

Harald Möhlmann
Finanzier und Nutzer von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsversicherung

Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?

>> Die Entwicklung in der Gesundheitsversorgung wird seit vielen Jahren und verstärkt seit mehreren Monaten immer mehr als Problem begriffen, das dringend gelöst werden muss. Während die seit Jahren geführten Veränderungsdiskussionen sich auf ganz unterschiedliche Aspekte beziehen, ergibt sich der Handlungsdruck in den letzten Monaten aus der Entwicklung der Finanzen in der Krankenversicherung wie auch in der Pflegeversicherung. Der Grund dafür ist klar: die Ausgaben steigen schneller als die Einnahmen und eine Entspannung dieser Dynamik ist nicht erkennbar. Im Gegenteil: eine Beschleunigung ist zu befürchten.

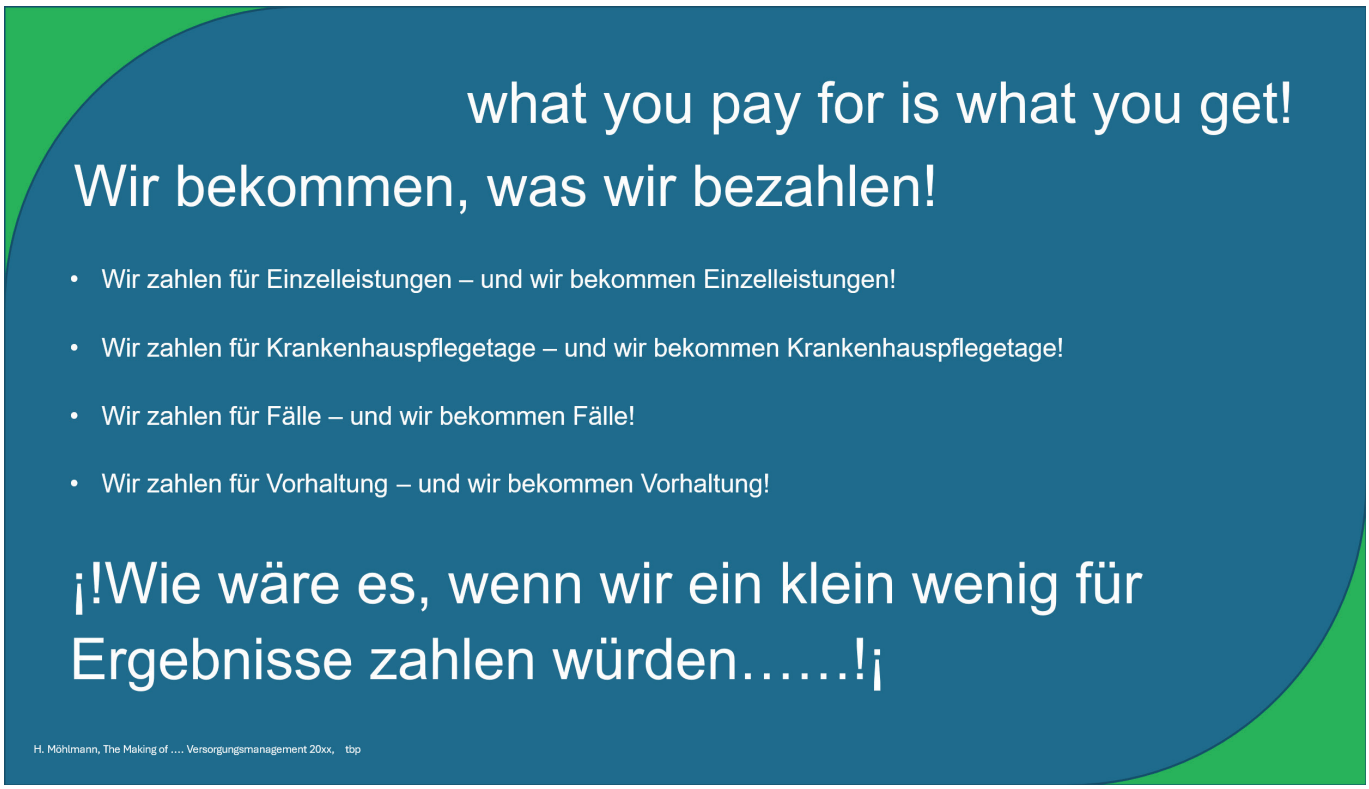
Die Auswirkungen dieser Entwicklung liegen auf der Hand:

