www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de SONDERDRUCK

monitor VERSORGUNGSFORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Interview mit Prof. Dr. med. Udo Janßen: „Eine Architekturklärung schafft Klarheit, keine Verluste“

ISSN 1866-0533



„Eine Architekturklärung s Klarheit, keine Verluste“

Im Interview: Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer von KyberMedis

Das deutsche Gesundheitssystem leidet seit Jahren an einer Reformkrise, für die es keine befriedigende Erklärung zu geben scheint. Prof. Dr. med. Udo Janßen, Geschäftsführer von KyberMedis und ehemaliger CEO und CFO mehrerer Kliniken sowie Seniorpartner bei KPMG und Deloitte, hat eine Diagnose veröffentlicht, die es in sich hat: Das Problem liegt seiner Ansicht nach nicht in mangelnden Mitteln oder im fehlenden Willen der politischen Akteure, sondern in einer grundlegenden Architekturkrise des Systems. Im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“ erläutert Janßen sein Modell – die Sozialstaats-Matrix, die nichts anderes ist als eine grundlegend neue Systemlogik für unser Gesundheitssystem.

>> Herr Professor Janßen, Sie haben auf einem Social-Media-Kanal einen Text veröffentlicht, der die These aufstellt: Das eigentliche Problem des deutschen Gesundheitssystems ist nicht Unterfinanzierung, nicht der demografische Wandel, nicht der Fachkräftemangel – sondern eine falsche Systemarchitektur. Das klingt nach einer sehr steilen These. Warum sollte ein seit Jahrzehnten bestehender Bauplanfehler für die eigentliche Ursache gehalten werden, wenn gleichzeitig Kliniken pleitegehen, die Ärzteschaft vor allem auf dem Land fehlt und Pflegeheime nicht hinreichend Pflegekräfte finden?

Lassen Sie mich zunächst eine wichtige Präzisierung vornehmen, die entscheidend ist für das, was folgt: Die von mir aufgestellte Matrix-These behauptet nicht, dass Faktoren wie Unterfinanzierung, medizinischer Fortschritt, doppelte Demografie und Fachkräftemangel keine realen Probleme für die Finanzierung unseres Gesundheitssystems wären. Unbestritten: Das sind sie, und zwar sehr reale und drängende. Was ich behaupte, ist etwas anderes und viel Grundlegenderes: Um Gesundheitsreformen wirkungsvoll gestalten zu können, müssen zuvor strukturelle Logikbrüche im System identifiziert und im besten Fall aufgelöst werden. Denn genau die verhindern, dass die Hauptgründe für die vielfältigen, immer stärker zutage tretenden Probleme tatsächlich adressiert werden können.

Woran machen Sie Ihre Diagnose fest?

schafft

Wir haben in den letzten 20 Jahren unzählige Milliarden Euro ins System gepumpt, mehr Personalreformen verursacht und mehr Digitalisierungsinitiativen gestartet denn je – und trotz aller gut gemeinten Reformen verschärft sich die Lage immer weiter. Ich postuliere: Das Problem ist die grundlegende Systemlogik-Architektur, in die hinein reformiert wird.

Das klingt wie eine Fundamentalkritik an 30 Jahren Gesundheitspolitik. Welche Evidenz gibt es, dass die von Ihnen benannte Systemlogik wirklich die Ursache ist und nicht bloß eine vielleicht elegante Erklärung für ein viel komplexeres Phänomen?

Sie fordern zu Recht Evidenz ein – und ich will ehrlich sein: Eine solche Evidenz im strengen Sinne gibt es nicht, weder für die heutige Systemlogik noch für die, die ich vorschlage. Was wir stattdessen analysieren können, wenn wir etwas systemischer hinschauen, ist ein in sich stimmiges Muster. Die Pflegereform ist gescheitert an der Versicherungs-Fürsorge-Vermischung. Die Krankenhausreform scheitert an der Versicherungs-Daseinsvorsorge-Vermischung. Und die seit zwei Jahrzehnten geführte Bürgerversicherungs-Debatte scheitert an der Markt-Versicherungs-Vermischung. Solange die Trennlinie zwischen GKV und PKV politisch verteidigt wird, kann strukturell keine kohärente Lösung entstehen. Will heißen: Jede einzelne Reform der letzten 30 Jahre hat ihre Kraft letztlich durch immanente Logikbrüche eingebüßt.

„Die Matrix erklärt nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können."

Dennoch: Das klingt doch ziemlich theoretisch!

Ich räume ausdrücklich ein: Die Sozialstaats-Matrix ist ein analytisches Diagnosemodell – kein empirisches Kausalmodell, das sich durch Regressionsanalysen veri- oder falsifizieren ließe. Aber dort, wo die Logiktrennung praktisch erfahrbar wird, lassen sich die Wirkungen, die das Modell vorhersagt, sauber abbilden. Die Matrix erklärt also nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können, so gut sie auch gemeint sein mögen. Um es in einem Bild zu sagen: Eine Mannschaft mit hervorragenden Einzelspielern, aber falscher Aufstellung wird sich gegen ein klug aufgestelltes Team schwertun. Genau das erleben wir: Die Parlamentarier auf Bundesebene, die Beamten im BMG, die Fachleute im Gemeinsamen Bundesausschuss und beim GKV-Spitzenverband arbeiten mit großem Gestaltungswillen – aber sie reformieren das, was über zwei, drei Jahrzehnte falsch zusammengefügt wurde, auf eine neue Ebene, ohne das grundlegende Logikproblem zuvor anzugehen.

