenkassen.<sup>17</sup> Die damalige Bundesaufsicht beschrieb bereits 2018 ein Spannungsfeld zwischen öffentlich rechtlichem Versorgungs und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Wettbewerbsstrategien.<sup>18</sup>

**Analytischer Rückschluss** Keine der dargestellten Rollen ist für sich ungewöhnlich oder illegitim. Die Governancefrage entsteht aus ihrer Kombination. Eine Institution kann mehrere gesetzliche Ziele korrekt verfolgen und dennoch in Situationen geraten, in denen die Erreichung eines Ziels die Erreichung eines anderen erschwert.

Damit verändert sich auch die Fragestellung. Zu prüfen ist weniger, ob Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben kennen. Entscheidend ist, wie Zielkonflikte praktisch gewichtet werden, welche Kennzahlen Entscheidungen dominieren und welche Kontrolle greift, wenn die finanziell unmittelbar sichtbare Zielgröße mit einem schwerer messbaren Versorgungsziel kollidiert.

### 3.3 Politisch in Teilbereichen erkannt, als Gesamtproblem nicht untersucht

Die mit der Rollenbündelung verbundenen Konfliktlagen sind der Gesundheitspolitik nicht vollständig unbekannt. Der Gesetzgeber hat in einzelnen Bereichen bereits institutionelle Konsequenzen gezogen, wenn die Nähe zwischen Finanzierung, Begutachtung oder Interessenvertretung Zweifel an Unabhängigkeit und Vertrauen hervorrufen konnte. Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Medizinischen Dienste organisatorisch verselbstständigt und als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgestaltet, um unabhängige Prüfungen zu stärken.<sup>19</sup> Auch die eigenständige Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss zeigt, dass die Interessen der Patientinnen und Patienten nicht ohne Weiteres mit denen der

<sup>17</sup> GKV-Spitzenverband, Alle gesetzlichen Krankenkassen, Stand 1. Januar 2026. Die Seite weist 93 gesetzliche Krankenkassen aus. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>18</sup> Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, insbesondere S. 7, S. 119 und S. 148. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit, MDK-Reformgesetz. Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz> Abruf 8. Juli 2026.

Kostenträger gleichgesetzt werden. Sie verfügt über Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch über kein Stimmrecht.<sup>20</sup>

Diese Einzelregelungen belegen jedoch noch keine systematische Prüfung der gesamten Rollenarchitektur. Sie bearbeiten jeweils bestimmte Konfliktlagen, ohne deren gemeinsamen strukturellen Kern zusammenzuführen. Im Rahmen der für dieses Papier ausgewerteten Quellen ist nicht erkennbar, dass Versorgungsauftrag, Finanzverantwortung, Vertragsgestaltung, Leistungsentscheidung, Prüfung, Datenzugang und Wettbewerb der Krankenkassen gemeinsam daraufhin untersucht wurden, ob die daraus entstehenden Zielkonflikte ausreichend transparent gemacht, kontrolliert und ausgeglichen werden.

## 4. Von der Symptombeschreibung zur Governanceanalyse

Gesundheitspolitische Reformen beginnen häufig bei sichtbaren Problemen. Steigende Ausgaben führen zu Ausgabenprogrammen. Bürokratie führt zu Entbürokratisierungsprogrammen. Fehlende Koordination führt zu neuen Kooperationsverträgen. Jeder dieser Ansätze kann sinnvoll sein. Die Governanceanalyse stellt eine vorgelagerte Frage. Welche institutionelle Logik erzeugt oder stabilisiert das Problem?

| Beobachtung                         | Naheliegende Reaktion                          | Vorgelagerte Governancefrage                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Ausgaben wachsen                    | Preise, Mengen oder Leistungszugänge begrenzen | Welche Bedarfs, Preis, Mengen und Verlagerungseffekte erklären die Entwicklung? |
| Koordination gelingt nicht          | Neue Kooperationspflicht oder neuer Vertrag    | Wer trägt gemeinsame Ergebnisverantwortung und wer profitiert von Kooperation?  |
| Abrechnungsfehler treten auf        | Prüfregeln und Nachweise verdichten            | Erzeugen Vertragsregeln selbst Fehler und wie werden Fehlerfolgen verteilt?     |
| Innovation setzt sich langsam durch | Modellprojekt oder Förderprogramm              | Welche Institution trägt sichere Kosten und wo entsteht späterer Nutzen?        |

Die aktuelle Finanzdebatte verdeutlicht die Wirkung von Ausgangsfragen. Der Arbeitsauftrag der FinanzKommission Gesundheit ist ausdrücklich auf Einnahmen, Ausgaben, Beitragssätze, Kostentreiber sowie kurz und langfristige Möglichkeiten zur Begrenzung der Ausgabendynamik gerichtet.<sup>21</sup> Diese Fragestellung ist angesichts der angespannten GKV Finanzen legitim.<sup>22</sup>

Sie führt methodisch jedoch zunächst zu einer anderen Analyse als die Frage, welche Versorgungsarchitektur eine alternde Gesellschaft benötigt und wie diese anschließend

<sup>20</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss, Plenum, sowie Stabsstelle Patientenbeteiligung, Die Patientenvertretung im G-BA. Das Plenum hat 13 stimmberechtigte Mitglieder; die Patientenvertretung verfügt über Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch über kein Stimmrecht. <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/> und <https://patientenvertretung.g-ba.de/> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>21</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Arbeitsauftrag an die FinanzKommission Gesundheit, 8. September 2025. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/250908\\_Kommission\\_Arbeitsauftrag\\_FKG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>22</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 4. Quartal 2025, 10. März 2026, sowie Finanzentwicklung der GKV im 1. Quartal 2026, 19. Juni 2026.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025> und

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-quartal-2026-pm-19-06-2026-1> Abruf 8. Juli 2026.

wirtschaftlich finanziert werden kann. Die Reihenfolge der Fragen beeinflusst, welche Daten als zentral gelten und welche Lösungen sichtbar werden.

Der Fall der ergotherapeutischen Blankoverordnung zeigt, dass neben der Ausgangsfrage auch die Verfügbarkeit von Daten den Analysepfad prägen kann. Abrechnungsdaten machen Mengen und Ausgaben vergleichsweise schnell sichtbar. Steuerungsprozesse, Entscheidungsaufwand und der institutionelle Kontext früherer Entscheidungen sind schwerer zugänglich. Was leichter messbar ist, kann dadurch politisch früher als Erklärung oder Handlungsgrund erscheinen.

**Analytischer Rückschluss** Bekannte Symptome sind noch keine verstandenen Ursachen. Die Systemdiagnose sollte deshalb prüfen, ob rationales Handeln innerhalb einzelner institutioneller Rollen in der Summe Ergebnisse erzeugt, die kein Beteiligter ausdrücklich anstrebt. Genau solche Konstellationen können durch zusätzliche Einzelregeln stabilisiert statt aufgelöst werden.

## 5. Vier strukturelle Zielkonflikte

### 5.1 Versorgung sichern und Finanzstabilität gewährleisten

Krankenkassen sollen bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten und zugleich wirtschaftlich handeln sowie Beitragssatzstabilität berücksichtigen.<sup>23</sup> Dieser Konflikt ist in einem solidarisch finanzierten System unvermeidbar. Ressourcen sind begrenzt. Die entscheidende Frage ist daher nicht, ob auf Wirtschaftlichkeit geachtet werden darf, sondern anhand welcher Informationen Ausgaben als unwirtschaftlich, notwendig oder investiv bewertet werden.

Eine Ausgabensteigerung beschreibt zunächst eine finanzielle Entwicklung. Sie beantwortet für sich allein nicht, ob mehr Menschen behandelt wurden, Preise nachgeholt haben, Unterversorgung abgebaut wurde, Leistungen aus anderen Sektoren verlagert wurden oder sich Morbidität und Bedarf verändert haben. Umgekehrt ist eine stabile Ausgabe kein automatischer Beleg guter Steuerung. Sie kann ebenso mit Zugangshürden oder Kapazitätsproblemen vereinbar sein.

**Analytischer Rückschluss** Ausgabenentwicklung ist eine notwendige Steuerungsgröße, aber kein Versorgungsergebnis. Je stärker Finanzdaten verfügbar und politisch präsent sind, desto wichtiger wird eine gleichwertige Messung von Zugang, Kontinuität, Ergebnisqualität und Transaktionsaufwand. Der Psychotherapiefall beweist keine systematische Kürzungsabsicht. Er zeigt jedoch, wie ein gesetzliches Sicherungsinstrument unter einer veränderten Daten- und Finanzlage eine gegenläufige Steuerungswirkung entfalten kann. Damit stellt sich zusätzlich die Governancefrage, wer prüft, ob Methodik, Vergleichszeitraum und Anwendung eines Instruments noch mit seiner Sicherungsfunktion übereinstimmen, bevor die finanzielle Wirkung in der Versorgung eintritt.

**Aktuelles Beispiel Psychotherapie.** Die gesetzliche Sonderregelung für psychotherapeutische Leistungen ist auf die Sicherung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit gerichtet. Der Gesetzgeber führte die heutige Sondervorgabe in das neue Vergütungsrecht über, um eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit sicherzustellen; der Ausschussbericht zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verweist ausdrücklich darauf, dass

---

<sup>23</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, insbesondere §§ 1, 4, 12, 70 und 71 SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) Abruf 8. Juli 2026.

die bis 2008 geltende Regelung eine ausreichende Vergütung der Leistungen pro Zeiteinheit gewährleistete.<sup>24</sup>

Im März 2026 nutzte der Erweiterte Bewertungsausschuss genau diese Angemessenheitsprüfung für eine Absenkung. Auf Grundlage aktualisierter Kosten- und Abrechnungsdaten errechnete er bei unveränderter Anwendung seines Modells eine mögliche Abwertung der Therapiestunde um 9,97 Prozent und begrenzte die Absenkung im Rahmen seines Gestaltungsspielraums auf 4,5 Prozent ab dem 1. April 2026. Die Vergleichslogik, die eine angemessene zeitbezogene Vergütung sichern soll, wurde damit zum Ausgangspunkt einer Kürzungsentscheidung.<sup>25</sup>

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg setzte die sofortige Vollziehung dieser Absenkung mit rechtskräftigem Eilbeschluss vom 9. Juli 2026 aus. Nach der veröffentlichten Gerichtsmitteilung bestehen erhebliche rechtliche Bedenken gegen die Methodik der Vergleichsrechnung. Beanstandet wurde insbesondere, dass Facharztsätze des Jahres 2024 mit einem für 2026 prognostizierten psychotherapeutischen Umsatz verglichen wurden, ohne die zwischenzeitlichen Steigerungen des Orientierungswertes 2025 und 2026 auf der Vergleichsseite entsprechend abzubilden. Ein besonderes Interesse am Sofortvollzug sah das Gericht ebenfalls nicht. Über die Klage in der Hauptsache ist noch nicht entschieden.<sup>26</sup>

## 5.2 Leistungsentscheidung und eigene finanzielle Betroffenheit

Krankenkassen sind Sozialleistungsträger und tragen zugleich die finanziellen Folgen bewilligter Leistungen. Bei komplexen medizinischen Fragen kann der Medizinische Dienst einbezogen werden. Mit dem MDK Reformgesetz wurde dessen organisatorische Unabhängigkeit gestärkt; die Medizinischen Dienste wurden eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts und die Verwaltungsratsstruktur wurde verändert.<sup>27</sup>

Aus dieser Reform folgt keine automatische Übertragbarkeit auf jede Leistungsentscheidung. Sie zeigt jedoch, dass der Gesetzgeber institutionelle Nähe zwischen Finanzierung und Prüfung als Governancefrage behandeln kann.