- Die von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu zahlenden Beiträge werden immer höher.
- Die Last für die Haushaltseinkommen der Versicherten wird immer größer.
- Die Belastung der Unternehmen führt zu einem Anstieg der Kosten in den Unternehmen: die dort für den Verkauf in die Welt hergestellten Produkte werden teurer und verkaufen sich schlechter.
- Es entstehen nach und nach immer negativere Beschäftigungs- und Einkommenswirkungen in Deutschland, die die wirtschaftliche Entwicklung auch ohne die negativen Einflüsse von Ukraine- und Nahostkrise bremsen
- und daraus kann sich eine noch kritischere Entwicklung der Finanzen in der Krankenversicherung wie auch in der Pflegeversicherung ergeben – und dann auch mit weiteren Rückwirkungen auf die konkrete Versorgung vor Ort.

Parallel dazu bilden sich – anders und viel stärker als in der Vergangenheit – strukturelle Defizite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland immer deutlicher ab: die Lebenserwartung in Deutschland scheint unter den EU-Durchschnitt zu sinken, die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung scheint bei den Befragten abzunehmen und in vielen Gesprächen „vor Ort" werden die Folgen der „organisierten Verantwortungslosigkeit" in der Gesundheitsversorgung für jedermann begreifbar und immer deutlicher kritisiert. Eine Situation, die auch für unsere Demokratie neue Herausforderungen schafft.

Daher lautet die Frage „Was tun?"

In dieser Situation scheinen im politischen Raum auch aktuell wieder bereits in der Vergangenheit praktizierte und oftmals wenig erfolgreiche Lösungsansätze favorisiert zu werden: Leistungen aus der gesetzlichen Versicherung streichen, Zuzahlungen der Menschen mit Krankheiten und der Pflegebedürftigen erhöhen, Honorare und Ausga-



ben für Leistungserbringer und Produzenten per gesetzlicher Regelung begrenzen oder senken.

Genauer lautet die Frage also: *„Was besser tun?“*

Können wir nicht versuchen, diese wichtige Frage mit wirklich „strukturellen Reformen“ zu beantworten? Die Reform der Krankenhausreform ist eben vom Bundestag beschlossen und ist damit in einer – sagen wir einmal – Light-Version unterwegs und wird vermutlich noch einige Zeit brauchen, bis die ihr tatsächlich zuzurechnenden Wirkungen belegt werden können; gleichwohl bestehen große Unsicherheiten, ob damit eine sinnvolle Lösung für die strukturellen und finanziellen Probleme bereits gefunden worden ist.

Ein zweiter Antwortversuch, der bereits angedacht ist, wird mit dem Begriff „primärärztliche Versorgung“ umschrieben; von einigen wird darin auch schon der Ansatz zu einer „Primärversorgung“ gesehen.

„Was besser tun?“ bedeutet auf diesem Feld für die einen, die Patientenströme und damit die Inanspruchnahme des Versorgungssystems besser steuern zu können, während andere darin die Möglichkeit sehen, der vor Ort empfundenen „organisierten Verantwortungslosigkeit“ in der Gesundheitsversorgung durch eine bessere Abstimmung entgegenzuwirken.

Ein weiterer Antwortversuch ist die Ambulantisierung, die in einigen östlichen Bundesländern auch „Stambulantisierung“ genannt wird.