Bleiben wir bei diesem Befund. Wo genau werden im deutschen Gesundheitssystem Logiken vermischt? Können Sie das an einem konkreten Fall zeigen?

Unser Gesundheits- und Versorgungssystem ruht auf vier Grundprinzipien, die man auch als Logiken bezeichnen kann: dem Solidarversicherungsprinzip, dem Fürsorgeprinzip, dem Daseinsvorsorgeprinzip und dem Wettbewerbsprinzip. Diese eigentlich recht eigenständigen Logiken sind im Lauf der Zeit vermischt worden – nicht mutwillig, sondern weil es den jeweils verantwortlichen Politikerinnen und Politikern als der pragmatischere, schnellere Weg erschien, ein anstehendes Problem zu lösen. Ein gut sichtbares Beispiel ist die Krankenversicherung für Bürgergeldbeziehende. Hier hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 11. September 2025 beschlossen, beim Bundesverfassungsgericht Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen der systematischen Unterfinanzierung dieser Versorgung zu erheben. Zu Recht, wie ich finde – denn das ist das populärste Beispiel dafür, wie versucht wird, eine Fürsorgeaufgabe in eine Versicherungslogik zu überführen. Hier werden die Asymmetrie und auch die Absurdität schnell sicht- und greifbar: Am Ende sollen die Beitragszahlenden eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit ein allgemeines Fürsorgeprinzip ausfinanzieren, das nie Bestandteil der ursprünglichen Versicherungslogik gewesen ist. Das ist alles andere als zukunftsfähige Sozialpolitik – es ist schlicht fiskalisches Durchwursteln.

Gegenstimme: Es hat Jahre und Jahrzehnte funktioniert!

Ja, solches Tun funktioniert eine Weile, besonders wenn die Kassenlage der gesetzlichen Krankenkassen gut gefüllt ist. Das ist sie aber nicht mehr, weshalb Beitragserhöhungen fast unvermeidlich

werden. So entsteht nach und nach eine Schieflage, die viele Bürgerinnen und Bürger zunehmend als ungerecht empfinden – und diese Empfindung dann mit ihrem Kreuz auf dem Wahlzettel deutlich machen.

Sie schlagen nun ein Modell vor, das diese vier Logiken klar voneinander trennt. Erklären Sie bitte zuerst, welche das sind.

Die erste Logik ist die klassische, beitragsfinanzierte Versicherung: Leistungen werden auf Basis des durch Einzahlung erworbenen Anspruchs bezogen – im Falle des Risikoeintritts und ohne fremde Lasten.

Die zweite Säule ist die klassische Fürsorge. Sie hat historisch mehrere Wurzeln – das kommunale Armenfürsorge-System nach Elberfelder Vorbild seit 1853, die christlich-karitative Tradition und die sozialdemokratische Arbeiterbewegung. Allen dreien ist gemeinsam: Fürsorge ist wertbasiert, sie geht uns alle an und ist deshalb vollständig über Steuern zu finanzieren. Das heißt: Sie ist im Bundes- oder Landeshaushalt zu verbuchen, parlamentarisch zu entscheiden – und darf eben nicht, wie heute, in einer Art Schattenhaushalt verschwinden.

Die dritte Logik ist die territorial gesteuerte Daseinsvorsorge. Wir brauchen eine flächendeckende Versorgung über Gebietskörperschaften, die dann aber auch in der Verantwortung stehen. Die Krankenhausplanung etwa ist eine klassische Aufgabe der Daseinsvorsorge. Ich erlebe derzeit jedoch viele Politiker, die dieses Thema weit von sich wegschieben und sagen: Das ist nicht meine Zuständigkeit. Das ist ein Irrweg.

Die vierte Logik ist der Markt, der Wettbewerb, der für spezielle Anforderungen passgenaue Angebote liefern soll. Dafür braucht es klare Schnittstellen. Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass eine private Krankenversicherung ihre Schnittstelle so definiert, dass es eine Basisversicherung für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt – und darüber hinausgehende, freiwillige Mehrversicherungen, die über den freien Markt bedient werden.



Das klingt auf dem Papier bestechend einfach. Doch die Versorgungsrealität ist hochgradig hybrid. Nehmen Sie die psychiatrische Akutversorgung oder die Geburtshilfe: Solche Leistungen haben gleichzeitig Versicherungs-, Fürsorge- und Daseinsvorsorge-Charakter. Wie lassen sie sich trennscharf einer einzigen Logik zuordnen?

