

„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

Anzeige



NAVIGATION steht für eine gerechtere Gesundheitsversorgung

Innovationsfondsprojekt richtet sich an Menschen mit komplexen gesundheitlichen Herausforderungen

Viele Gesundheits- und Vorsorgeangebote kommen ausgerechnet dort nicht an, wo sie am dringendsten benötigt werden: bei Menschen, die sich in vulnerablen Lebenssituationen befinden. Genau hier setzt das Innovationsfondsprojekt NAVIGATION - „Nachhaltig versorgt im gemeindenahen Gesundheitszentrum – Gesundheit im Zentrum" an. Es setzt auf Primärversorgung durch ein interprofessionelles Team unter der Leitung von Community Health Nurses. Das Projekt läuft in Berlin/Neukölln und Hamburg/Veddel unter Beteiligung der AOK Nordost und der AOK Rheinland-Hamburg.

In Berlin testet die AOK Nordost gemeinsam mit dem „Geko-Stadtteilzentrum Neukölln", wie Menschen besser versorgt werden können, bei denen körperliche und psychische Erkrankungen mit belastenden sozialen Lebensumständen zusammentreffen. Im Rollbergkiez in Neukölln, wo das Geko seinen Standort hat, leben viele Menschen in solchen Situationen. Ein größerer Teil von ihnen ist entweder pflegebedürftig oder sozial benachteiligt oder beides. Zudem leiden überdurchschnittlich viele bei der AOK Nordost versicherte Rollbergkiez-Bewohner an chronischen Erkrankungen wie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Eine geringe Gesundheitskompetenz erschwert den Zugang zu einer angemessenen Versorgung zusätzlich.

In einem Viertel wie dem Rollbergkiez mit seiner speziellen Bewohnerstruktur braucht es eine besonders niedrigschwellige Form der Primärversorgung. Die AOK Nordost setzt sich in diesem Zusammenhang für eine Trägervielfalt ein, die unterschiedliche Organisationsformen ermöglicht – je nach regionalem Bedarf und vorhandenen Ressourcen. Im Projekt NAVIGATION übernimmt das Geko die Rolle eines Primärversorgungszentrums (PVZ). Die Versorgung erfolgt durch ein interprofessionelles Team, dessen klinische Leitung in den Händen speziell qualifizierter Pflegefachkräfte liegt. Damit unterscheidet sich das Projekt deutlich von klassischen, stärker ärztlich geprägten Primärversorgungsmodellen.

Die sogenannten Community Health Nurses suchen die Menschen in deren Lebensumfeld auf – ob zu Hause oder in den Straßen ihres Kiezes. Kombiniert wird das mit einer hausärztlichen und psychologischen Versorgung sowie der Beratung durch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter.
Das Projekt befindet sich derzeit in der Einschreibephase. Bei den bereits teilnehmenden Patientinnen und Patienten kommt die niedrigschwellige, interprofessionelle Primärversorgung aus einem PVZ heraus gut an. Die tatsächlichen Effekte wird der Evaluationsbericht zeigen, der im Herbst 2027 erscheinen soll.

NAVIGATION ist ein Innovationsfondsprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses unter der Leitung der Poliklinik Veddel in Hamburg und dem Geko – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln in Berlin. Konsortialpartner sind die AOK Nordost und die AOK Rheinland/Hamburg, das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., die Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Frankfurt University of Applied Sciences.
Mehr Informationen unter: **navigation-im-pvz.de**

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.



„Mit regionalem Pragmatis zur zukunftsfesten Versorg

Im Interview: Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers

„Kann ProReVers die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitssystem endlich überwinden?“ Mit dieser Frage konfrontierte „Monitor Versorgungsforschung“ Steffen Bohm, Geschäftsführer der AGENON GmbH und Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts ProReVers. Er gab in diesem interessanten Gespräch einen „Blick von unten“ auf das strategische Dilemma der Akteure und die notwendigen Hebel, die die Politik endlich bedienen müsste, wenn sie die Versorgung vor Ort nicht nur irgendwie ermöglichen, sondern stärken will. Dazu brauche es vor allem auch eine Strukturreform, mit der endlich die „unsägliche Sektorentrennung“ überwunden werden kann.