**Analytischer Rückschluss** Wenn eine Institution über Leistungszugang entscheidet und zugleich die unmittelbaren finanziellen Folgen trägt, besteht ein struktureller Zielkonflikt. Ein Zielkonflikt ist kein Beleg für rechtswidrige Entscheidungen. Er erhöht jedoch die Anforderungen an Transparenz, unabhängige fachliche Bewertung und überprüfbare Entscheidungsdaten.

## 5.3 Vertragspartner und Prüfarchitektur

Krankenkassen und ihre Verbände gestalten Verträge mit Leistungserbringenden und wirken damit an Leistungsbeschreibungen, Abrechnungsbestimmungen, Korrekturregeln und Vergütung mit. Im Heilmittelbereich geschieht dies insbesondere über die bundesweiten Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V.<sup>28</sup>

<sup>24</sup> Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 16/4247 vom 1. Februar 2007, S. 39. Vgl. auch Bundessozialgericht, Urteil vom 13. Dezember 2023, B 6 KA 1/22 R. Vollständige Nachweise im Quellenverzeichnis.

<sup>25</sup> Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V, entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss vom 11. März 2026, insbesondere S. 1–4. Bei unveränderter Modellanwendung ergab sich minus 9,97 Prozent; beschlossen wurden minus 4,5 Prozent ab 1. April 2026. Vollständiger Nachweis im Quellenverzeichnis.

<sup>26</sup> Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 9. Juli 2026, L 7 KA 11/26 KL ER, sowie Pressemitteilung zum Beschluss. Die sofortige Vollziehung wurde ausgesetzt; über die Hauptsache ist noch nicht entschieden.

<sup>27</sup> Bundesministerium für Gesundheit, MDK-Reformgesetz. Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>28</sup> §§ 125 und 125a SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_125.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_125.html) und [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_125a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_125a.html) Abruf 8. Juli 2026.

Leistungserbringende müssen die vereinbarten Voraussetzungen erfüllen. Prüfungen sind zum Schutz der Solidargemeinschaft unverzichtbar. Die Governancefrage beginnt dort, wo die vertraglich mitgestaltende und finanziell betroffene Seite zugleich wesentliche Teile der Prüfung und finanziellen Fehlerfolge prägt. Für kleine Praxen können bereits einzelne formale Fehler erhebliche Risiken erzeugen.

Eine sachgerechte Prüfarchitektur müsste klar zwischen vorsätzlich falscher Abrechnung, nicht erbrachter Leistung, wiederholtem erheblichem Vertragsverstoß und korrigierbarem Formalfehler unterscheiden. Wo die fachliche Leistung zweifelsfrei erbracht wurde, ist zu prüfen, ob Korrektur regelmäßig Vorrang vor Vergütungsverlust haben sollte.

**Analytischer Rückschluss** Die Verbindung von Vertragsgestaltung, Vertragsauslegung und finanzieller Prüfung kann Macht und Risikoungleichgewichte verstärken. Der Prüfbedarf richtet sich nicht gegen Kontrolle, sondern auf die Verhältnismäßigkeit der Fehlerfolgen und die Verteilung des Transaktionsrisikos.

#### 5.4 Wettbewerb und öffentlicher Auftrag

Der Wettbewerb der Krankenkassen soll Innovation, Service und Wirtschaftlichkeit fördern. Die Bundesaufsicht hat diese Zielsetzung beschrieben und zugleich das daraus entstehende Spannungsfeld mit dem öffentlich rechtlichen Auftrag ausdrücklich benannt.<sup>29</sup>

Die zentrale Frage lautet, worüber Krankenkassen tatsächlich konkurrieren und ob dieser Wettbewerb für Versicherte in Form besserer Versorgungsergebnisse sichtbar wird. Zusatzbeiträge, Satzungsleistungen und Service sind vergleichsweise leicht wahrnehmbar. Unterschiede bei Versorgungskontinuität, sektorenübergreifender Koordination oder erfolgreichen Leistungszugängen sind deutlich schwerer vergleichbar.

**Analytischer Rückschluss** Ein solidarischer Wettbewerb sollte sich an seinem nachweisbaren Versorgungsnutzen messen lassen. Wo Wettbewerb organisatorische Vielfalt erzeugt, ohne patientenrelevante Ergebnisse transparent zu verbessern, ist eine stärkere Standardisierung zumindest prüfenswert.

#### 5.5 Rollenkonflikte als Compliance- und Risikomanagementfrage

Eine zusätzliche Prüfperspektive ergibt sich aus dem Compliance- und Risikomanagement der Krankenkassen. Die Aufsichtsbehörden empfehlen für Vorstandsdienstverträge gesetzlicher Krankenkassen ausdrücklich die Verpflichtung, ein Compliance Management System zu etablieren, weiterzuentwickeln und an Veränderungen anzupassen. Begründet wird dies mit der Vorbeugung von Schäden sowie der Bedeutung eines guten Risikomanagements und eines angemessenen internen Kontrollsystems.<sup>30</sup>

Öffentlich zugängliche Regelwerke einzelner Krankenkassen zeigen, dass Compliance dort jedenfalls teilweise weiter verstanden wird als reine Korruptionsprävention. Der Compliance-Verhaltenskodex der DAK-Gesundheit stellt rechtskonformes und integrires Verhalten, Gemeinwohl, Zielerreichung und wirtschaftliches Handeln nebeneinander, verlangt die Vermeidung compliance-relevanter Interessenkonflikte und fordert, vorhandene Beurteilungs- und Handlungsspielräume zu erkennen und angemessen zu nutzen. Die AOK

<sup>29</sup> Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, insbesondere S. 7, S. 119 und S. 148. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>30</sup> Bundesamt für Soziale Sicherung, Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 35a Abs. 6 und 6a SGB IV, Stand 24. November 2021, S. 16. Vollständiger Nachweis im Quellenverzeichnis.



Rheinland-Pfalz/Saarland beschreibt ihr Compliance Management System als präventiven Ansatz, mit dem mögliche Schwachstellen frühzeitig identifiziert und über Risikoanalysen oder Prüfungen Maßnahmen abgeleitet werden sollen. Diese Beispiele belegen keine einheitliche Compliancepraxis aller Krankenkassen. Sie zeigen jedoch, dass die Instrumente zur strukturierten Risikoerkennung grundsätzlich vorhanden sein können.<sup>31</sup>

**Analytischer Rückschluss** Die in diesem Papier beschriebenen Rollen- und Zielkonflikte sind nicht automatisch Complianceverstöße. Der Begriff des compliance-relevanten Interessenkonflikts darf nicht ohne Weiteres von persönlichen oder wirtschaftlichen Eigeninteressen auf institutionelle Zielkonflikte übertragen werden. Sobald jedoch vorhersehbar ist, dass dieselbe Institution Versorgung sichern, Finanzmittel begrenzen, Vertragsbedingungen mitgestalten und aus einzelnen Entscheidungsfolgen unmittelbar finanziell betroffen sein kann, entsteht ein strukturelles Governance- und Risikothema. Ein wirksames Compliance Management System sollte deshalb zumindest dokumentieren, ob solche Konfliktlagen identifiziert wurden, nach welchen Kriterien sie bewertet werden, welche unabhängigen Kontrollinstanzen eine einseitige Zieldominanz begrenzen und wie Auffälligkeiten an Vorstand und Verwaltungsrat berichtet werden. Ob dies in den Krankenkassen und auf Verbandsebene systematisch geschieht, ist öffentlich nicht erkennbar und sollte Teil der vorgeschlagenen Governanceprüfung sein.

## 6. Zeit, Sektor und getrennte Kosten und Nutzenorte

Viele Versorgungsentscheidungen erzeugen sichere Kosten in der Gegenwart und mögliche Wirkungen erst später. Diese Wirkungen können zudem außerhalb des Finanzierungsbereichs entstehen, der die heutige Ausgabe trägt. Eine therapeutische oder rehabilitative Intervention kann beispielsweise auf Funktionsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedarf wirken. Ob und in welchem Umfang dies geschieht, muss indikations und interventionsbezogen empirisch geprüft werden.

Der strukturelle Mechanismus besteht unabhängig vom Nachweis einer einzelnen Intervention. GKV, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Kommunen, Arbeitgeber und Betroffene tragen unterschiedliche Kosten und Nutzenanteile. Eine Institution kann deshalb rational gegen eine heutige Ausgabe entscheiden, obwohl eine sektorübergreifende Gesamtbetrachtung zu einem anderen Ergebnis käme.

Der Sonderbericht der Bundesaufsicht beschrieb bereits 2018 am Beispiel langfristiger Präventionsprojekte, dass Krankenkassen unter Zusatzbeitragsdruck zu einer Haushaltsjahrbetrachtung neigten.<sup>32</sup> Dieser Befund ist historisch und darf nicht pauschal auf jede heutige Entscheidung übertragen werden. Er belegt aber, dass kurze Finanzhorizonte institutionelles Verhalten beeinflussen können.