Hybridleistungen haben in meinem Verständnis kein Zuordnungsproblem, sondern ein Schnittstellenproblem. Die von mir vorgeschlagene Architektur fordert keine reine Logik pro Leistung, sondern eine Logik pro Komponente. Nehmen wir die psychiatrische Akutversorgung: Dort existieren im Kern drei klar trennbare Komponenten. Die erste ist die akutmedizinische Behandlung selbst – eine klassische, kollektiv beitragsbasierte Versicherungsleistung. Die zweite ist die regionale Vorhaltefunktion einer entsprechend ausgestatteten Klinik in einem bestimmten Flächenkreis – eine klassische, kollektiv steuerbasierte Daseinsvorsorge auf Landesebene. Die dritte Komponente ist die sozialpsychiatrische Nachbetreuung samt ergänzender niederschwelliger Hilfen – ein klassisches Fürsorgethema, individuell steuerbasiert und über die Kommunen abbildbar.

Und die Geburtshilfe?

Ganz analog. Die Geburt selbst ist eine rein medizinische Versicherungsleistung. Die geburtshilfliche Vorhaltestruktur im Flächenkreis gehört zur Daseinsvorsorge. Die Familienhebamme und, bei Bedarf, die psychosoziale Begleitung sind wiederum eine Fürsorgeleistung. Sie sehen: Selbst Hybridleistungen lassen sich in einer zunächst kompliziert wirkenden Logik sauber darstellen und sichtbar machen. Dahinter steckt jedoch noch mehr: Eine saubere Klärung der Systemarchitektur hilft den zuständigen Ebenen, zukunftsfähige Lösungen zu finden – und sie dann auch zu verantworten.

Ihr Vorschlag springt dabei kräftig durch verschiedene Sozialgesetzbücher. Ist das nicht ein Einwand gegen das Modell?

Im Gegenteil: Es ist ein weiterer Befund. Wenn ein Modell durch mehrere SGB-Bücher springen muss, heißt das nur, dass sich diese Bücher längst ihrer eigenen Logik entzogen haben. Die Systematik des Sozialgesetzbuchs ist ja schon 1972 entstanden, also vor mehr als 50 Jahren. Wir haben in den vielen Jahrzehnten seither verlernt, richtig zuzuordnen.

Herr Professor Janßen, Sie sind Geschäftsführer eines Beratungsunternehmens und Hochschulprofessor. Ihr Modell haben Sie zuerst auf einem Social-Media-Kanal veröffentlicht, nicht in einem Fach-

journal. Was hat Sie bewogen, diesen ungewöhnlichen Weg zu wählen?

Als interessierter Beobachter der langjährigen Reformbemühungen habe ich es immer als schade empfunden, dass – zumindest nach meiner Wahrnehmung – in den Debatten zu wenig Stimmen aus Wissenschaft und Theorie Gehör finden. In Deutschland gab es immer dann gute Politik, wenn die handelnden Akteure auf die Wissenschaft gehört und die Beratenden in ihre Entscheidungen eingebunden haben. Das habe ich in den letzten Jahrzehnten zunehmend vermisst. Da ich seit über 25 Jahren im Gesundheits- und Sozialwesen unterwegs bin, ist dieses Thema bei mir wohl auf fruchtbaren Boden gefallen – gerade weil so viele Reformen anstehen. Und ich habe mir gesagt: Jemand, der nicht im System verhaftet ist, muss die Stimme der Ökonomie und des Pragmatismus erheben – und das schnell und deshalb auf einem Social-Media-Kanal, eben weil derzeit so viele Reformen anstehen. Denn immer dann, wenn das Wissen abnimmt, beginnt der Glaube. Wir haben derzeit aber keinen großen Bedarf an Glauben – sondern an Wissen.

Kritiker könnten in Ihrem Modell einen Abbau des Sozialstaats wittern – oder es als erzkonservativ einordnen. Was entgegnen Sie?

Beidem widerspreche ich. Die Vier-Logiken-Matrix ist im Kern eine Rückbesinnung auf finanzökonomische Klarheit – auf eine Betrachtungsweise, die in den ersten Jahrzehnten unserer Republik organisierend wirkte und in den letzten drei Dekaden zunehmend verloren gegangen ist. Diese Betrachtungsweise lässt sich auf jede ökonomische Aufgabenstellung anwenden: Was ist die Aufgabe? Wenn ich sie so oder so erledige, welche Ausgaben resultieren daraus? Erst dann: Woher kommen die Einnahmen? Nicht umgekehrt nach dem Motto: Wie viel Einnahmen habe ich, und welche Aufgabe passt dazu. Das ist ausdrücklich nicht nostalgisch gemeint, sondern analytisch. Das Angenehme für manche Kritiker mag sein: Ich stamme weder aus dem Umfeld der „Neuen Sozialen Marktwirtschaft“ noch aus einer ähnlichen Denkschule, die postuliert, alles müsse weniger werden. Ich sage zunächst nur, frei nach Georg Christoph Lichtenberg: „Es muss anders werden, wenn es besser werden soll.“ Ich intendiere keinen Abbau des Sozialstaats. Ein solcher Abbau kann kommen, er muss es aber nicht – das wäre am Ende das Ergebnis eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses, gewiss aber nicht mein Ausgangspunkt.