>> Herr Bohm, seit über zwei Dekaden mahnen der Sachverständigenrat und viele andere Expert:innen eine sektorenübergreifende Planung an, ohne dass sich strukturell Wesentliches geändert hat. Fast wirkt es wie eine Sisyphusarbeit: Gutachten folgen auf Gutachten, doch die Trennung zwischen ambulant und stationär bleibt zementiert. Warum sollte ausgerechnet Ihr Projekt „ProReVers“ mehr sein als nur eine weitere gut gemeinte Empfehlung, die in den Schubladen der Bürokratie verschwindet?

Ja, die Trennung ist ausgehend von bundesgesetzlichen Regelungen und untergesetzlichen Normen zementiert. Der Projektauftrag war nicht, ein Gutachten für die Neufassung von Bundesgesetzen und nachgeordneten Normgebungen auszuarbeiten. Er bestand darin, zum einen Instrumente und Analysedesigns zu entwickeln, die eine auf Daten und Fakten basierende Befassung mit der Versorgungssituation vor Ort ermöglichen sowie den bestehenden und zukünftigen Herausforderungen. Zum anderen sollte ein Vorschlag entwickelt werden, wie unter den gegebenen Bedingungen vorgegangen werden kann, um zu regional passenden Versorgungslösungen zu kommen, und weiter, wie man vorgehen könnte, damit erforderliche Entscheidungen auf überregionaler Ebene auch zustande kommen. Wir sind dazu – bildlich gesprochen – aus dem Elfenbeinturm der theoretischen Versorgungsforschung „hinabgestiegen“ in die konkrete Versorgungsrealität vor Ort. Die Idee zu „ProReVers“ entstand übrigens aus den Erfahrungen des in den Jahren 2017 bis 2020 vorausgegangenen Innovationsfondsprojekts „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, bei dem wir uns ganz pragmatisch mit den strukturellen Problemen einer Region – der Stadt Templin im Landkreis Uckermack – befasst haben. Hier wurde überdeutlich, dass Planungsansätze oft an der darin eingenommenen „Vogelperspektive“ kranken, weil fälschlicherweise geglaubt wird, aus der rein wissenschaftlichen, bundes- und auch landespolitischen Sicht heraus zentrale Lösungen für alle Regionen gleichermaßen finden zu können. Wir haben daher bei „ProReVers“ die Sichtweise komplett verändert: Im Projekt haben wir einen ganzen Instrumentenkoffer entwickelt, über den die spezifischen regionalen Gegebenheiten systematisch erfasst und aufgearbeitet werden können.

„ProReVers ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen die bestmögliche Versorgung zu realisieren.“

Was bringt das?

Sehr viel, weil es aus der regionalen, ja lokalen Perspektive um eigentlich nur eine, aber sehr wesentliche Frage geht: Wie sehen die lokalen und regionalen Strukturen – sagen wir in der Prignitz oder in Ostprignitz-Ruppin – heute aus, wo liegen die konkreten Engpässe und wie können wir die durchaus ja vorhandenen Ressourcen intelligenter und effizienter nutzen?

Die übergeordnete Frage Ihres 10-Punkte-Papiers lautet: „Wie kann die Gesundheitsversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen trotz knapper werdender Ressourcen sichergestellt werden?“. Das klingt für Kritiker:innen verdächtig nach Mangelverwaltung. Sollen die Bürger:innen im ländlichen Raum durch „ProReVers“ lernen, mit weniger stationärer Präsenz zufrieden zu sein, anstatt echte Mehrausgaben für die Fläche zu fordern?

„Mangelverwaltung“ ist mir als Begriff zu negativ besetzt und wird dem Kern des Projekts und auch des Problems nicht gerecht. Wir haben in Deutschland nicht primär ein Problem fehlender Mittel, sondern ein Problem der Fehlallokation. Wir geben enorme Summen aus, aber oft an den falschen Stellen.

Auch in den von Ihnen untersuchten Flächenregionen?