---

<sup>31</sup> DAK-Gesundheit, Compliance-Verhaltenskodex, Version 5.0, insbesondere S. 2, 10 und 14; AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Nachhaltigkeitsbericht 2024, Stand Juli 2025, insbesondere S. 61–63. Vollständige Nachweise im Quellenverzeichnis.

<sup>32</sup> Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, insbesondere S. 7, S. 119 und S. 148. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

| Heutiger Aufwand        | Möglicher späterer Nutzen                  | Möglicher Nutzenort                                       | Governancerisiko                                                                        |
|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Frühzeitige Therapie    | Erhalt von Funktion und Selbstständigkeit  | GKV, Pflege, Betroffene                                   | Aufwand und möglicher Pflegeeffekt liegen in unterschiedlichen Zeiträumen oder Systemen |
| Rehabilitation          | Rückkehr oder Verbleib in Erwerbstätigkeit | Rentenversicherung, Arbeitgeber, Steuer und Beitragsbasis | Die finanzierende Institution erfasst gesellschaftliche Folgewirkungen nur begrenzt     |
| Prävention und Beratung | Spätere Risikoreduktion                    | Mehrere Systeme und Betroffene                            | Langfristige Wirkung konkurriert mit kurzfristiger Budgetwirkung                        |
| Koordinationsleistung   | Weniger Brüche und Doppelstrukturen        | Mehrere Leistungsbereiche                                 | Kein einzelner Akteur hat zwingend einen ausreichenden Investitionsanreiz               |

An dieser Stelle ist zusätzlich zwischen Einsparung und Belastungsverlagerung zu unterscheiden. Sinkt eine Ausgabe innerhalb der GKV, weil Leistungserbringende Kostensteigerungen selbst tragen, Kapazitäten reduzieren oder Versicherte Leistungen privat finanzieren beziehungsweise länger warten, ist dies nicht automatisch eine gesamtgesellschaftliche Einsparung. Der Aufwand kann lediglich an einen anderen Ort verschoben worden sein.

**Analytischer Rückschluss** Ein zentraler Governancefehler kann in getrennten Kosten, Nutzen und Belastungsorten liegen. Die Frage „Was kostet diese Leistung die GKV?“ reicht für langfristige Versorgung nicht aus. Ergänzend ist zu prüfen, wer später profitiert, wer ein Ausfallrisiko trägt und ob eine vermeintliche Einsparung lediglich außerhalb des betrachteten Budgets sichtbar wird.

## 7. Leistungsentscheidungen, Prüfarchitektur und die Entstehung von Misstrauen

### 7.1 Was empirisch belegt ist und was nicht

In der Versorgungspraxis wird häufig von mehr Leistungsablehnungen, strengeren Prüfungen und steigenden Absetzungen berichtet. Für einen bundesweit kontinuierlichen Anstieg über alle Krankenkassen und Leistungsbereiche hinweg wurde keine aktuelle, kassenübergreifend vergleichbare Gesamtdatenbasis gefunden. Diese Wahrnehmung darf deshalb nicht als gesicherter Trend dargestellt werden.

Für den BED ist zugleich klar benennbar, welche Themen den eigenen Beratungsalltag dominieren. Rund 75 Prozent der Beratungen drehen sich um Verordnungsprüfungen und Absetzungen. Diese Zahl beschreibt die interne Beratungsrealität des Verbandes. Sie erlaubt keine Hochrechnung auf sämtliche Heilmittelpraxen oder Krankenkassen, zeigt aber die erhebliche praktische Bedeutung der Prüf- und Absetzungsarchitektur für die vom BED beratenen Praxen.



Die vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte IGES Untersuchung zu Leistungsbewilligungen und Leistungsablehnungen dokumentierte jedoch erhebliche Unterschiede zwischen Leistungsbereichen und Krankenkassen. Betroffene Versicherte fühlten sich häufig nicht ausreichend über Ablehnungsgründe informiert. Die Untersuchung konnte Häufigkeit und Erfolg von Widersprüchen und Klagen wegen unzureichender Daten nicht umfassend bestimmen und empfahl unter anderem erweiterte Berichtspflichten.<sup>33</sup>

Damit liegt ein ungewöhnliches Erkenntnisproblem vor. Der BED kann aus der eigenen Beratung eine klare Schwerpunktbelastung benennen, während eine kassenübergreifend vergleichbare öffentliche Gesamtdatenbasis zu Absetzungen, Korrekturen und finanziellen Folgen fehlt. Eine weitreichende Entscheidungspraxis ist öffentlich nur eingeschränkt vergleichbar. Weder pauschale Kritik noch pauschale Entlastung können auf einer solchen Datenbasis überzeugen.

## 7.2 Die Datenlücke ist selbst ein Governanceproblem

Für eine belastbare Bewertung wären mindestens kassen- und leistungsbereichsbezogene Daten zu Anträgen, vollständigen und teilweisen Ablehnungen, Bearbeitungszeiten, Widersprüchen, erfolgreichen Widersprüchen und gerichtlichen Korrekturen erforderlich. Für Abrechnungsprüfungen sollten Absetzungsgründe, finanzielle Höhe, Korrekturquote und Wiederholungsfälle transparent werden. Unterschiede in Versichertenstruktur und Leistungsbereichen müssten methodisch berücksichtigt werden.

Die WHO empfiehlt bei der Bewertung von Gesundheitssystemen eine mehrdimensionale Betrachtung von Leistung, Zugang, Qualität, Effizienz und Systemzielen.<sup>34</sup> Ein System, das Finanzdaten wesentlich präziser misst als Entscheidungsqualität, Zugangsfolgen und Transaktionsaufwand, setzt einen asymmetrischen Steuerungsrahmen.

## 7.3 Misstrauen kann als Systemwirkung entstehen

Der Begriff Misstrauenskultur ist empirisch nicht als bundesweit standardisierte Kennzahl der GKV belegt. Die Governanceanalyse kann jedoch prüfen, ob Misstrauen als emergente Systemwirkung entsteht. Krankenkassen verdichten Kontrollen, um unberechtigte Ausgaben zu vermeiden. Praxen reagieren mit zusätzlichen Prüfungen und defensiver Dokumentation, um finanzielle Risiken zu begrenzen. Neue Korrekturregeln und Nachweise entstehen. Die Komplexität steigt und erzeugt weitere Fehlerquellen.

Jeder einzelne Schritt kann aus Sicht des jeweiligen Akteurs rational sein. Das Gesamtergebnis kann dennoch höhere Transaktionskosten, längere Bearbeitungswege und sinkendes Vertrauen erzeugen. In einer solchen Konstellation wäre Kommunikation allein keine ausreichende Lösung.

**Analytischer Rückschluss** Die Wahrnehmung einer Verhinderungs oder Misstrauenskultur sollte nicht vorschnell als Kommunikationsproblem eingeordnet werden. Zu prüfen ist, ob Vertrags und Prüfarchitekturen selbst eine Spirale aus Kontrolle, Gegenkontrolle und defensiver Dokumentation erzeugen.

---

<sup>33</sup> IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Studie zu Leistungsbewilligungen und Leistungsablehnungen durch Krankenkassen, Kurzbericht, 31. Mai 2017, insbesondere S. 2 bis 3. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht\\_Studie\\_Leistungsablehnungen\\_durch\\_Krankenkassen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht_Studie_Leistungsablehnungen_durch_Krankenkassen.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>34</sup> World Health Organization Regional Office for Europe, Health system performance assessment. A framework for policy analysis, 2022. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8d7a769e-a1a9-42b4-9ea9-bb1b10032843/content> Abruf 8. Juli 2026.

## 8. Selbstverwaltung, Verteilungsfragen, Transparenz und politische Verantwortung

### 8.1 Selbstverwaltung und politische Verantwortung

Die gemeinsame Selbstverwaltung ist ein tragendes Strukturprinzip des deutschen Gesundheitswesens. Der Staat setzt den gesetzlichen Rahmen; Krankenkassen und Leistungserbringende gestalten zahlreiche Details der Versorgung in Verträgen und Gremien aus.<sup>35</sup> Diese Konstruktion ermöglicht fachnahe Regelungen und entlastet den Gesetzgeber von Detailsteuerung.

Ein früheres BED Diskussionspapier hat in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Entpolitisierung von Gerechtigkeits und Verteilungsfragen beschrieben.<sup>36</sup> Die dort zugespitzte These wird hier präzisiert. Der Staat kann Ausgestaltungsaufgaben an die Selbstverwaltung übertragen. Die politische Verantwortung für die gesetzliche Zielarchitektur und die wesentlichen Rahmenbedingungen bleibt jedoch bestehen.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2015 im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss darauf hingewiesen, dass Fragen demokratischer Legitimation nicht abstrakt, sondern im Hinblick auf die konkrete Regelungsmaterie zu prüfen sind. Dabei sind unter anderem die gesetzliche Vorstrukturierung und die Beteiligung der besonders Betroffenen relevant.<sup>37</sup>

Die institutionelle Beteiligungsarchitektur zeigt zugleich, dass Betroffenheit und Entscheidungsmacht nicht deckungsgleich sein müssen. Das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses hat 13 stimmberechtigte Mitglieder. Die Patientenvertretung verfügt über Mitberatungs und Antragsrechte, jedoch über kein Stimmrecht.<sup>38</sup> Daraus folgt keine pauschale Aussage zur Legitimität einzelner Beschlüsse. Es zeigt vielmehr, warum die Verteilung von Entscheidungsmacht selbst Teil einer Governanceanalyse sein muss.

Besonders relevant ist die unterschiedliche Reichweite politischer und selbstverwalteter Instrumente. Zentrale Entscheidungen über die Finanzierungsarchitektur, Bundeszuschüsse oder gesetzliche Leistungsansprüche liegen beim Gesetzgeber. In der Selbstverwaltung werden dagegen vielfach Preise, Vertragsbedingungen, Leistungsdetails, Prüfregeln und Umsetzungsfragen verhandelt. Finanzdruck kann sich dadurch auf der Ausgabenseite in konkreten Verteilungskonflikten verdichten.

| Gesellschaftliche Frage                                          | Typische Verhandlungsfrage                     | Möglicher Informationsverlust                                                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Welche Versorgungskapazität benötigt eine alternde Gesellschaft? | Welche Vergütungsentwicklung ist finanzierbar? | Kapazität, Fachkräftebedarf und regionale Versorgung werden nur mittelbar abgebildet |

<sup>35</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Das Prinzip der Selbstverwaltung.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>36</sup> Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V., BED Konkret. Sichere Versorgung im Kontext einer stabilen demokratischen Grundordnung. Fehlende Perspektiven auf eine zunehmende Entpolitisierung von Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen in der Gesundheitsversorgung, Diskussionspapier vom 9. Dezember 2025.