Prof. Dr. med. Udo Janßen

ist Hochschulprofessor und Geschäftsführer der KyberMedis GmbH in Berlin. Der Mediziner, Betriebswirt und Wirtschaftsjurist ist seit über 25 Jahren im Gesundheits- und Sozialwesen tätig. Er war CEO und CFO des Wiener Krankenanstaltenverbundes sowie Seniorpartner bei KPMG und Deloitte im Bereich Health Care und Public Sector. Sein wissenschaftlicher Forschungsschwerpunkt liegt auf der ökonomischen und ordnungspolitischen Architektur von Versorgungssystemen. Mit der Sozialstaats-Matrix hat er einen Analyserahmen vorgelegt, der die Reformkrise des deutschen Gesundheitswesens als Folge vermischter Systemlogiken deutet. Der zugehörige Beitrag ist als Publikation in der KyberMedis-Reihe „Beiträge zur Versorgungs- und Sozialstaatsarchitektur" erschienen.

ORCID: 0009-0002-6579-9645

Sie wissen natürlich, dass Ihr Modell politisch unbequem ist. Welche konkreten Akteure hätten mit Ihrer Logiktrennung strukturellen Gestaltungsgewinn – und welche verlören so erheblich, dass ihr Widerstand die Umsetzung blockieren könnte?

Lassen Sie mich das in einer Gewinner- und Verlierer-Logik durchdeklinieren, auch wenn das Bild zum jetzigen Zeitpunkt noch eher grob bleibt. Gewinner sind vor allem die chronisch Kranken, weil Schnittstellenverluste deutlich reduziert werden, und Patienten mit Hybridleistungsbedarf, weil Verantwortlichkeiten geklärt sind. Vielleicht das Wichtigste: Gewinner ist das Gros der GKV-Beitragszahler, weil die Versicherungslogik spürbar entlastet und in Zuständigkeit und Verantwortung klarer gefasst wird. Der Patient und Bürger hat im Konzert der Selbstverwaltung derzeit keine wahrnehmbare Stimme. Aber: Seine Stimme wird – das muss uns allen klar sein – an den Tagen der kommenden Landtagswahlen sehr bedeutsam; umso mehr, wenn aus Frust das berühmte Kreuz dort gemacht wird, wo es ohne negative Erfahrungen mit dem Gesundheits- und Sozialsystem vielleicht nicht gemacht worden wäre.

Und was erwartet die organisierten Stakeholder, die Bänke im G-BA?

Die kommunalen Krankenhausträger beispielsweise werden eindeutig besser dastehen als bisher, weil dringend notwendige Vorhaltestrukturen endlich ausreichend finanziert und anerkannt werden. Gewinner werden auch Ärzteschaft und Pflege sein, weil ihre Architektur und ihre Zuständigkeiten untereinander klarer gefasst werden können.

Was – es gibt keine Verlierer?

Ich bezeichne es ganz bewusst nicht als Verlust: Es wird strukturelle Einflussreduktionen geben. Vor allem aufseiten des Finanzministeriums, weil Fürsorgekosten auf einmal sichtbar werden. Aber auch aufseiten der PKV, weil Schnittstellenspielräume genauer definiert werden müssen. Und aufseiten der Kassen-Spitzenverbände, weil sie womöglich weniger sozialstaatliche Mitverwaltung, dafür aber mehr Reformdruck auf die eigent-

liche Versicherungslogik haben – also allein für Struktur- und Ergebnisverantwortung geradestehen müssen. Doch um es klar zu sagen: Am Ende verlieren die Akteure keine substanziellen, sondern bislang architektonisch falsch zugeordnete Aufgaben. Das ist kein Macht- oder Budgetverlust, sondern eine erfolgskritische Aufgabenklärung. Anders gesagt: Alle Aufgaben müssen nach wie vor erledigt werden. Sie werden nur klarer zugeordnet, verantwortet und vor allem logisch begründet.

In der Selbstverwaltung könnten aber auch Akteure sitzen, die schon bei der bloßen Idee einer Logiktrennung dichtmachen.

Man muss klar sehen: In den Agenden aller Stakeholder sind hochgradige Eigeninteressen festgeschrieben – manche sagen: betoniert. Mit einem solchen Vorschlag stößt man gewissermaßen einen Speer in ein schnell laufendes Speichenrad – inhaltlich, vor allem aber interessenpolitisch. Ein Beispiel aus der jüngeren Reformdebatte: Als über die Herauslösung der Vorhaltekosten diskutiert wurde, war das für die einen Kassen attraktiv und für die anderen ein Problem – schlicht, weil sich der Beitragssatz-Lasteffekt zwischen den Kassenarten verschoben hätte. Das ist die Realität. Genau deshalb gehe ich davon aus, dass mein Ansatz auf der Bundesebene nicht wohlgelitten sein wird – einfach, weil Verschiebebahnhöfe transparent werden und, politökonomisch gesprochen, Machtpotenziale beschnitten werden.

Wo also wird Ihr Modell wirklich diskutiert werden – und wo werden schon deshalb Gegenstimmen aufkommen, weil Agenden infrage gestellt werden?