Es mag überraschen, aber unsere Versichertenbefragung zeigt zum Beispiel, dass die Zufriedenheit mit der Versorgung in den Modellregionen Prignitz und Ostprignitz-Ruppin recht hoch ist. Einer der Gründe dafür ist, dass Menschen auf dem Land offenbar ein gesundes Verständnis dafür haben, dass sie nicht jeden Facharzt oder jede Klinik direkt vor der Haustür haben können. Aber: Sie brauchen Verlässlichkeit in der Versorgung und eine belastbare Perspektive. „ProReVers“ ist genau der Versuch, unter den gegebenen Bedingungen – die Ressourcen an Personal und Geld sind nun einmal überall endlich – die bestmögliche Versorgung zu realisieren. Wenn wir beispielsweise erkennen, dass Patient:innen stationär aufgenommen werden, weil ab 16 Uhr keine Transportmöglichkeit via Taxi oder KTW besteht oder weil die Arztpraxis etwa bei Langzeitinfusionen in den üblichen Arbeitszeiten des Praxispersonals keine mehrstündige Überwachung leisten kann, dann ist das kein medizinischer Mangel, sondern ein Organisations- und Steuerungsproblem. Das zu lösen ist keine Mangelverwaltung, sondern vielmehr eine Frage der Gestaltung auf verschiedenen Ebenen – nicht nur der Gesundheitsversorgung.

Einer der zentralen Pfeiler des Projekts ist die genaue Kenntnis der Versorgungssituation vor Ort. Sie haben dafür einen umfangreichen Instrumentenkoffer entwickelt. Was waren denn, wenn Sie es auf den Punkt bringen müssen, Ihre wichtigsten Erkenntnisse aus dieser tiefen Analyse der Regionen Brandenburgs?

Es sind vor allem fünf Punkte, die dem ganzen Konsortium und auch mir als Konsortialführer des Innovationsfondsprojekts am Herzen liegen. Erstens: Die demografische Herausforderung ist kein theoretisches Schreckgespenst, sie ist bereits da und hat oft massive Auswirkungen. Zum Beispiel: In der Prignitz prognostizieren wir bis 2030 einen Altenquotienten von knapp 72 Prozent. Das bedeutet zweierlei: Die Last der Versorgung steigt deutlich an, während das Potenzial an helfenden Personen schrumpft. Zwei-

tens: Mehr und mehr zeichnet sich ein Nachbesetzungsproblem bei Hausärzt:innen ab. Fast jede zweite Ärzt:in in der Region ist über 60 Jahre alt. Drittens: Das theoretische Ambulantisierungspotenzial ist mit bis zu 31 Prozent der stationären Fälle relativ hoch. Viertens: Die größten Hürden für die Erschließung dieses Potenzials sind häufig nicht medizinischer, sondern infrastruktureller Natur – Stichworte: zielgenauere ambulante Nutzung auch der an Krankenhäusern vorhandenen Kapazitäten, Patientensteuerung, Transport und Nachsorge. Und fünftens: Die Kommunikation zwischen den Partner:innen in der Daseinsversorgung vor Ort ist oft noch ein großes Hindernis. Wenn Akteure nicht miteinander reden oder keine gemeinsame Datengrundlage haben, können keine sektorenübergreifenden Lösungen entstehen.

„Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management und alternative Versorgungsmöglichkeiten."

Bleiben wir beim Thema „Ambulantisierung". Ihre Analysen zeigen ein theoretisches Potenzial von über 30 Prozent, doch sobald man Mediziner:innen fragt, schrumpft dieses Potenzial massiv zusammen. Werden hier nicht oft „soziale Umstände" vorgeschoben, um die stationären Pfründe zu sichern?

Das würde ich so pauschal nicht unterstellen. Unsere für ausgewählte Fallgruppen aufbereiteten Informationen haben geholfen, diese Diskussion sehr konkret zu führen. Ein Mediziner muss sich beispielsweise fragen: Was passiert mit meiner akut erkrankten Patient:in, wenn sie alleinstehend ist und zu Hause niemanden hat, der weiter nach ihr sieht, oder was soll ich machen, wenn ich zeitnah verschiedene Befunde brauche, damit ich die richtige Therapieentscheidung treffen kann, dann ist das Krankenhaus aus Sicht der Ärzt:in oft die einzig sichere Option.

Wie lautet der Lösungsvorschlag?

Wir haben es hier mit einem „System der kommunizierenden Röhren" oder auch Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Bereichen der Daseinsversorgung zu tun: Wenn wir ambulante statt stationärer Versorgung wollen, müssen wir auch die Voraussetzungen dafür schaffen: verlässliche Transportwege, Case Management, alternative Versorgungsmöglichkeiten, zum Beispiel für die niedrigschwellige Überwachung und Übergangspflege von Akutpatient:innen, gezielte ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen, Verbesserung der Steuerung und natürlich Telemedizin, was aber oft den weiteren Ausbau des 5G-Netzes voraussetzt. Ohne derlei strukturelle und technische Flankierungen bleibt jede noch so hohe Ambulantisierungsquote ein Luftschloss.