<sup>37</sup> Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 10. November 2015, 1 BvR 2056/12, insbesondere Rn. 22. [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110\\_1bvr205612.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110_1bvr205612.html) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>38</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss, Plenum, sowie Stabsstelle Patientenbeteiligung, Die Patientenvertretung im G-BA. Das Plenum hat 13 stimmberechtigte Mitglieder; die Patientenvertretung verfügt über Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch über kein Stimmrecht. <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/> und <https://patientenvertretung.g-ba.de/> Abruf 8. Juli 2026.

| Gesellschaftliche Frage                                     | Typische Verhandlungsfrage                                   | Möglicher Informationsverlust                                                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Welche Verantwortung sollen Gesundheitsberufe übernehmen?   | Welche einzelne Leistung oder Pauschale ist vergütungsfähig? | Professionelle Verantwortung wird auf Abrechnungspositionen verkürzt                   |
| Wie soll Zugang zu notwendiger Versorgung gesichert werden? | Welche formalen Voraussetzungen und PrüfregeIn gelten?       | Zugangswirkung und administrativer Aufwand können hinter Regelkonformität zurücktreten |
| Welche Belastung soll solidarisch getragen werden?          | Welcher Kostenträger finanziert welche Einzelleistung?       | Verteilungsfolgen werden entlang institutioneller Zuständigkeiten zerlegt              |

**Analytischer Rückschluss** Selbstverwaltung kann gesellschaftliche Versorgungsfragen in technische Vertrags und Verteilungskonflikte übersetzen. Dadurch entsteht die Hypothese einer Pufferwirkung. Politik kann auf die Selbstverwaltung verweisen, während die Selbstverwaltung auf gesetzliche Finanzvorgaben verweist. Wo Verantwortung diffus wird, kann Reformdruck abgeschwächt werden, obwohl die Versorgungsprobleme fortbestehen.

Diese Hypothese ist ausdrücklich kein Argument gegen Selbstverwaltung. Sie spricht für klarere politische Zielentscheidungen. Je grundlegender eine Frage Zugang, Verteilung oder Versorgungsstruktur berührt, desto eindeutiger sollte vorgegeben sein, welches Versorgungsergebnis erreicht werden soll. Die wirtschaftliche und fachliche Umsetzung kann anschließend Gegenstand der Selbstverwaltung sein.

## 8.2 Transparenz, Wissensasymmetrie und politische Entscheidungsfähigkeit

Transparenz ist in diesem Zusammenhang mehr als eine Frage nachträglicher Kontrolle. Sie bestimmt mit, welche Informationen in wissenschaftlichen und politischen Bewertungsprozessen überhaupt verfügbar sind. Finanz- und Abrechnungsdaten können institutionell konzentriert erhoben und ausgewertet werden. Tragende Begründungen aus Vertrags- oder Schiedsverfahren sind dagegen teilweise nicht öffentlich zugänglich.

Damit kann eine Erkenntnisasymmetrie entstehen. Einzelne Institutionen verfügen über Daten, Analysekapazitäten und vollständige Kenntnis nicht öffentlicher Konflikt- und Entscheidungszusammenhänge. Parlament, Wissenschaft, Medien und andere Beteiligte können denselben Kontext nicht ohne Weiteres rekonstruieren. Dies ist kein Beleg für unlauteres Handeln. Es verändert jedoch die Bedingungen, unter denen unterschiedliche Deutungen politisch überprüfbar sind.

Intransparenz muss deshalb nicht bedeuten, dass falsche Daten verwendet werden. Sie kann dazu führen, dass richtige Daten ohne den entscheidenden Kontext bewertet werden. Eine politisch plausible Schlussfolgerung kann auf der verfügbaren Informationslage rational erscheinen und dennoch auf einem unvollständigen Bild beruhen.

**Analytischer Rückschluss** Nicht nur die Qualität von Daten, auch ihre Verteilung und der Zugang zu tragenden Entscheidungsbegründungen sind Teil der Governance. Wo relevante Gegeninformationen nicht gleichberechtigt öffentlich prüfbar sind, steigt das Risiko, dass die leichter verfügbare Perspektive den politischen Bewertungsrahmen dominiert.

## 9. Der demografische Wandel als Belastungstest der Governance

Der demografische Wandel ist in Deutschland bereits sichtbar. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist jede zweite Person älter als 45 Jahre und jede fünfte Person älter als 66 Jahre. Die Zahl der Menschen ab 65 Jahren stieg von 12,0 Millionen im Jahr 1991 auf 19,0 Millionen im Jahr 2024.<sup>39</sup>

Alterung erklärt nicht automatisch die gesamte Entwicklung der Gesundheitsausgaben. Medizinischer Fortschritt, Preise, Morbidität, Versorgungsstrukturen und gesetzgeberische Entscheidungen wirken ebenfalls. Auch der Arbeitsauftrag der FinanzKommission Gesundheit behandelt diese Faktoren als zu untersuchende Einflussgrößen.<sup>40</sup>

Unabhängig von der genauen Ausgabenwirkung verändern sich die Anforderungen an Versorgung. OECD und WHO betonen für chronische und komplexe Bedarfe Koordination, Personenzentrierung und Integration über Versorgungsgrenzen hinweg.<sup>41,42</sup>

Damit gewinnen langfristige Begleitung, Erhalt von Funktionsfähigkeit, Teilhabe, Prävention von Verschlechterung und verlässliche Übergänge an Bedeutung. Diese Ziele lassen sich schwer einer einzelnen Leistung, einem Quartal oder einem Kostenträger zuordnen.

**Analytischer Rückschluss** Der demografische Wandel verschärft einen bestehenden Governancekonflikt. Der Versorgungsbedarf wird longitudinaler und sektorübergreifender, während Verantwortung, Budgets und Erfolgskriterien stark sektoral organisiert bleiben. Die Finanzierungsfrage ist deshalb nur ein Teil der demografischen Herausforderung.

## 10. Verantwortung als alternative Analyseeinheit

Gesundheitspolitische Analysen beginnen häufig bei Leistungsbereichen. Krankenhaus, Arzneimittel, ärztliche Versorgung, Heilmittel, Hilfsmittel, Rehabilitation und Pflege werden getrennt betrachtet. Diese Gliederung entspricht dem bestehenden System. Sie kann dadurch zugleich dessen Fragmentierung reproduzieren.

Eine alternative Analyseeinheit wäre Verantwortung. Ausgangspunkt ist eine gesellschaftliche Versorgungsaufgabe. Anschließend wird untersucht, welche Institutionen beteiligt sind, wer finanziert, wer entscheidet, wer die Folgen trägt und wer den Erfolg misst.

| Versorgungsaufgabe                                  | Beteiligte Systeme und Akteure                                                          | Zentrale Governancefrage                                                           |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Erhalt von Erwerbsfähigkeit                         | GKV, Rentenversicherung, Arbeitgeber, ärztliche Versorgung, Therapie und Rehabilitation | Wer finanziert frühzeitige Intervention und wer bewertet den langfristigen Effekt? |
| Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit | GKV, Pflegeversicherung, Kommunen, Rehabilitation und Heilmittel                        | Wer trägt gemeinsame Ergebnisverantwortung über Systemgrenzen hinweg?              |

<sup>39</sup> Statistisches Bundesamt, Demografischer Wandel in Deutschland, aktualisiert 19. Dezember 2025, sowie Bevölkerung ab 65 Jahren, aktualisiert 18. Mai 2026. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html) und <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>40</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Arbeitsauftrag an die FinanzKommission Gesundheit, 8. September 2025. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/250908\\_Kommission\\_Arbeitsauftrag\\_FKG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>41</sup> OECD, Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health, 2023. [https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases\\_9acc1b1d-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>42</sup> World Health Organization, Integrated people-centred care. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care> Abruf 8. Juli 2026.

| Versorgungsaufgabe                     | Beteiligte Systeme und Akteure                                           | Zentrale Governancefrage                                                                                |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erhalt von Selbstständigkeit im Alltag | GKV, Pflege, Hilfsmittel, Therapie und soziales Umfeld                   | Welche patientenrelevante Zielgröße wird gemeinsam gemessen?                                            |
| Übergang vom Krankenhaus in den Alltag | Krankenhaus, ärztliche Versorgung, Pflege, Therapie, Kassen und Kommunen | Wer ist verantwortlich, wenn die Akutbehandlung erfolgreich war, die Anschlussversorgung aber abbricht? |

**Analytischer Rückschluss** Die Analyseeinheit Verantwortung macht andere Probleme sichtbar als die Analyseeinheit Leistungsbereich. Sie richtet den Blick auf gemeinsam geteilte Aufgaben und auf Lücken zwischen Zuständigkeiten. Erst danach wird gefragt, welche Leistung in welchem Sektor finanziert werden sollte.

Ein solches Vorgehen verändert auch die Ausgabenanalyse. Statt zuerst zu fragen, welcher Leistungsbereich überdurchschnittlich wächst, wird zunächst definiert, welches gesellschaftliche Ergebnis erreicht werden soll. Danach lässt sich untersuchen, welche Kombination von Leistungen und Akteuren dieses Ergebnis wirtschaftlich erreichen kann.

## 11. Die ergotherapeutische Blankoverordnung als Fallrekonstruktion einer Governancefrage

Die folgende Fallrekonstruktion dient nicht als Beleg dafür, dass die entwickelten Governancehypothesen bereits für das gesamte Gesundheitswesen bestätigt sind. Sie zeigt an einem konkreten Versorgungsfeld, wie Rollen, Datenzugänge, Transparenz und politische Bewertungsprozesse ineinandergreifen können. Vergleichbare Rekonstruktionen wären unter anderem für Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, Krankenhausübergänge, Prävention und die Versorgung chronisch erkrankter Menschen erforderlich.