Da können Sie sich fast aussuchen, wen Sie nennen wollen: das BMG, den Bundestag, den G-BA oder auch den GKV-Spitzenverband. Diese Ebene ist sehr darauf eingestellt, das bestehende Spiel fortzuschreiben. Und es wird immer auch einzelne Leistungserbringer geben, die die Aufgaben, für die sie zuständig sind, in ihrer Performance gar nicht transparent darstellen wollen.

In einem föderalen System wie Deutschland würde die Einführung einer neuen Logik eine weitreichende Grundsatzentscheidung des Bundes erfordern. Wer soll das angehen?

Das Ganze ist in der Tat eine weitreichende ordnungspolitische Selbstbindungsaufgabe. Aber wir haben in Deutschland solche Aufgaben schon gelöst – denken Sie an das Stabilitäts- und Wachstumsgesetz von 1967 oder, aktueller, an die Schuldenbremse. Und wir haben ähnliche Aushandlungen in den Föderalismuskommissionen von 2003 und 2007 erlebt. Was ich vorschlage – und ich verstehe mein Thesenwerk durchaus als Arbeitsgrundlage, nicht als fertiges Konzept –, ist eine Art Sozialstaats-Architekturgesetz, das vier Dinge auf Bundesebene regelt. Erstens: die definitorische Trennung der vier Logiken. Zweitens: die Finanzierungszuordnung pro Logik. Drittens: die Verantwortungszuordnung – der Bund für den ordnungspolitischen Rahmen, die Länder für die Daseinsvorsorge, die Kommunen für die Fürsorge in definierten Bereichen. Und viertens: einen Konfliktlösungsmechanismus, der vor allem bei Hybridleistungen und Schnittstellen greift. Ich weiß, dass das verfassungsrechtlich anspruchsvoll ist – aber es ist möglich, wenn man es will.

Bestandsschutzansprüche, laufende Verträge, eingespielte Interessenkoalitionen – das macht jeden Systemumbau zu einem langwierigen Prozess. Welchen Übergangspfad sehen Sie realistischerweise für die Millionen bestehender Versorgungsverträge, GKV-Satzungs-leis-tungen und Landesregelungen?

Es wird gewiss keinen Big Bang geben, der alles atomisiert und neu ordnet. Eine solche Architekturklärung kann nur sukzessive erfolgen. Ich würde ganz pragmatisch mit den teuersten Logikbrüchen beginnen – versehen mit einem umfangreichen Bestandsschutz für bestehende Verträge und Strukturen. Man fügt Neuregelungen für Neufälle hinzu und lässt bestehende Versorgungsverträge zunächst weiterlaufen; sie werden nicht umgewidmet. Das ist administrativ und politisch deutlich einfacher.

In welchem Zeitraum?

Man kann beginnen, nach einem politischen Konsens die finanzielle Umverteilung über eine Übergangsperiode von fünf oder zehn Jahren zu gestalten, sodass weder die GKV noch der Bundeshaushalt schockartig belastet werden. Das Thema Länder-Daseinsvorsorge wird man zudem über einen Bund-Länder-Pakt aufbauen müssen – nicht durch Verschiebung bestehender Mittel, sondern durch eine eigene Finanzausstattung für diese Architektursäule.

Ihr Modell setzt eine kohärente, vollständige Umsetzung voraus. Was passiert im politischen Normalfall, der erfahrungsgemäß eine partielle Umsetzung bedeutet? Wird es dann nicht schlimmer statt besser?

Es wird immer um eine zeitlich abgestufte Umsetzung gehen – aber stets mit sequenziellen Architekturklärungen, sodass nach und nach einzelne Logikbrüche aufgelöst werden. Und jede Auflösung verbessert den Status quo, selbst dann, wenn andere Brüche noch bestehen bleiben.

Lassen Sie uns das an einem Beispiel verdeutlichen.

Nehmen wir das bereits angesprochene Bürgergeld. Wenn wir die Fürsorgeaufgabe aus dem GKV-Beitragstopf herauslösen und in eine kommunale oder bundeshaushaltsbezogene Finanzierung überführen, entsteht Klarheit: Die GKV könnte ihre Beitragsdiskussion dann tatsächlich auf Basis einheitlicher Versicherungsleistungen führen – nicht mehr verzerrt durch versicherungsfremde Aufgaben. Das wäre ein erster Reformschritt, ohne dass damit zugleich die Krankenhausreform und die PKV-Schnittstellen geklärt wären. Das ist es, was ich Architekturinseln nenne: Jede Klärung schafft eine Insel, an die sich weitere anschließen können – und mit jeder Insel wächst der Kontinent. Man kann sich die vier Logiken anfangs als vier überlappende Kreise vorstellen, die man Schritt für Schritt kontrolliert, auseinanderführt, bis am Ende vier klar getrennte Kreise stehen. Anders – zum Beispiel als großer Wurf auf einmal – wird es ohnehin nicht funktionieren.

All das klingt sehr systemisch. Was ändert sich ganz konkret für den chronisch kranken Rentner, der zwischen Hausarzt, Pflegeheim und Sozialdienst hin- und hergeschoben wird?