Hier kommt die Spieltheorie ins Spiel, die Professor Riedel auf dem „ProReVers"-Symposium bei Ihrem Konsortialpartner, der AOK Nordost (s. MVF 01/26), thematisiert hat. Er beschreibt die Situation zwischen Krankenkassen, KVen und Kliniken als ein „Spiel", in dem defensives Blockieren rationaler ist als Kooperation. Wie will „ProReVers" dieses tief in der menschlichen Natur verwurzelte Dilemma lösen oder gar auflösen?

Professor Riedel hat den Nagel auf den Kopf getroffen: Die Verständigung auf Regelungen zur Überwindung von Sektorengrenzen kann nicht gelingen, wenn die Akteure nicht bereit sind, zu kooperieren. Sobald kooperatives Verhalten aber mit dem Risiko verbunden ist, für die eigene Klientel ein schlechteres Ergebnis zu erzielen, als wenn nicht kooperiert wird, ist defensives Verhalten die rationale Strategie. Verhalten sich alle Akteure – oder wie in unserem Fall auch nur ein einzelner – in diesem Sinne rational, kommen entweder keine Lösungen oder nur solche zustande, die nur wenig am Status quo ändern. Aus der Perspektive der regionalen Planung schlagen wir deshalb vor, die „Spielregeln" an mehreren Stellen zu modifizieren: Ein wesentliches Instrument ist die „Regionale Planungskonferenz", kurz RPK. Dazu werden alle für die Daseinsversorgung in der Region wichtigen Akteure an einen Tisch geholt, um auf Basis einer einheitlichen Datengrundlage – dem „Regionaldossier" – für die Region passende Lösungen zu entwickeln. Aber – und das ist ein entscheidender Punkt: Für die weitere Umsetzung muss ein Transmissionsmechanismus klar definiert sein, der die Landesebene einschließt. Auf dieser Ebene muss es eine „Andockstelle" für die RPK-Vorschläge geben. Von ihr müssten dann die im Weiteren erforderlichen Schritte ausgehen. Wir schlagen dafür ein „Landesgremium der Gesundheitsakteure" vor. Das kann zum Beispiel ein Gremium nach § 90a SGB V sein. Wichtig ist, dass in diesem Gremium auch allgemeine Gestaltungsrichtlinien für die regionale Versorgung, kurz AGRs, vereinbart werden. Diese AGRs müssten eine Bindungswirkung für nachgeordnete Entscheidungen haben, damit gute regionale Vorschläge nicht am Veto Einzelner scheitern.

Das klingt nach noch mehr Gremien und noch mehr Komplexität. Professor Riedel schlug stattdessen vor, Versorgungsaufträge radikal an Konsortien zu vergeben, um Kooperation rational zu erzwingen. Warum findet sich dieser wettbewerbliche Ansatz nicht deutlicher in Ihren Empfehlungen? Haben Sie Angst vor der Selbstverwaltung?

Nein, das ist inhaltlich begründet. Der Vorschlag von Professor Riedel, Versorgungsaufgaben als Vergabeprojekte mit gemeinsamen Budgets zu organisieren, ist theoretisch fundiert und würde viele Blockaden lösen. Aber gerade mit Blick auf ländliche Regionen muss man die Realitäten anerkennen oder, passenderweise, die Kirche im Dorf lassen. Zum einen stoßen wettbewerbliche Ansätze hier an Grenzen, schlichtweg weil es zum verfügbaren Angebot keine mit vertretbarem Aufwand erreichbare Alternative gibt. Zum anderen können Versorgungspfade in diesen über die Jahre gewachsenen Strukturen nicht beliebig zerlegt und beispielsweise nach Kassenzugehörigkeit aufgespalten werden. Das stößt in der Versorgungspraxis organisatorisch rasch an Grenzen, findet wenig Akzeptanz bei den Versorgenden, verursacht zusätzliche Kosten und stiftet deshalb auch volkswirtschaftlich keinen Nutzen. Eine andere anzuerkennende Realität ist grundlegenderer Natur: Unser System der Selbstverwaltung ist historisch gewachsen und die Sektorentrennung hat tiefe Wurzeln geschlagen. Eine konsequente rechtliche Verankerung einer regionalbezogenen sektorenübergreifenden Pla-

nung würde unter anderem die im Grundgesetz, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im SGB V vorgenommenen Aufgabenzuweisungen berühren. Radikale Umbrüche dieser Art sind in Deutschland aktuell wohl kaum durchsetzbar. Wir haben uns darum in „ProReVers" darauf konzentriert, so weit als möglich innerhalb des bestehenden Rahmens gangbare Wege zu finden.