### 11.1 Politisch gewollte Übertragung von Verantwortung

Nach §§ 125 und 125a SGB V werden zentrale Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung zwischen dem GKV Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringenden vereinbart. In der Blankoverordnung wird für die Ergotherapie ausdrücklich eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geregelt. Therapierende entscheiden innerhalb des vereinbarten Rahmens eigenständig über Auswahl des Heilmittels, Therapiefrequenz, Dauer der Behandlungstermine und Gesamtdauer der Therapie. Die Versorgung kann über bis zu 16 Wochen patientenindividuell gesteuert werden.<sup>43</sup>

Die politische und gesetzliche Idee lautet damit nicht lediglich auf eine andere Form der Verordnung. Verantwortung für wesentliche Parameter des Behandlungsverlaufs wird auf die Therapierenden übertragen. Zugleich enthält der Vertrag ein Ampelsystem zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen. Versorgungssteuerung und wirtschaftliche Verantwortung werden miteinander verbunden.

### 11.2 Die Schiedsstelle erkennt besondere Verantwortung an

Der schriftlich begründete Schiedsspruch 2 HE 27-23 ist für die Rekonstruktion zentral. Die Schiedsstelle ging bereits 2023 davon aus, dass die ergotherapeutischen Leistungen als solche

<sup>43</sup> GKV-Spitzenverband, BED und DVE, Zwischenbericht über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie gemäß § 125a Absatz 6 SGB V, Stand 22. Mai 2026, insbesondere S. 3 bis 4.

im Rahmen einer Blankoverordnung mit denen der Versorgung nach § 125 SGB V identisch sein können. Genau deshalb lehnte sie eine lineare Erhöhung der Preise sämtlicher betroffener Therapieleistungen ab.<sup>44</sup>

Gleichzeitig erkannte die Schiedsstelle eine besondere Versorgungsverantwortung an. Sie verortete den zusätzlichen Aufwand bei der Steuerung des Versorgungsablaufs und der Sicherung der Versorgungsqualität, bei der Dokumentation des Versorgungsablaufs sowie bei intra- und interprofessionellen Beratungen. Die Pauschale wurde einmal je Verordnung und nicht je Behandlungstermin festgesetzt. Der Schiedsspruch begründet diese Konstruktion ausdrücklich damit, mögliche Mengeneffekte zu vermeiden.

Der Schiedsspruch beschreibt zudem einen weiten Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle und stellt fest, dass ihre Gestaltungsfreiheit nicht geringer ist als die der Vertragspartner bei freien Verhandlungen. Eine enge Rechtsauffassung des GKV Spitzenverbandes zur Zulässigkeit von Vergütungs- und Preisregelungen nach § 125a SGB V wurde ausdrücklich zurückgewiesen.

### 11.3 Kassenseitige Daten und die spätere Neubewertung

Die FinanzKommission Gesundheit empfahl 2026, die versorgungsbezogenen Pauschalen abzuschaffen und gesetzlich klarzustellen, dass entsprechende Pauschalen künftig weder in Verträgen nach § 125 noch nach § 125a SGB V vorgesehen werden dürfen. Damit wird eine konkrete Vergütungsform nicht nur aktuell gestrichen. Der zukünftige Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien und Schiedsstellen soll in dieser Frage gesetzlich begrenzt werden.<sup>45</sup>

Der Vorsitzende der FinanzKommission Gesundheit teilte dem BED auf eine umfangreiche Anfrage mit, dass der Kommission Analysen des AOK Bundesverbandes auf Basis von Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V zur Verfügung standen. Diese hätten ausschließlich hoch aggregiert auf Ebene von Abrechnungspositionen und Heilmittelbereichen vorgelegen. Nach der Antwort zeigten die Analysen keine wesentlichen Unterschiede bei Auswahl, Kombination und Frequenz der erbrachten Heilmittelleistungen; Unterschiede hätten sich lediglich bei den Leistungsmengen gezeigt. Die Empfehlung wurde als erneute Bewertung der Ausgaben- und Vergütungsstrukturen vor dem Hintergrund der GKV Finanzlage und vorläufiger Erkenntnisse eingeordnet.<sup>46</sup>

Diese Befunde betreffen zunächst das Abrechnungsergebnis. Die tragende Begründung der Schiedsstelle lag jedoch an einer anderen Stelle. Die Ähnlichkeit der eigentlichen Therapieleistungen war dort bereits bekannt. Die Pauschale sollte den besonderen Steuerungs-, Dokumentations- und Beratungsaufwand abbilden.

### 11.4 Der gemeinsame Zwischenbericht setzt eine andere Aussagegrenze

Der gemeinsame Zwischenbericht von GKV Spitzenverband, BED und DVE zur ergotherapeutischen Blankoverordnung basiert auf ungeprüften Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenkassen und den bundesweiten HIS Berichten für die Quartale zwei bis vier

---

<sup>44</sup> Gemeinsame Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V, Schiedsspruch 2 HE 27-23 vom 14. Dezember 2023, insbesondere S. 6 bis 8. Nicht veröffentlicht; dem BED als Verfahrensbeteiligtem vorliegend.

<sup>45</sup> FinanzKommission Gesundheit, Erster Bericht, 30. März 2026, insbesondere Empfehlung 25 und Kapitel 6.5 Heilmittel, S. 190 bis 204. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>46</sup> Prof. Dr. Wolfgang Greiner, persönliche schriftliche Antwort an den BED vom 10. Juni 2026. Die Nachricht wird wegen ihres persönlichen Korrespondenzcharakters nicht veröffentlicht; die für die Analyse relevanten Aussagen werden sinngemäß wiedergegeben.



des Jahres 2024 sowie das gesamte Jahr 2025. Seine Datengrundlage ist damit quantitativ breiter als die in der Antwort an den BED beschriebene hoch aggregierte AOK Analyse.<sup>47</sup>

Der Zwischenbericht benennt die Grenzen dieser Routinedaten ausdrücklich. Sie ermöglichen eine quantitative Beschreibung von Inanspruchnahme, Mengenentwicklung und Ausgabenentwicklung. Belastbare Aussagen zur Behandlungs- und Ergebnisqualität sind daraus nicht ableitbar. Auch Folgekosten, Einsparungen oder gesamtversorgungsbezogene Effekte können mit diesen Daten nicht bewertet werden.

Besonders relevant ist die gemeinsame Einordnung der weitgehend vergleichbaren Heilmittelauswahl. Der Zwischenbericht bezeichnet diesen Befund als erwartungskonform, weil der Heilmittelkatalog für die einbezogenen Diagnosegruppen nur ein eng begrenztes Auswahlpektrum vorsieht. Die Flexibilität der Blankoverordnung liege gegenwärtig weniger in einer veränderten Auswahl der Heilmittel, sondern vor allem in der eigenständigen Steuerung von Frequenz, Dauer, Verlauf und Anpassung der Behandlung durch Ergotherapierende.

Damit wird ein methodischer Unterschied sichtbar. Ähnliche realisierte Frequenzen oder Heilmittelpositionen beschreiben das Ergebnis einer Versorgung. Sie beantworten nicht, wer Frequenz, Dauer und Verlauf beobachten, festlegen, begründen und anpassen musste. Das Abrechnungsergebnis und der Steuerungsprozess sind unterschiedliche Analyseeinheiten.

### 11.5 Intransparenz und Erkenntnisasymmetrie

Die tragende Begründung des Schiedsspruchs ist nicht öffentlich zugänglich. Auch die Protokolle des Schiedsverfahrens werden nicht veröffentlicht. Aus der Antwort der Finanzkommission Gesundheit ist nicht erkennbar, dass die vollständige Begründung des Schiedsspruchs in die fachliche Neubewertung einbezogen wurde. Es wird ausdrücklich nicht behauptet, dass einzelne Mitglieder der Kommission den Schiedsspruch nicht hätten kennen oder anfordern können. Fest steht jedoch, dass sein entscheidender Argumentationsgang Parlament, Wissenschaft, Medien und Öffentlichkeit nicht transparent zur Verfügung stand.

Damit entsteht im konkreten Fall eine erkennbare Wissensasymmetrie. Kassenseitige Analysen konnten in den politischen Beratungsprozess einfließen. Der GKV Spitzenverband kannte als Verfahrensbeteiligter zugleich den nicht öffentlichen Schiedskontext. Die tragende Begründung der gegenteiligen Schiedsstellenentscheidung war öffentlich nicht überprüfbar. Welchen konkreten Einfluss einzelne Informationen auf die Willensbildung der FKG Mitglieder hatten, lässt sich nicht belegen und wird hier nicht behauptet.

Intransparenz kann in einer solchen Konstellation dazu führen, dass richtige Daten ohne den entscheidenden Kontext bewertet werden. Die ähnliche Heilmittelauswahl ist ein tatsächlicher Befund. Der Schiedsspruch zeigt jedoch, dass dieser Befund bereits berücksichtigt wurde. Der gemeinsame Zwischenbericht erklärt zusätzlich, warum diese Ähnlichkeit strukturell zu erwarten war und verortet die Besonderheit der Blankoverordnung in der Steuerung des Verlaufs.

| Ebene           | Dokumentierter Befund                                                                                 | Governancebedeutung                     |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Versorgungsziel | Erweiterte therapeutische Verantwortung und eigenständige Steuerung wesentlicher Behandlungsparameter | Verantwortung wird politisch erweitert. |

<sup>47</sup> GKV-Spitzenverband, BED und DVE, Zwischenbericht über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie gemäß § 125a Absatz 6 SGB V, Stand 22. Mai 2026, insbesondere S. 4 bis 5 und S. 15.



| Ebene                       | Dokumentierter Befund                                                                                                                 | Governancebedeutung                                                                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schiedsentscheidung         | Ähnliche Therapieleistungen waren bekannt; besonderer Steuerungs-, Dokumentations- und Beratungsaufwand wurde separat vergütet        | Die Vergütungslogik beruht auf Prozessverantwortung, nicht auf anderen Therapieleistungen.        |
| Kassenseitige Analyse       | Hoch aggregierte AOK Abrechnungsdaten zeigen ähnliche Auswahl, Kombination und Frequenz                                               | Ergebnisdaten werden Teil einer Neubewertung des Prozessaufwands.                                 |
| Gemeinsamer Zwischenbericht | Bundesweite Routinedaten sind auf Mengen, Inanspruchnahme und Ausgaben begrenzt; ähnliche Heilmittelauswahl ist strukturell erwartbar | Die Datengrenzen werden von den Vertragspartnern selbst ausdrücklich benannt.                     |
| Transparenz                 | Schiedsspruch und Protokolle sind nicht öffentlich zugänglich                                                                         | Relevanter Entscheidungskontext ist politisch und wissenschaftlich ungleich verfügbar.            |
| Reformreaktion              | FKG empfiehlt Streichung und gesetzlichen Ausschluss entsprechender Pauschalen                                                        | Eine vorläufige Neubewertung wirkt auf den zukünftigen Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung. |

**Analytischer Rückschluss** Der Fall beweist kein Fehlverhalten einer einzelnen Institution. Er zeigt jedoch, wie eine Rollen- und Informationsarchitektur politische Erkenntnisse strukturieren kann. Die finanziell sichtbare Perspektive verfügt über schnell verfügbare Daten und hohe Analysekapazität. Der fachliche und institutionelle Kontext einer abweichenden Bewertung war öffentlich nicht zugänglich. Aus einem Abrechnungsbefund kann so eine politische Schlussfolgerung entstehen, die eine gesetzlich vorgesehene Selbstverwaltungsentscheidung für die Zukunft ausschließt. Genau solche Wirkmechanismen müssen Gegenstand einer Governanceprüfung sein.