Heute erlebt ein zu versorgender Mensch das System fragmentiert – weil wir die grundlegenden Logiken miteinander vermischen und am Ende niemand mehr klar verantwortlich ist. Genau diese Mischlogik ist der Grund, warum Patienten Leistungslücken erleben.

Eine Architekturklärung dagegen ist zwingend mit einer garantierten Versorgungskontinuität verbunden. Das heißt aber auch: Wir müssen die bestehende Versorgung weiterlaufen lassen, neue Strukturen parallel aufbauen und erst dann umstellen, wenn die neue Architektur trägt. Das größte Risiko ist jedoch: nichts zu tun. Dann erodiert unsere Versorgungsstruktur weiter – und am Ende ist niemand verantwortlich, weil jeder in seiner Nische nur genau das getan hat, was das Gesetz ihm für diese eine Nische vorgegeben hat.

„Kritik wird kommen, das muss man aushalten. Doch sie wird eine überschaubare Dimension haben – schon weil die Architekturlogik gerade nicht dafür sorgt, dass irgendein Stakeholder etwas verliert."

Stichwort Lotsen und integrierte Versorgung: Genau das sollten doch die Verträge nach Paragraf 140a SGB V lösen. Warum hat das nicht hinreichend funktioniert?

Die integrierte Versorgung war der Versuch einer Leistung mit der dahinterliegenden Vorstellung einer Finanzierung aus einer Hand. Man hat sich zusammengetan, Geld gepoolt und damit Leistungen eingekauft – aber ohne die zuvor nötige Architekturklärung. Diese Klärung erzeugt nicht von selbst Integration, aber sie schafft die Klarheit darüber, wer zuständig und wer verantwortlich ist. Und das allein ist schon ein großer Gewinn. Die Idee der integrierten Versorgung ist nach wie vor gut. Nur haben wir derzeit ein so desintegriertes, vom Ergebnis her unverantwortliches System, dass kaum jemand weiß, wer sich wann, womit und mit wem integrieren soll. Mein Vorschlag lautet deshalb: Lassen Sie uns zuerst die Klarheit in den Grundstrukturen herstellen. Wenn die steht, muss im zweiten Schritt eine klarere Ergebnisverantwortung hinzukommen – fiskalisch, budgetär, organisational.

Wie lange würde ein solcher Transformationsprozess realistischerweise dauern?

Es ist wahrscheinlich ein Generationenprojekt – aber bitte eines mit zeitnahem Beginn. Denn es ist der einzige realistische Weg, den übrigens einige unserer Nachbarländer längst beschritten haben. Was wir uns auf keinen Fall leisten können, ist, noch einmal zehn Jahre zu warten, bis wir mit der nötigen Architekturklärung beginnen. Wir spüren doch schon heute: Die Krankenhausreform funktioniert nicht, das GKV-Stabilisierungsgesetz holpert, die Pflegekrise verschärft sich. Das alles sind Symptome – und Symptome werden meist schlimmer, nicht besser, wenn man die Ursache nicht behandelt.

An welche Nachbarländer denken Sie?

Nehmen wir zuerst die Niederlande. Unser direktes Nachbarland hat zwischen 2006 und 2015 phasenweise strikt getrennte Sozialsicherungssysteme eingeführt. Das ist zum einen das Zorgverzekeringswet als obligatorische Grundversicherung für alle Einwohner; zum Zweiten das Wet langdurige zorg, das als solidarische Pflichtversicherung die Langzeitpflege regelt; und zum Dritten das Wet maatschappelijke ondersteuning, kurz Wmo, das die kommunale Verantwortung für häusliche Unterstützung, gesellschaftliche Teilhabe und soziale Begleitung organisiert. Drei Gesetze, drei klar getrennte Logiken – genau das fehlt uns in Deutschland. Schweden hat übrigens schon vor fünf Jahrzehnten ein ähnliches System etabliert, etwa zu der Zeit, als bei uns die SGB-Bücher geschrieben wurden. Mit diesen Zeitachsen im Hinterkopf würde ich drei Horizonte vorschlagen: eine Legislaturperiode – also vier Jahre – für die ersten ernsthaften Architekturschritte und die Auflösung von zwei bis vier der wichtigsten Logikbrüche. Dann braucht es sicherlich eine ganze Dekade für die wesentliche Überführung in die neue Systemarchitektur. Vielleicht ist das Projekt dann in einer Generation – in rund 30 Jahren – abgeschlossen, wenn alle Altbestände überführt und die neuen Strukturen vollständig eingespielt sind.

Das derzeit diskutierte Primärarztmodell, das eigentlich ein Primärversorgungsmodell werden sollte, wäre doch ein konkretes Testfeld für Ihre Logiktrennung.

Absolut richtig. Die Primärversorgung, wie sie gerade in der Fachwelt diskutiert wird, könnte ein Paradebeispiel dafür sein, wie eine Architekturklärung dafür sorgen kann, dass eine neue Versorgungsform von vornherein richtig aufgestellt wird – von der medizinischen Gesundheitsversorgung über die Vorhalte- und Fürsorgethematik bis hin zur sozialen Ebene.

Gibt es ein EU-Land, das die Primärversorgung bereits in dieser Weise aufgesetzt hat?