Michael Zaske vom Brandenburger Gesundheitsministerium fordert „regionale Öffnungsklauseln". Wenn das Geld nicht der Leistung folgen kann, bleibt „ProReVers" doch ein „zahnloser Tiger", oder?

Geld ist auch bei der Ambulantisierung wie so oft der „Elefant im Raum". Wenn mehr ambulant und weniger stationär versorgt werden soll, müssen dem auch die finanziellen Mittel folgen können, sonst wird das nichts. Das ist für die unter die sektorspezifischen Budgetierungen fallenden Leistungen – MGV-Leistungen hier und Leistungen unter hausindividuellen Budgets dort – alles andere als ein triviales Unterfangen. Regionale statt sektorale Budgets wären ein Ansatz. Dafür müssten rechtliche Freiräume aber erst noch geschaffen werden. Und für tiefergreifende Veränderungen des Status quo müsste ein Regionalbudget nicht nur sektorenübergreifend angelegt sein; es müsste – unter Einschluss der im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen – auch von allen Akteuren mitgetragen werden. Damit wären wir dann wieder beim bereits angesprochenen strategischen Dilemma. Für nicht unter Budgetierungen fallende Leistungen muss man differenzieren. Für die Hybrid-DRGs bin ich – vorsichtig formuliert – noch mehr als skeptisch, ob der eingeschlagene Weg am Ende zu den erwünschten ökonomischen und Verlagerungseffekten führen wird. Um auf den „zahnlosen Tiger" zurückzukommen: Dass im bestehenden System auch ohne Regionalbudgets Lösungen prinzipiell möglich sind, zeigt das Beispiel pädiatrische Versorgung in Templin. Das Beispiel zeigt aber auch, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen viele begünstigende Faktoren zusammenkommen müssen. Herrn Zaske ist deshalb zuzustimmen: Regionale Öffnungsklauseln würden vieles erleichtern. Hilfreich wäre auch ein Regelwerk, über das strategisches Verhalten ausbalanciert werden kann.



Steffen Bohm

ist seit Ende 2011 Gesellschafter und Geschäftsführer der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH mit Sitz in Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt im Bereich der Konzeption und des Managements von Projekten zur sektorenübergreifenden Anpassung regionaler Versorgungsstrukturen sowie in der Durchführung vorbereitender Daten- und Machbarkeitsanalysen. Neben dem Projekt ProReVers bilden jüngere Beispiele das Innovationsfondsprojekt StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin sowie die gemeinsam mit dem IGES Institut im Auftrag der Wirtschaftsförderung Brandenburg durchgeführten Versorgungsbedarfsanalysen für die Gesundheitsregionen im Land Brandenburg.

In der RPK fordern Sie auch die Einbeziehung des ÖPNV und der digitalen Infrastruktur. Laufen Gesundheitsplaner hier nicht Gefahr, zu Verkehrsplanern zu mutieren und am Ende die Zeche für das strukturelle Versagen der ländlichen Daseinsvorsorge aus dem eh schon arg strapazierten Budget der Gesundheitsversorgung mit zu zahlen?

Wir mutieren nicht, aber wir erkennen die Abhängigkeiten an. Gesundheit findet nicht im luftleeren Raum statt. Wieder ein ganz pragmatisches und in der Realität vorkommendes Beispiel: Wenn eine 70-jährige Patientin nicht mehr zum Facharzt kommt, weil der Linienbus gleichzeitig auch noch als Schulbus fungiert, dann ist das ein ganz realer Versorgungsengpass. Gesundheitsplanung und Daseinsvorsorge müssen im regionalen Planungsgeschehen miteinander verknüpft werden. Das ist Teil unseres Vorschlags.

Kommen wir auf eine der Eingangsfragen zurück: Die Bürger:innen

Wer ist zuständig?

