

Soziale Sicherheit



sozialesicherheit.de

75. JAHRGANG
ISSN 0490-1630
D 6364

ZEITSCHRIFT FÜR ARBEIT UND SOZIALES

4 | 2026



Bundesteilhabegesetz

Teilhabe nach Kassenlage?

ALTERSSICHERUNG Wie die gesetzliche Rentenversicherung angegriffen wird

MIKROZENSUS Warum Daten zur Armutsquote verschwinden

DUALES SYSTEM Wie mehr Ausbildungsplätze besetzt werden können



Gegen die Versäulung – Wir müssen im Maschinenraum des Gesundheitswesens aufräumen

Die Jusos wünschen sich eine Bürgerversicherung und die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Es ist kein Zufall, dass diese Ideen seit 30 Jahre kursieren, aber niemals auch nur im Ansatz umgesetzt wurden. Geschätzte 400 Milliarden Euro Altersrückstellungen werden die privaten Krankenversicherer – »Hedgefonds mit angeschlossenem Versicherungsbetrieb« – nicht kampfflos freigegeben. Aber das ist gar nicht entscheidend. Würde »mehr Geld im System« überhaupt die Höhe der Beiträge oder die erbrachte Qualität verbessern? Das steht nicht zu erwarten. Unser Gesundheitssystem braucht ein gründliches Reset.

Welche Ansätze gäbe es? Mit Input-Reformen haben wir viele Erfahrungen gemacht. Man erinnere sich an die Kostendämpfungs-Gesetze der 70er und 80er Jahre. Diesem Ansatz entspricht z.B. die Herausnahme der zahnärztlichen Versorgung (Input minus) oder die Einbeziehung weiterer Einkommensarten (Input plus). Eine Alternative dazu besteht darin, auf den Output zu schauen: auf die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit. In dieser Hinsicht steht Deutschland trotz hoher Kosten gar nicht gut da. Aber hat der Output-Ansatz überhaupt eine Chance angesichts einer – und jetzt kommen wir zum dritten Punkt – dysfunktionalen Struktur, die eine Qualitätsverbesserung sektoralen Egoismen opfert?

Die Aufspaltung in Sektorbudgets wurde 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt und begann ihren Siegeszug in der stationären Versorgung mit Sonderentgelten und Fallpauschalen. Heute treten immer mehr Einzelinteressen zur Optimierung immer zahlreicher Budgets an. Hohe Patientenrisiken (zum Beispiel bei komplizierten Erkrankungen oder häufigen Komplikationen) werden in befreundete Nachbarsektoren verschoben. Zum ambulanten und stationären Budget kommen fortwährend (Sub-)Budgets hinzu, beispielsweise in der Pflege (auch hier: ambulant und stationär), für Arzneimittel und als neueste Variante die primärärztliche Versorgung mit einer gesonderten hausärztlichen Finanzierung.

In der Gesundheits- oder Versorgungsforschung bezeichnen wir diese Faktoren in Abgrenzung zum Input und Output als »Throughput« oder (umgangssprachlich) als »Maschinenraum« der Versorgung. Dort stellen Millionen engagierte Mitarbeiter »die Versorgung her«, konkret: behandeln Patienten. Sind im Gesundheitswesen zu viele Einzelinteressen im Spiel, gelingt dies schlecht – was die Mitarbeiter bemerken. Obwohl oft getragen von einem hohen beruflichen Ethos, strecken sie irgendwann die Waffen.

Eigentlich wissen wir, wie sich die Versorgung verbessern lässt. Seit vielen Jahren finanziert der Innovationsfonds Projekte, die sich mit sektorübergreifender (»integrierten«) Versorgung beschäftigen. Sie haben ermutigende Ergebnisse und Versorgungsmodelle erarbeitet. Gesundheitsversorgung ist immer regional, und sie kann regional verbessert werden. Bereits vor Jahren gelang im Kinzigtal ein erstes beeindruckendes Beispiel.

Dennoch wurde fast nichts von diesen Versuchen in die Regelversorgung übernommen. Der wissenschaftliche Beirat zum Risikostrukturausgleich hat klar zum Ausdruck gebracht, dass es hinsichtlich Morbidität, Mortalität, der Ausstattung mit und Nutzung von Versorgungsstrukturen enorme regionale Unterschiede gibt (Faktor 2–4).¹ Das lässt nur einen Schluss zu: Wir müssen die regionale Integration der Versorgung fördern.

Solche Projekte müssen wir unabhängig von den bisherigen Sektoren finanzieren, sonst werden diese eine Umstellung nicht zulassen. Nötig ist eine eigenständige dritte Finanzierungssäule, die qualifizierte Integrationsprojekte langfristig sichert.

Zu diesem Zweck müssen wir festlegen, was die Mindestanforderungen für solche »Netze« sind (beispielsweise ob Apotheken dazu gehören) und wer diese Anforderungen formuliert (eigentlich eine auf den G-BA zugeschnittene Aufgabe). Wir müssen die zu versorgende Population definieren. Einschreibmodelle unter der Ägide von Leistungserbringer-Verbänden? Versicherten-Kollektive? Wer koordiniert dies in der Fläche? Der US-amerikanische Gesundheitswissenschaftler Don Berwick hat schon vor zwanzig Jahren beschrieben, dass es ohne einen »Integrator« nicht geht.²

Auf die Kommunen und solche regionalen Versorgungs-Strukturen käme eine äußerst wichtige Aufgabe zu. Man sollte diese nicht den privaten Kapitalgesellschaften überlassen, die schon die Finger nach den sektorübergreifenden Einrichtungen unter SGB V § 115g ausstrecken. Auf dieser Grundlage ließe sich über Veränderungen bei der Finanzierung (Input) sprechen. Die Netze müssen außerdem zuverlässige Daten zum Output (oder, wie die Versorgungsforschung sagt, zum Outcome) liefern. Nur müssen wir dazu festen Schrittes in den Maschinenraum des Gesundheitswesens gehen und dort die Hebel umlegen.



Matthias Schrappe ist APL-Professor an der Medizinischen Fakultät Köln und war unter anderem Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005 bis 2011), Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (2002 bis 2011), Gründungspräsident des Aktionsbündnis Patientensicherheit (2005 bis 2009) und im Vorstand des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin.

- 1 Saskia Drösler et al. (2024): Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale als Risikomerkmale im Risikostrukturausgleich, Bonn, online: www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20240513_Gutachten_Regionale_Merkmale_RSA.pdf.
- 2 Donald Berwick / Thomas W Nolan / John Whittington (2008) The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*, 27, 2008, 759-69.