Gerade weil das Beispiel aus dem Heilmittelbereich stammt, sollte die Debatte nicht bei Heilmittelvergütung enden. Der Fall dient als Prüfmodell. Er macht sichtbar, wie eine gesellschaftliche Frage nach professioneller Verantwortung in eine Auseinandersetzung über einzelne Vergütungsbestandteile übersetzt wird und wie Transparenz darüber mitentscheidet, welcher Teil des Konflikts politisch sichtbar bleibt.

## 12. Was internationale Systeme anders organisieren

Ausländische Systeme sind keine fertigen Modelle für Deutschland. Historische Entwicklung, Finanzierung, Berufsstrukturen und politische Kultur unterscheiden sich. Der Vergleich ist dennoch hilfreich, weil er zeigt, dass Rollen und Verantwortlichkeiten institutionell anders geordnet werden können.

| Land     | Institutioneller Ansatz                                                                     | Relevante Lernfrage für Deutschland                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dänemark | Überwiegend steuerfinanziertes System mit regionalen und kommunalen Verantwortungsbereichen | Wie verändert sich Steuerung, wenn Verantwortung stärker auf eine regionale Bevölkerung statt auf einzelne Versicherungsträger bezogen ist? <sup>48</sup> |

| Land        | Institutioneller Ansatz                                                                                             | Relevante Lernfrage für Deutschland                                                                                                             |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niederlande | Regulierter Versicherungswettbewerb mit Aufnahmeverpflichtung und ausdrücklicher Versorgungspflicht der Versicherer | Wie kann Einkaufsmacht mit einer überprüfbaren Pflicht zu ausreichendem Versorgungszugang verbunden werden? <sup>49</sup>                       |
| Finnland    | Bündelung von Gesundheits und Sozialleistungen in größeren regionalen Verantwortungsstrukturen seit 2023            | Welche Schnittstellen lassen sich reduzieren, wenn Gesundheits und Sozialversorgung institutionell gemeinsam verantwortet werden? <sup>50</sup> |

Keines dieser Modelle löst Finanzierungs und Koordinationsprobleme automatisch. Dänemark kennt ebenfalls Schnittstellen, die Niederlande diskutieren die Wirkung von Versicherungswettbewerb, Finnland steht unter erheblichem Finanzdruck. Der entscheidende Befund ist bescheidener. Institutionelle Rollen sind veränderbar. Regionale Verantwortung, Versorgungspflichten und die Verbindung von Gesundheits und Sozialleistungen können anders organisiert werden.

**Analytischer Rückschluss** Die deutsche Debatte greift zu kurz, wenn grundsätzliche Strukturfragen nur als vollständiger Systemwechsel verstanden und deshalb verworfen werden. Zwischen unveränderter Rollenarchitektur und der Abschaffung der GKV liegen zahlreiche institutionelle Reformoptionen.

## 13. Vorschlag einer unabhängigen Rollen und Governanceprüfung

Die zentrale Konsequenz dieser Analyse ist kein fertiges Gegenmodell. Vorgeschlagen wird eine unabhängige Rollen und Governanceprüfung des Gesundheitswesens. Sie sollte vor weiteren großen Einzelreformen systematisch untersuchen, ob gesetzlicher Auftrag, Entscheidungsbefugnis, finanzielle Betroffenheit und Erfolgskriterien der zentralen Institutionen zusammenpassen.

Die Prüfung sollte nicht allein von einer Institution durchgeführt werden, deren eigene Rolle Gegenstand der Analyse ist. Erforderlich wäre ein transparenter, wissenschaftlich geleiteter Prozess mit Beteiligung von Versicherten, Patientenvertretungen, Leistungserbringenden, Sozialversicherungsträgern, Kommunen, Wissenschaft und Politik.

### 13.1 Elf Prüffragen für jede zentrale Institution

1. Welchen gesetzlichen Auftrag hat die Institution?
2. Welche Ziele muss sie gleichzeitig erreichen und wo können diese kollidieren?
3. Über welche Leistungen, Verträge, Preise, Prüfungen oder Zugänge entscheidet sie?
4. Welche finanziellen Folgen haben die eigenen Entscheidungen für die Institution selbst?

<sup>48</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark, Health Systems and Policy Monitor, Finanzierung und Finanzflüsse. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/denmark-2024/financing/sources-of-revenue-and-financial-flows> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>49</sup> Government of the Netherlands, Standard health insurance, sowie Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgplicht. <https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/health-insurance/standard-health-insurance> und <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/wat-verwachten-we-van-zorgverzekeraars> Abruf 8. Juli 2026.

<sup>50</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Finland. Health system summary 2024, veröffentlicht 6. Dezember 2024. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary-2024> Abruf 8. Juli 2026.

5. Welcher Zeithorizont prägt Entscheidungen, etwa Haushaltsjahr, Vertragslaufzeit oder Versorgungsverlauf?
6. An welchen Kennzahlen wird Erfolg praktisch gemessen?
7. Wer trägt das Risiko einer Fehlentscheidung?
8. Wo entsteht der Nutzen einer guten Entscheidung und wann wird er sichtbar?
9. Wer kontrolliert die Institution und wie unabhängig ist diese Kontrolle?
10. Welche Daten, Kontextinformationen und tragenden Entscheidungsbegründungen werden veröffentlicht und wer hat Zugang zu nicht öffentlichen Analysen?
11. Welche Rollen- und Zielkonflikte sind im Compliance-, Risiko- und Kontrollsystem der Institution erfasst, wie werden sie bewertet und an welche unabhängige Stelle werden Auffälligkeiten berichtet?

### 13.2 Erfolg muss mehrdimensional messbar werden

| Dimension                          | Mögliche Kennzahlen                                                                       | Ziel der Messung                                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Finanzen                           | Ausgabenentwicklung, Verwaltungskosten, Beitragssatz, Reserven                            | Finanzielle Stabilität und Wirtschaftlichkeit                                    |
| Versorgungszugang                  | Wartezeiten, regionale Lücken, zeitgerechter Leistungszugang                              | Tatsächliche Erreichbarkeit notwendiger Versorgung                               |
| Kontinuität und Ergebnis           | Versorgungsabbrüche, Übergänge, patientenrelevante Ergebnisse                             | Wirkung über den einzelnen Sektor hinaus                                         |
| Entscheidungsqualität              | Bearbeitungszeiten, Widersprüche, erfolgreiche Widersprüche, gerichtliche Korrekturen     | Nachvollziehbarkeit und Qualität von Leistungsentscheidungen                     |
| Transaktionsaufwand                | Korrekturverfahren, Absetzungsgründe, Zeitaufwand der Vertragsumsetzung                   | Bürokratische Kosten des Steuerungsmodells                                       |
| Vertrauen                          | Wahrgenommene Fairness und Qualität der Zusammenarbeit                                    | Systemwirkung aus Sicht der Betroffenen                                          |
| Informationszugang und Transparenz | Veröffentlichte Entscheidungsbegründungen, Methodentransparenz, Zugang zu Datengrundlagen | Prüfbarkeit von Bewertungen und Verringerung institutioneller Wissensasymmetrien |

**Analytischer Rückschluss** Ein System kann finanziell sehr präzise vermessen und versorgungsbezogen nur unvollständig beobachtet werden. Was detailliert gemessen wird, erhält mehr politische Sichtbarkeit und damit mehr Steuerungsgewicht. Die Kennzahlenarchitektur ist deshalb selbst Teil der Governance.

### 13.3 Sieben Arbeitspakete für ein Untersuchungsprogramm

| Arbeitspaket                  | Inhalt                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Gesetzliches Rollenmapping | Auftrag, Befugnisse und Verantwortlichkeiten von Politik, Krankenkassen, GKV Spitzenverband, G-BA, Medizinischen Diensten, Sozialversicherungsträgern und Kommunen abbilden. |

| Arbeitspaket                                                | Inhalt                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Zielkonfliktanalyse                                      | Für jede Institution prüfen, welche Ziele gleichzeitig erreicht werden müssen, wie Konflikte priorisiert werden und wer im Konfliktfall entscheidet.                                                                                                                |
| 3. Steuerungskennzahlen                                     | Untersuchen, welche Kennzahlen das tatsächliche Handeln intern und extern prägen und ob sie den gesetzlichen Gesamtauftrag abbilden.                                                                                                                                |
| 4. Fallrekonstruktionen                                     | Mehrere Versorgungsfelder vollständig rekonstruieren, etwa Blankoverordnung, Rehabilitation, Hilfsmittel, Nachsorge und Versorgung chronisch erkrankter Menschen.                                                                                                   |
| 5. Transparenz, Wissensasymmetrie und Belastungsverlagerung | Daten zu Leistungsentscheidungen, Widersprüchen, Absetzungen und Transaktionsaufwand erheben; Zugang zu internen Analysen und tragenden Entscheidungsbegründungen untersuchen; Kosten, Nutzen und Belastungsorte ausgewählter Entscheidungen analysieren.           |
| 6. Internationaler Governancevergleich und Dialog           | Konkrete Rollenkonflikte international vergleichen und alle Beteiligten anhand identischer Leitfragen zu institutionellen Zwängen und Verantwortungsdefiziten befragen.                                                                                             |
| 7. Compliance- und Kontrollarchitektur                      | Compliance Management, Risikomanagement, Interne Revision und Berichtslinien an Vorstand und Verwaltungsrat daraufhin prüfen, ob institutionelle Rollen- und Zielkonflikte als eigener Risikotyp erfasst, bewertet und mit unabhängigen Kontrollen versehen werden. |

### 13.4 Leitfragen für die politische Debatte

- Wie wird der Zielkonflikt zwischen Versorgungsauftrag, Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität praktisch aufgelöst?
- An welchen Versorgungsergebnissen wird gemessen, ob Krankenkassen ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen?
- Welche Entscheidungen mit erheblicher Verteilungswirkung benötigen klarere parlamentarische Zielvorgaben?
- Welche Daten zu Leistungsablehnungen, Widersprüchen und Absetzungen fehlen und warum sind sie nicht kassenübergreifend vergleichbar?
- Wie werden langfristige Wirkungen berücksichtigt, die außerhalb des Budgets der finanzierenden Institution entstehen?
- Welche Funktionen sollten wegen struktureller Zielkonflikte unabhängiger organisiert werden?
- Wo verbessert Kassenwettbewerb nachweisbar die Versorgung und wo erzeugt er lediglich organisatorische Vielfalt?