Diese Bemühungen, in einem komplexen System Antwortversuche auf den Weg zu bringen, mögen irgendwie richtig und notwendig sein. Aber:

„Sind die bisher angedachten Antworten auch hinreichend genug?“

Haben nicht die Antworten, die wir in den letzten Jahrzehnten zu geben versucht haben, uns genau dahin geführt, wo wir jetzt stehen? Und sind vielleicht auch die sich anbahnenden "strukturellen Reformen" in einer gewissen Weise fehlspezifiziert?

Und weiter: Liegt das Problem dieser Ansätze nicht womöglich darin, dass die realisierten Antworten (allzu) sehr „inputorientiert“ waren bzw. sind und darüber hinaus bis ins kleinste gesetzesbasierte, vor allem zentralstaatliche Regelungen dazu vorgeben, wer wann was tun soll bzw. darf?

Und haben wir in der Konsequenz nicht alle zu wenig getan, um der Forderung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (aus seinem Sondergutachten 1995!) nach „Mehr Ergebnisorientierung“ in Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung nachzukommen?

Wenn die Frage „was (besser) tun?“, um zu mehr Ergebnisorientierung zu kommen, genauer beantwortet werden soll: hilft dann nicht der Blick auf eines unserer erfolgreichsten Instrumente in der Gestaltung komplexer Systeme? Besteht dieses Instrument nicht aus finanziellen Anreizen?

Bewirken solche Incentives nicht, dass wir genau das bekommen, wofür wir bezahlen?

Das links stehende Schaubild zeigt nur einige der geläufigsten Beispiele für „man bekommt, was man bezahlt“. Dass mit diesen Beispielen auch enorme Probleme benannt sind (zu viele Krankenhausfälle, zu viele Einzelleistungen etc.), spricht keinesfalls gegen den Wirkungsmechanismus, sondern für die Wahl ungeeigneter, ja oft falscher Stellgrößen, für die gezahlt wird.

Wie wär´s also, wenn wir – zumindest ein klein wenig – für Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zahlen würden?

Und so einer besseren Ergebnisorientierung im deutschen Gesundheitssystem ein klein wenig mehr den Weg bahnen. <<

Zitationshinweis

Möhlmann, H.: „Gesundheitsversorgung in Deutschland – was tun?“, „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 36–37. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2826

CiteScore für MVF

>> Seit Ende 2025 ist die Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ in der Scopus-Datenbank von Elsevier indexiert. Die Indexierung erfolgt rückwirkend für alle Jahrgänge, zunächst ab 2021. Zu Anfang sind damit schon rund 200 Artikel in einer der weltweit größten Datenbanken abrufbar.

Die nun erfolgte Aufnahme bindet „Monitor Versorgungsforschung“ an über 5.000 Forschungseinrichtungen an. Der entscheidende Vorteil liegt in der quantitativen Messbarkeit: Die systematische Erfassung von Zitationen ermöglicht die Berechnung des CiteScores. Damit hat MVF eine international anerkannte Kennzahl für Reichweite und Einfluss der Beiträge der Autor:innen. Dem Rechnung tragend, hat sich MVF unter Mitwirkung des Beirats entschlossen, MVF einen deutschen Unterttitel zu geben: „Health Services Research Monitor – A Journal of Real-World Evidence, Quality of Care, and Innovation”. Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und Chefredakteur Peter Stegmaier formulieren als Ziel: „Lassen Sie uns nun gemeinsam daran arbeiten, den CiteScore zu erhöhen.“ Denn: Sichtbarkeit und Impact deutschsprachiger Versorgungsforschung korrelieren direkt mit der aktiven Rezeption in der Fach-Community. Und weiter: „Die konsequente Zitation einschlägiger Artikel aus „Monitor Versorgungsforschung“ ist der Hebel, um den Impact der Autorinnen und Autoren messbar zu steigern.”

Einen institutionellen Zugang vorausgesetzt, führt der folgende Link zu den indexierten MVF-Jahrgängen und -Zitationswerten.<<

Link: TBA https://t1p.de/8iiz9

Zitationen im Jahresverlauf 2022 bis 2025