Das österreichische Modell ist instruktiv. Die erste Primärversorgungseinheit wurde 2015 in Wien gegründet, doch der eigentliche Etablierungsschub kam erst, als Österreich 2022 aus dem EU-Aufbau- und Resilienzplan rund 100 Millionen Euro für die Primärversorgung mobilisierte. Im Juli 2025 wurde die hundertste Primärversorgungseinheit eröffnet, darunter dreizehn speziell auf Kinder- und Jugendmedizin ausgerichtete Einheiten. Was Österreich dabei richtig gemacht hat, ist die architektonische Trennung der Verantwortungssphären: Die medizinische Leistung läuft als Versicherungsleistung über die Österreichische Gesundheitskasse, die infrastrukturelle Etablierung wird aus EU- und Bundesmitteln gefördert, die regionale Verankerung erfolgt über Land und Sozialversicherungsträger. Übersetzt in meine Matrix heißt das: Versicherung übernimmt die ambulante Behandlung, Daseinsvorsorge die wohnortnahe Vorhaltestruktur, Fürsorge die soziale Begleitung – etwa über das in einigen Einheiten bereits etablierte Social Prescribing. Marktelemente – die freie Wahl der Einheit durch die Versicherten – werden gezielt dort zugelassen, wo Wettbewerb die Qualität fördert. Genau diese architektonische Klarheit fehlt der deutschen Primärversorgungs-Debatte. Wir diskutieren heute über das Primärarztsystem als versorgungspolitische Steuerungsfrage – ohne geklärt zu haben, welche Komponente in welche Logik gehört. Das ist der Grund, warum auch diese Reform am selben Punkt scheitern könnte wie viele zuvor: an der unaufgelösten Vermischung der Logiken auf Einrichtungsebene.

Der taktische Vorteil läge auch darin, dass die Debatte um die Primärversorgung mitten in einer Gesetzesinitiative steckt.

Genau deshalb ist die Primärversorgung eine echte Chance, den Vier-Logiken-Ansatz nicht nur als abstrakte Architekturtheorie zu be-

Zitationshinweis

Janßen, U., Stegmaier, P.: „Eine Architekturklärung schafft Klarheit, keine Verluste“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/26), S. 6–12. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2839

handeln, sondern als handfestes Reforminstrument in die laufende politische Debatte einzuspeisen.

Eine letzte Frage, und vielleicht die schwerste: Das deutsche Gesundheitssystem hat viele kluge Reformvorschläge erlebt – und doch hat sich wenig geändert. Was macht Sie sicher, dass Ihr Modell nicht dasselbe Schicksal erleidet: erst belächelt, dann bekämpft, schließlich ignoriert?

Dieses Muster gibt es immer und überall, wenn es um neue oder auch nur andere Ideen geht. Denn die Idee ist ja gar nicht neu – sie wird in den Niederlanden gelebt, und das mit Erfolg. Erst werden Ideen belächelt, dann ernster genommen, aber in die falsche Ecke gestellt, indem Kritikpunkte bewusst überzeichnet werden. Doch irgendwann setzen sich gute Ideen durch. Wir können nur hoffen, dass es bis dahin nicht zu spät ist. Ein probater Weg wäre, die ersten, nur Zeit und Energie fressenden Phasen zu überspringen und gleich in eine ziel- und zukunftsgerichtete Diskussion einzusteigen. Was mich dabei optimistisch stimmt: Eine Logiktrennung führt schon im ersten Schritt zu Sichtbarkeit – und das ist bereits der vielleicht wichtigste Reformfortschritt. Was heute verdeckt destabilisierend wirkt, wird auf einmal sichtbar und damit politisch verhandelbar. Es ist ein großer Unterschied, ob der Bundesfinanzminister erklären muss, warum Fürsorge mehrere Milliarden Euro kostet, oder ob dieser Betrag weiter in Beitragstöpfen der GKV verborgen bleibt.

Nüchterner ausgedrückt: Reibung erzeugt Wärme – und Wärme setzt Reaktionen in Gang.

So ist es. Wichtig dabei: Eine Architekturklärung verschiebt zunächst keine Kosten – was man annehmen könnte. Sie macht aber sichtbar, was heute im Verborgenen destabilisierend wirkt. Schon deshalb ist dieser Schritt – auch im Vorgriff auf die anstehende Grundsatzentscheidung durch die beim Bundesverfassungsgericht erhobene Klage des GKV-Spitzenverbandes – nicht mehr aufzuhalten; diese neue Realität erzwingt Klarheit. Kritik wird kommen, das muss man aushalten. Doch sie wird eine überschaubare Dimension haben – schon weil die Architekturlogik gerade nicht dafür sorgt, dass irgendein Stakeholder etwas verliert. Das ist der entscheidende Unterschied zu anderen Reformvorschlägen. Wir brauchen deshalb den Mut der heute aktiven Generation, diese Architekturfrage sauber und offen zu stellen. Nur so kommen wir aus der Reformmisere der letzten 20, 30 Jahre heraus: weniger Chaos durch mehr Architekturklarheit. Das klingt schlicht – aber es ist die richtige Diagnose und vielleicht sogar unsere einzige Option.