Die Kommune muss hier eine tragende Rolle übernehmen. Aber auch das Land ist gefordert, unter anderem für die Übernahme der Regiefunktion für Beschaffung, Aufbereitung und Bestellung von Daten und Fakten. Wir brauchen insgesamt einen „Pakt für Daseinsversorgung", der nicht nur die klassischen SGB-V-Akteure einschließt. Nur wenn es gelingt, Verkehr, digitale Infrastruktur und soziale Sicherung zusammenzubringen, wird die Versorgung im ländlichen Raum „in the long run" zukunftsfest gestaltet werden können. Idealerweise faktenbasiert.

Ein praktisches Problem Ihrer RPKs scheint die Moderation zu sein. Sie selbst verfügen über 30 Jahre Erfahrung. Wer soll solche hochkomplexen Konferenzen leiten, wenn kein Experte wie Sie greifbar ist? Ist der Ansatz überhaupt skalierbar?

Das ist in der Tat ein kritischer Punkt und aktuell sicherlich auch ein limitierender Faktor. Diese Moderationsfunktion wird oft stark unterschätzt. Man braucht jemanden, der nicht nur moderieren kann, sondern auch die Feinheiten des GKV-Systems kennt und die Interessenlagen der Akteure antizipiert. Benötigt werden qualifizierte Intermediäre. Das Projekt hat hier eine Lücke aufgezeigt. Eine Lösung könnte eine entsprechende Schulung oder Qualifizierung von Fachkräften auf Landes- und Kreisebene sein.

Zitationshinweis

Bohm, S., Stegmaier, P.: „Mit regionalem Pragmatismus zur zukunftsfesten Versorgung", in „Monitor Versorgungsforschung" (03/26), S. 14–18. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2829

fordern in den im Projektverlauf durchgeführten Befragungen oft mehr Fachärzt:innen und kürzere Wege, während das Projekt eher auf Zentralisierung und Ambulantisierung setzt. Verkaufen Sie den Bürger:innen hier nicht eine „bessere" Versorgung, die sich für sie in Wahrheit nach „weniger" anfühlt?

Das Projekt antizipiert die Zentralisierung komplexer stationärer Leistungen durch die Krankenhausreform und Ambulantisierung als grundlegende versorgungspolitische Linie. Gegen katastrophisierende Stimmungsmache ist man leider nicht gefeit. Es gibt aber auch Beispiele dafür, dass mit einer vorausschauenden Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation Ängsten begegnet und Proteste verhindert werden können. Templin mit einer weithin geräuschlosen Schließung der stationären Pädiatrie ist ein solches Beispiel. Zu empfehlen ist, dass man von Anfang an Alternativangebote parat hat, die man auch mit gutem Gewissen als gleichwertig präsentieren kann. Man muss den Menschen glaubhaft vermitteln können, dass Veränderung nicht zwangsweise Verschlechterung bedeutet.

Die Förderung des Innovationsfondsprojekts endete im Januar 2026. Was passiert jetzt? Haben wir am Ende nur wieder einen schönen Abschlussbericht für den G-BA, oder gibt es eine verbindliche Zusage, die RPKs flächendeckend zu finanzieren?

Das Land Brandenburg hat bereits signalisiert, dass es die Ergebnisse sehr ernst nimmt. SPD und CDU sprechen sich im Koalitionsvertrag explizit für die Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen in den Kreisen und kreisfeien Städten aus. Unser Instrumentenkoffer steht bereit und kann überall in Deutschland genutzt werden. Die Nachhaltigkeit hängt jetzt vom Willen der Akteure ab.

Zum Schluss, weil sicher irgendwann wieder Weihnachten sein wird: Wenn Sie einen Wunsch an die Bundesgesundheitsministerin frei hätten, welcher wäre das?

Dass eine Strukturreform auf den Weg gebracht wird, mit der die unsägliche Sektorentrennung mit einer funktional an den regionalen Erfordernissen ausgerichteten Planung, Zulassungspraxis und Vergütung überwunden werden kann. Ich würde mir wünschen, dass dazu ALLE bestehenden Zuständigkeiten und Befugnisse auf den Prüfstand gestellt und soweit erforderlich konsequent neu justiert werden. Die aktuelle Krankenhausreform wäre gemessen daran allerdings ein Reförmchen. Realistischerweise kann ein solch großer Wurf nicht erwartet werden. Die systemimmanenten Beharrungskräfte sind zu groß. Aber viele kleine Schritte führen dann ja doch vielleicht zum Ziel. ProReVers mag einer davon sein. Das wäre ja schon etwas.