- Wer trägt in einer Region letztlich Verantwortung dafür, dass notwendige Versorgung tatsächlich erreichbar ist?
- Welche tragenden Entscheidungsbegründungen der Selbstverwaltung und ihrer Schiedsstellen müssen für Parlament, Wissenschaft und Öffentlichkeit zugänglich sein?
- Wer bewertet Versorgungsfolgen mit welchen Daten und wie wird offengelegt, welche Fragen die Datengrundlage tatsächlich beantworten kann?

## 14. Mögliche Reformkorridore nach der Governanceprüfung

Die folgenden Korridore sind keine abschließenden Forderungen. Sie beschreiben mögliche Konsequenzen, die abhängig von den Ergebnissen einer Rollenprüfung vertieft werden müssten. Die Reihenfolge ist bewusst. Erst die Diagnose, dann die Strukturentscheidung.

| Reformkorridor                                                   | Prüfauftrag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Politische Zielgewichtung präzisieren                         | Klarer definieren, wie Versorgungssicherung, Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität bei Konflikten gewichtet werden und welche Versorgungsindikatoren vor Eingriffen geprüft werden müssen.                                                                                                                                                                                                           |
| 2. Konfliktträchtige Funktionen unabhängiger organisieren        | Für komplexe Leistungsentscheidungen, Widerspruchsprüfung, Evaluation neuer Versorgungsformen oder bestimmte Prüfaufgaben untersuchen, ob eine stärkere organisatorische Trennung erforderlich ist.                                                                                                                                                                                                      |
| 3. Transparenzpflichten erweitern                                | Kassenübergreifend vergleichbare Daten zu Leistungsentscheidungen, Bearbeitungszeiten, Widersprüchen, erfolgreichen Widersprüchen, Absetzungen und Korrekturen veröffentlichen. Zusätzlich prüfen, welche Schiedssprüche, tragenden Entscheidungsbegründungen und methodischen Grundlagen politisch relevanter Analysen veröffentlicht werden müssen, soweit keine schutzwürdigen Gründe entgegenstehen. |
| 4. Korrektur und Verhältnismäßigkeit stärken                     | Bei zweifelsfrei erbrachten Leistungen korrigierbare Formalfehler grundsätzlich zunächst in Korrekturverfahren überführen und Fehlerfolgen nach Art, Schwere und Wiederholung abstufen.                                                                                                                                                                                                                  |
| 5. Langfristige und sektorübergreifende Finanzierung ermöglichen | Gemeinsame Finanzierung, mehrjährige Evaluation und Modelle prüfen, die getrennte Kosten und Nutzenorte berücksichtigen.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6. Versorgungspflicht und Ergebnisverantwortung schärfen         | Regionale Verantwortungsmodelle und eine stärkere Bindung von Wettbewerb an nachweisbare Versorgungsziele untersuchen.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Der entscheidende Unterschied zur üblichen Reformlogik besteht darin, dass diese Optionen nicht aus einem einzelnen Kostenbereich oder einem einzelnen Versorgungsproblem abgeleitet werden. Sie folgen aus einer Prüfung der Rollenarchitektur. Damit lässt sich vermeiden, dass eine neue Einzelregel einen bestehenden Zielkonflikt lediglich an eine andere Stelle verschiebt.

## 15. Gesamtfolgerung

Sicher feststellbar ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen umfassenden öffentlichen Auftrag haben. Versorgung, Unterstützung der Versicherten, Wirtschaftlichkeit und Finanzstabilität sind gesetzlich miteinander verbunden. Krankenkassen gestalten Verträge, prüfen Voraussetzungen, finanzieren Leistungen und stehen im Wettbewerb. Die Bundesaufsicht hat Zielkonflikte dieser Wettbewerbs und Körperschaftsrolle bereits ausdrücklich beschrieben.<sup>5152</sup>

Die einzelnen Konfliktlagen sind damit politisch nicht unbekannt. Die eigenständige Leistung dieses Papiers liegt in ihrer systematischen Zusammenführung und in der Frage, ob die bestehende Rollen-, Informations- und Verantwortungsarchitektur diese Konflikte ausreichend sichtbar macht, kontrolliert und ausgleicht.

Ebenso sicher ist, dass das deutsche Gesundheitswesen weiterhin stark fragmentiert ist und komplexe, chronische Versorgungsbedarfe eine stärkere Koordination über Sektorengrenzen hinweg erfordern.<sup>5354</sup> Gleichzeitig fehlen für zentrale Teile der Leistungs und Prüfarchitektur vergleichbare öffentliche Daten. Die Wahrnehmung zunehmender Ablehnung und Absetzung kann deshalb weder als gesicherter Trend behauptet noch empirisch überzeugend ausgeräumt werden.<sup>55</sup>

Die verbandsinterne Beratungsrealität des BED unterstreicht die praktische Bedeutung der Prüfarchitektur. Rund 75 Prozent der Beratungen betreffen Verordnungsprüfungen und Absetzungen. Diese Beobachtung ersetzt keine kassenübergreifende Statistik. Sie zeigt jedoch, dass die Folgen von Prüf- und Absetzungsregeln für die vom BED beratenen Praxen ein dominantes Problem darstellen und gerade deshalb systematisch messbar gemacht werden sollten.

Aus diesen Befunden ergibt sich die zentrale Prüffthese dieses Papiers. Die verbreitete Aussage, das Gesundheitswesen habe kein Erkenntnisproblem, sondern lediglich ein Umsetzungsproblem, ist selbst nicht ausreichend belegt. Sie setzt eine Gewissheit über Ursachen und Wirkmechanismen voraus, die für zentrale Strukturprobleme bislang nicht nachgewiesen ist.

Die jahrzehntelange Wiederkehr ähnlicher Reformthemen kann deshalb anders gelesen werden. Möglicherweise fehlt nicht allein der politische Wille zur Umsetzung. Möglicherweise beginnen Reformanalysen regelmäßig eine Ebene zu spät. Preise, Mengen, Verträge, Prüfregeln und Zuständigkeiten werden verändert, bevor ausreichend geklärt ist, welche institutionellen Rollen und Anreize das wiederkehrende Problem hervorbringen.

---

<sup>51</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, insbesondere §§ 1, 4, 12, 70 und 71 SGB V, aktuelle Fassung. Gesetze im Internet: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>52</sup> Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, insbesondere S. 7, S. 119 und S. 148. [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>53</sup> European Observatory on Health Systems and Policies, Germany: Health System Review 2020. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>, Abruf 8. Juli 2026.

<sup>54</sup> OECD, Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health, 2023. [https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases\\_9acc1b1d-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html) Abruf 8. Juli 2026.

<sup>55</sup> IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Studie zu Leistungsbewilligungen und Leistungsablehnungen durch Krankenkassen, Kurzbericht, 31. Mai 2017, insbesondere S. 2 bis 3. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht\\_Studie\\_Leistungsablehnungen\\_durch\\_Krankenkassen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht_Studie_Leistungsablehnungen_durch_Krankenkassen.pdf) Abruf 8. Juli 2026.

Die Rolle der Krankenkassen ist dafür ein besonders geeignetes Prüfbeispiel. Es wird ausdrücklich nicht behauptet, dass Krankenkassen bewusst Versorgung verhindern. Plausibel ist jedoch die Hypothese, dass die Kombination aus Versorgungsauftrag, Finanzverantwortung, Vertragsmacht, Prüfung und Wettbewerb Verhaltensmuster begünstigt, die von Versicherten und Leistungserbringenden als Verhinderung oder Misstrauen erlebt werden. Wenn diese Hypothese zutrifft, reicht bessere Kommunikation nicht aus. Dann muss die Rollenarchitektur untersucht werden.

Die aus dem früheren BED Papier aufgegriffene Frage nach der Entpolitisierung von Verteilungsentscheidungen gewinnt in diesem Zusammenhang zusätzliche Bedeutung. Selbstverwaltung kann Expertise organisieren und Konflikte bearbeiten. Sie kann politische Zielentscheidungen jedoch nicht ersetzen. Wo nicht klar definiert ist, welche Versorgung gesellschaftlich gesichert werden soll, werden grundlegende Fragen leicht erst auf der Ebene von Budgets, Preisen, Pauschalen oder Leistungszugängen sichtbar. Verantwortung verteilt sich dann auf mehrere Ebenen und wird schwerer zurechenbar.

Die Fallrekonstruktion der Blankoverordnung ergänzt diese These um eine weitere Dimension. Politische Bewertungsfähigkeit hängt davon ab, welche Daten und Entscheidungsbegründungen zugänglich sind. Wo kassenseitige Analysen verfügbar sind, die tragende Begründung einer gegenteiligen Schiedsstellenentscheidung aber nicht öffentlich ist, entsteht eine Erkenntnisasymmetrie. Intransparenz ist damit nicht nur ein Kontrollproblem. Sie kann den politischen Bewertungsrahmen selbst verschieben und das Risiko von Fehlentscheidungen erhöhen.

### Schlussfolgerung

Vor der nächsten großen Einzelreform sollte die Diagnose selbst geprüft werden. Die entscheidende Frage lautet nicht nur, welche Maßnahme schneller umgesetzt werden muss. Zu klären ist, ob Aufgaben, Entscheidungsmacht, finanzielle Verantwortung und Erfolgskriterien im Gesundheitswesen so verteilt sind, dass gute Versorgung für alle Beteiligten tatsächlich zum rational erreichbaren gemeinsamen Ziel werden kann.