Herr Prof. Janßen, danke für dieses interessante Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur:

Social-Media-Beitrag: https://t1p.de/74sa2
Zum Weiterlesen: Die ausführliche Begründung der vier Logiken, die empirischen Belege und die vier Anwendungsfälle finden sich in der Publikation „Die Sozialstaats-Matrix. Eine Architektur-Diagnose des deutschen Wohlfahrtsstaats“ (KyberMedis Working Papers / Beiträge zur Versorgungs- und Sozialstaatsarchitektur Nr. 01), DOI: 10.5281/zenodo.20318090 oder auf MVF: https://t1p.de/64mk9

Kommentare?

Die von Prof. Janßen vorgeschlagene 4-Logiken-Matrix muss diskutiert werden. Mailen Sie bitte Ihre begründete Entgegnung zu diesem Vorschlag. MVF wird die eingehenden Kommentare in MVF 04/26 in einer Synopse verschriftlichen. E-Mail: stegmaier@m-vf.de

Das Zeitfenster schließt sich rapide

>> Der „2026 Lancet Countdown Europe Report“ (1) ist die dritte Ausgabe dieses Berichts, der den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Klimawandel in Europa anhand von 43 Indikatoren analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Zeitfenster für entscheidende gesundheitspolitische Maßnahmen rapide schließt.

Die direkten und indirekten negativen Folgen der Hitzeexposition nehmen massiv zu. In 99,6% der untersuchten Regionen stieg die hitzebedingte Sterblichkeit zwischen 2015 und 2024 im Vergleich zum Zeitraum 1991–2000 an. Die Hitzeexposition bei besonders gefährdeten Gruppen (Säuglinge und Menschen über 65 Jahre) nahm um 254% zu. Zudem begünstigt das Klima die Ausbreitung von Infektionskrankheiten: Die Eignung für die Übertragung des Dengue-Virus stieg in Europa um 297%. Auch die Pollensaison hat sich bereits um ein bis zwei Wochen verlängert. Zudem betreffen Klimarisiken die Bevölkerung ungleich. Haushalte mit niedrigem Einkommen sind deutlich stärker von Ernährungsunsicherheit durch Hitze und Dürre betroffen als wohlhabendere. Wirtschaftlich führt die Erwärmung zu einem Rückgang des Arbeitskräfteangebots um ca. 24 Stunden pro Arbeiter und Jahr.

Trotz positiver Trends bei Investitionen in saubere Energien erreichten die Subventionen für fossile Brennstoffe im Jahr 2023 mit 444 Milliarden Euro einen neuen Höchststand. Besorgniserregend ist nach Aussage des Reports, dass das öffentliche, politische und mediale Interesse an der Schnittstelle von Klima und Gesundheit im Jahr 2023 zurückgegangen ist, obwohl die wissenschaftliche Evidenz stetig wächst. Ein wichtiger Lichtblick sei jedoch die zunehmende Bedeutung von Klimaklagen, die den Schutz der Gesundheit rechtlich einfordern. Der Bericht von 2026 enthält insgesamt sieben neue Indikatoren, die in der systematischen Übersicht des Berichts mit einem Dolch-Symbol (†) markiert sind. Diese neuen Messgrößen wurden eingeführt, um die Überwachung der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und die entsprechenden gesellschaftlichen Reaktionen zu erweitern. Einige der neuen Indikatoren sind:

- Hitze-Gesundheits-Frühwarnungen: Dieser Indikator nutzt einen neuen epidemiologischen Rahmen, um Temperaturen operativ in Frühwarnungen für hitzebedingte Sterblichkeit umzuwandeln.
- Klimaanpassungsfinanzierung für den Gesundheitssektor: Hierbei wird das Volumen der finanziellen Mittel überwacht, die speziell für die Stärkung der Klimaresilienz von Gesundheitssystemen bereitgestellt werden.
- Öffentliche Wahrnehmung von Gesundheit und Klimawandel: Dieser Indikator misst über Umfragedaten, welche Priorität Bürger der Verknüpfung von Klima und Gesundheit einräumen.
- Engagement politischer Parteien zu Gesundheit und Klimawandel: Er analysiert die thematische Ausrichtung von Pressemitteilungen politischer Parteien in Bezug auf die Schnittstelle zwischen Klima und öffentlicher Gesundheit.
- Einbeziehung von Gesundheit in Klimaklagen: Dieser neue Indikator verfolgt, inwieweit gesundheitliche Argumente (sowohl physischer als auch mentaler Art) in juristischen Dokumenten zu Klimaprozessen in Europa verwendet werden. <<

Link 1: https://t1p.de/h4jbg

Wir bringen Licht ins Dunkel



„Das wäre eine armselige Wissenschaft, die die große, tiefe, geheiligte Unendlichkeit des Nichtwissens vor uns verbergen wollte, über welcher alle Wissenschaft wie bloßer oberflächlicher Nebel schwimmt."

Thomas Carlyle
schottischer Philosoph und Historiker
(1795 - 1881)

Am besten, Sie abonnieren gleich*:

Kurzlink: https://t1p.de/dnovh

oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG

* Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)