Herr Bohm, vielen Dank für dieses interessante Gespräch und die Einblicke in Ihre Arbeit. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

Innovationsfonds-Projektsite: https://t1p.de/in1ei
Artikel MVF 01/26 zu ProReVers: https://t1p.de/a17a1
10-Punkte-Papier: https://t1p.de/xyjr8
Instrumene ambulanter Bedarfsplanung (MGS): https://t1p.de/7zsem

Anstieg durch „politisch motivierte Abweichungen"

>> Mehr Menschen als je zuvor gelten in Deutschland als pflegebedürftig. Im Jahr 2024 bezogen 5,6 Millionen Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung Leistungen – das entspricht einer Pflegeprävalenz von 7,6 Prozent. Zum Vergleich: Als 2017 mit dem Pflegestärkungsgesetz II ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wurde, lag dieser Wert bei 4,6 Prozent. Hätte sich die Zahl der Pflegebedürftigen seither allein demografisch entwickelt, stünde sie noch heute auf diesem Ausgangsniveau. Doch war die Pflegereform von 2017 bewusst auf Ausweitung angelegt: Erstmals sollten auch Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen systematisch Zugang zu Pflegeleistungen erhalten. Dass die Zahl der Leistungsbeziehenden danach steigen würde, war erwartet worden. Dass sie aber so stark und so anhaltend wachsen würde, überraschte Fachleute und Kostenträger gleichermaßen. Eine Studie (1) des IGES Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands gibt Erklärungen.

Das IGES Institut hat in einem rund achtmonatigen Forschungsprozess Literatur ausgewertet, Begutachtungsdienste und Pflegeverbände befragt sowie umfangreiche Routinedaten analysiert, um den Treibern dieses Wachstums auf den Grund zu gehen. Ein zentrales Ergebnis: Der Anstieg geht vor allem auf die deutliche Zunahme von Erstanträgen auf ambulante Pflegeleistungen zurück – insbesondere in den niedrigsten Pflegegraden 1 und 2. Auffällig ist dabei, dass immer mehr jüngere Menschen in das System eintreten. Der Anteil der unter 65-Jährigen an den Neueintritten in Pflegebedürftigkeit ist inzwischen auf fast ein Viertel gewachsen. Da diese Personen im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigt sind als ältere Antragstellende, verweilen sie länger im Leistungsbezug – was die Prävalenz weiter treibt. Bei Kindern und Jugendlichen fiel der Anstieg sogar noch ausgeprägter aus.

Als wesentliche gesellschaftliche Treiber identifiziert die Studie eine gestiegene Informiertheit der Bevölkerung über Pflegeleistungen sowie eine zunehmend aktive Weitergabe von Hinweisen auf Antragsrechte durch Akteure im Gesundheitswesen. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit: Sie wird heute vielfach als normale Folge altersbedingter Gesundheitseinschränkungen wahrgenommen. Das Antragsverfahren selbst ist bewusst niedrigschwellig gehalten. Diese Zugänglichkeit wurde in den Expertenbefragungen zwar als Vorteil gewürdigt, gleichzeitig aber auch als möglicher Faktor für die steigende Antragszahl benannt.

Der gewichtigste Befund betrifft das Begutachtungsinstrument selbst. Vor der Reform 2017 hatte ein Expertenbeirat bestimmte Parameterwerte für die Bewertungssystematik empfohlen. Der Gesetzgeber wich davon zugunsten einer großzügigeren Kalibrierung ab – mit dem erklärten Ziel, mehr Menschen den Zugang zu präventiven Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen. Die Simulationsrechnungen des IGES Instituts zeigen, dass genau diese politisch motivierten Abweichungen erhebliche Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz und die Verteilung der Versicherten auf die einzelnen Pflegegrade hatten.

Die Studienautor:innen – Hans-Dieter Nolting, Paul Roll und Julia Katharina Wolff – empfehlen daher, die aktuelle Bewertungssystematik zu überprüfen und eine Rückkehr zu den ursprünglichen Empfehlungen des Expertenbeirats ernsthaft in Betracht zu ziehen. <<

Link: 1: https://t1p.de/j5gy0