Die Complianceperspektive verschärft die Prüfthese an einem entscheidenden Punkt. Wenn Krankenkassen selbst über entwickelte Compliance-, Risiko- und Kontrollstrukturen verfügen, ist zu fragen, ob die hier beschriebenen institutionellen Konfliktlagen dort überhaupt sichtbar werden. Das Papier kann nicht belegen, dass sie intern unberücksichtigt bleiben. Öffentlich nachvollziehbar ist bislang jedoch weder eine kassenübergreifende Risikoanalyse dieser Rollenbündelung noch, welche Kontrollen greifen, wenn Finanzstabilität, Versorgungsauftrag, Vertragsmacht und eigene finanzielle Betroffenheit kollidieren. Gerade deshalb gehört die Compliance- und Kontrollarchitektur in eine unabhängige Governanceprüfung.

Eine ernsthafte Debatte über die Rolle der Krankenkassen sollte deshalb weder mit einer pauschalen Schuldzuweisung noch mit der Verteidigung des Status quo beginnen. Sie sollte bei den Rollen, Zielkonflikten und messbaren Ergebnissen ansetzen. Erst wenn diese Mechanismen verstanden sind, lässt sich belastbar entscheiden, ob Deutschland vor allem ein Umsetzungsproblem hat oder ob ein Teil des Reformstaus aus einer unzureichend untersuchten Governancearchitektur entsteht.



## Quellen

Die Einzelnachweise sind in den Fußnoten dokumentiert. Das folgende Verzeichnis führt sämtliche im Papier verwendeten Quellen in alphabetischer Reihenfolge auf. Rechtsnormen werden nicht gesondert in das Quellenverzeichnis aufgenommen.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (2025): Nachhaltigkeitsbericht 2024. Stand Juli 2025.

Insbesondere S. 61-63. Verfügbar unter:

[https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-pfalz-saarland/pdf/0825\\_aokrps\\_nachhaltigkeitsbericht\\_2024.pdf](https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-pfalz-saarland/pdf/0825_aokrps_nachhaltigkeitsbericht_2024.pdf) (Abruf: 10. Juli 2026).

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022): Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Zustandekommen der Verträge sowie der Festsetzung der Vergütung der Vorstandsmitglieder der bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen nach § 35a Absatz 6 und 6a SGB IV. Stand 24. November 2021. Insbesondere S. 16. Verfügbar unter: [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Personal%20u%20Verwaltung%20der%20Traeger%20-%20Selbstverwaltung/Personal%20und%20Verwaltungsangelegenheiten/Vorstandsverguetung/20220103AVV\\_Stand\\_24.11.2021\\_RS.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Personal%20u%20Verwaltung%20der%20Traeger%20-%20Selbstverwaltung/Personal%20und%20Verwaltungsangelegenheiten/Vorstandsverguetung/20220103AVV_Stand_24.11.2021_RS.pdf) (Abruf: 10. Juli 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (2025): *Arbeitsauftrag an die FinanzKommission Gesundheit*.

8. September 2025. Verfügbar unter:

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/250908\\_Kommission\\_Arbeitsauftrag\\_FKG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf) (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (2026a): *Finanzentwicklung der GKV im 1. bis 4. Quartal 2025*. 10. März 2026. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-gkv-2025> (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (2026b): *Finanzentwicklung der GKV im 1. Quartal 2026*. 19. Juni 2026. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-quartal-2026-pm-19-06-2026-1> (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (o. J. a): *Das Prinzip der Selbstverwaltung*. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung> (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundesministerium für Gesundheit (o. J. b): *MDK-Reformgesetz. Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen*. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz> (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundessozialgericht (2023): Urteil vom 13. Dezember 2023, B 6 KA 1/22 R. Verfügbar unter:

[https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2023/2023\\_12\\_13\\_B\\_06\\_KA\\_01\\_22\\_R.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2023/2023_12_13_B_06_KA_01_22_R.html) (Abruf: 10. Juli 2026).

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V. (2025): *BED Konkret. Sichere Versorgung im Kontext einer stabilen demokratischen Grundordnung. Fehlende Perspektiven auf eine zunehmende Entpolitisierung von Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen in der Gesundheitsversorgung*. Diskussionspapier vom 9. Dezember 2025.

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V. (2026): *Interne Beratungsbeobachtung*. Stand Juli 2026. Unveröffentlicht. Rund 75 Prozent der Beratungen betreffen Fragen der Verordnungsprüfung und Absetzungen; die Angabe ist keine bundesweite Prävalenzschätzung.

Bundesverfassungsgericht (2015): *Beschluss des Ersten Senats vom 10. November 2015, 1 BvR 2056/12*. Insbesondere Rn. 22. Verfügbar unter: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110\\_1bvr205612.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2015/11/rs20151110_1bvr205612.html) (Abruf: 8. Juli 2026).

Bundesversicherungsamt (2018): *Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Insbesondere S. 7, 119 und 148. Verfügbar unter: [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user\\_upload/20180404Sonderbericht\\_web.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/user_upload/20180404Sonderbericht_web.pdf) (Abruf: 8. Juli 2026).

DAK-Gesundheit (o. J.): Compliance-Verhaltenskodex. Version 5.0. Insbesondere S. 2, 10 und 14. Verfügbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/44030/data/c71c445ccb0c0c3a64df502eebbe22e7/flyer-compliance-verhaltenskodex.pdf> (Abruf: 10. Juli 2026).

Deutscher Bundestag (2007): Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. BT-Drucksache 16/4247 vom 1. Februar 2007. Insbesondere S. 39. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/042/1604247.pdf> (Abruf: 10. Juli 2026).

Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V (2026): Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss in der 87. Sitzung am 11. März 2026 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Insbesondere S. 1-4. Verfügbar unter: [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-03-11\\_eba87\\_eeg.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2026-03-11_eba87_eeg.pdf) (Abruf: 10. Juli 2026).

European Observatory on Health Systems and Policies (2020): *Germany. Health System Review 2020*. Insbesondere Abschnitte zu Organisation, Governance und sektoraler Fragmentierung. Verfügbar unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020> (Abruf: 8. Juli 2026).

European Observatory on Health Systems and Policies (2024a): *Denmark. Health Systems and Policy Monitor. Financing: Sources of revenue and financial flows*. Verfügbar unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/denmark-2024/financing/sources-of-revenue-and-financial-flows> (Abruf: 8. Juli 2026).

European Observatory on Health Systems and Policies (2024b): *Finland. Health system summary 2024*. Veröffentlicht am 6. Dezember 2024. Verfügbar unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary-2024> (Abruf: 8. Juli 2026).

- FinanzKommission Gesundheit (2026): *Erster Bericht*. 30. März 2026. Insbesondere Empfehlung 25 und Kapitel 6.5 Heilmittel, S. 190-204. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/F/FinanzKommission\\_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit\\_Erster\\_Bericht\\_20260330.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) (Abruf: 8. Juli 2026).
- Gemeinsame Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V (2023): *Schiedsspruch 2 HE 27-23 vom 14. Dezember 2023*. Insbesondere S. 6-8. Nicht veröffentlicht; dem BED als Verfahrensbeteiligtem vorliegend.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J. a): *Plenum*. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/> (Abruf: 8. Juli 2026).
- Gemeinsamer Bundesausschuss, Stabsstelle Patientenbeteiligung (o. J.): *Die Patientenvertretung im G-BA*. Verfügbar unter: <https://patientenvertretung.g-ba.de/> (Abruf: 8. Juli 2026).
- GKV-Spitzenverband (2026): *Alle gesetzlichen Krankenkassen*. Stand 1. Januar 2026. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) (Abruf: 8. Juli 2026).
- GKV-Spitzenverband, Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e. V. und Deutscher Verband Ergotherapie (DVE) e. V. (2026): *Zwischenbericht über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in der Ergotherapie gemäß § 125a Absatz 6 SGB V*. Stand 22. Mai 2026. Insbesondere S. 3-5 und 15.
- Government of the Netherlands (o. J.): *Standard health insurance*. Verfügbar unter: <https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/health-insurance/standard-health-insurance> (Abruf: 8. Juli 2026).
- Greiner, Wolfgang (2026): *Persönliche schriftliche Mitteilung an den BED*. 10. Juni 2026. Unveröffentlicht.
- IGES Institut (2017): *Studie zu Leistungsbewilligungen und Leistungsablehnungen durch Krankenkassen. Kurzbericht*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 31. Mai 2017. Insbesondere S. 2-3. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht\\_Studie\\_Leistungsablehnungen\\_durch\\_Krankenkassen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Kurzbericht_Studie_Leistungsablehnungen_durch_Krankenkassen.pdf) (Abruf: 8. Juli 2026).
- Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (2026): Beschluss vom 9. Juli 2026, L 7 KA 11/26 KL ER, sowie Pressemitteilung zum Beschluss vom 9. Juli 2026. Die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 11. März 2026 wurde ausgesetzt; über die Hauptsache ist noch nicht entschieden.
- Nederlandse Zorgautoriteit (o. J.): *Zorgplicht*. Verfügbar unter: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/wat-verwachten-we-van-zorgverzekeraars> (Abruf: 8. Juli 2026).
- OECD (2023): *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health*. Verfügbar unter: [https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases\\_9acc1b1d-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html) (Abruf: 8. Juli 2026).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): *Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems*. Gutachten 2021. Insbesondere Tz. 86, S. 18. Verfügbar unter: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2021/SVR\\_Gutachten\\_2021.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf) (Abruf: 8. Juli 2026).
- Statistisches Bundesamt (2025): *Demografischer Wandel in Deutschland*. Aktualisiert am 19. Dezember 2025. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html) (Abruf: 8. Juli 2026).
- Statistisches Bundesamt (2026): *Bevölkerung ab 65 Jahren*. Aktualisiert am 18. Mai 2026. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html> (Abruf: 8. Juli 2026).
- World Health Organization (o. J. a): *Health Systems Governance*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance> (Abruf: 8. Juli 2026).
- World Health Organization (o. J. b): *Integrated people-centred care*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care> (Abruf: 8. Juli 2026).
- World Health Organization Regional Office for Europe (2022): *Health system performance assessment. A framework for policy analysis*. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8d7a769e-a1a9-42b4-9ea9-bb1b10032843/content> (Abruf: 8. Juli 2026).