Stellungnahmen des MVF-Herausgeberbeirats zur Sozialstaats-Matrix von Prof. Dr. Udo Janßen

Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie

Prof. Dr. Udo Janßen, Geschäftsführer der KyberMedis GmbH in Berlin, früher CEO und CFO des Wiener Krankenanstaltenverbundes, hat im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung" (03/26) eine Diagnose vorgelegt, die es in sich hat: Das Problem des deutschen Gesundheitssystems liege nicht in mangelnden Mitteln, sondern in einer grundlegenden Architekturkrise. Sein erster Arbeitsansatz: Weil die vier Grundprinzipien – Solidarversicherung, Fürsorge, Daseinsvorsorge und Wettbewerb – im Lauf der Zeit vermischt wurden, liefen bislang alle Reformen ins Leere. Rund zwei Dutzend Fachleute aus dem MVF-Herausgeberbeirat haben seine Theorie kommentiert. Das Ergebnis ist sowohl bemerkenswert einhellig als auch bemerkenswert zwiespältig: Die Matrix, von Janßen selbst als Arbeitsansatz bezeichnet, überzeugt als Diagnose, doch als Therapie (noch) wenige.

>> Janßens zentraler Punkt lautet: „Die Matrix erklärt nicht, dass wir Probleme haben – sie erklärt, warum unsere Reformen sie nicht lösen können." Ihm ist bewusst, dass es für seinen recht provokanten Arbeitsansatz keine Evidenz im strengen Sinne gibt, jedoch „weder für die heutige Systemlogik noch für die, die ich vorschlage". Konkret wird er beim Bürgergeld, weil der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 11. September 2025 beschlossen hatte, wegen der systematischen Unterfinanzierung Klage beim Bundesverfassungsgericht zu erheben. Das ist für Janßen „das populärste Beispiel dafür, wie versucht wird, eine Fürsorgeaufgabe in eine Versicherungslogik zu überführen". Dem Einwand, die Versorgungsrealität sei hybrid, begegnet er mit einer Differenzierung, die viel Aufmerksamkeit erhält: Hybridleistungen hätten „kein Zuordnungsproblem, sondern ein Schnittstellenproblem". Hier fordere seine Sozialstaats-Architektur „keine reine Logik pro Leistung, sondern eine Logik pro Komponente". Politisch schlägt er ein „Sozialstaats-Architekturgesetz" vor, abgeschlossen vielleicht in einer Generation, also in rund 30 Jahren.

Die Diagnose überzeugt im Kern

Der erste Befund ist die Zustimmung zum analytischen Kern. So bezeichnet etwa Uwe Schwenk, Director im Programm „Gesundheit" der Bertelsmann Stiftung, Janßens Matrix „als Analyseinstrument sehr hilfreich". Prof. Dr. Stephan Burger, Vorstand der MedicalContact AG, rechnet Janßen an, dass „die Diskussion im Gesundheitswesen wieder auf die Frage nach zentralen Ordnungsprinzipien zurückgeführt wird". Dr. Stefan Sauer, Value & Access and Public Affairs Lead DACH bei der ITF Pharma GmbH, attestiert ihr eine „bemerkenswerte analytische Stärke". Prof. Dr. Stefan Schröder vom APS verweist auf das Krankenhaussystem, das zugleich wohnortnahe Versorgung sichern, sich über die GKV finanzieren, im Wettbewerb bestehen und soziale Aufgaben übernehmen soll, wobei Zielkonflikte „zwangsläufig" aufträten. Dr. Michael Brinkmeier, Vorstand der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, nennt Janßens Matrix „ein hilfreiches Modell". Sarah Schmitter, Director Health Technology Assessment & Outcomes Research bei Pfizer, gefällt, „dass das Modell mit einer genauen Aufgabenklärung beginnt". Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg sieht den Wert darin, dass Janßen „eine vorgelagerte Frage stellt".

Auffällig ist, wie oft bei der Vielzahl an Statements Ähnlichkeiten auftauchen. Die GKV-Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden benennen Sauer, Haustein, Luley, Mühlbacher, Lux, Schwenk und Penske unabhängig voneinander. Für Dr. Marco Penske, Head Market Access & Healthcare Affairs von Boehringer Ingelheim, ist die Finanzierung aus dem öffentlichen statt aus dem GKV-Haushalt „ordnungspolitisch klar und so gesehen einfach". Dr. Robert Haustein, Head of Value & Reimbursement, Market Access von Abbott, zerlegt den Fall indes: Adressat seien bedürftige Personen, Legitimation die sozialstaatliche Fürsorge, Finanzierung aber Beitragsmittel, so entstehe „ein Schattenhaushalt".

Die deutlichste Zustimmung

Am weitesten geht Anne-Kathrin Klemm, Vorständin des BKK Dachverbands. Sie zeichnet zunächst ein Zielbild, in dem jeder Akteur finanziert und tut, „wofür er – überwiegend sogar qua Gesetz – verantwortlich ist" und an den Schnittstellen so zusammenarbeitet, „dass keine Brüche entstehen". Der Staat setze dazu auf Bundes- und Länderebene Ziele, ein Hin- und Herschieben der Zuständigkeit sei nicht nötig, „denn die Regelungen sind klar und werden gelebt". Dieses Zielbild sei „oft und seit vielen Jahren besungen", doch keine Realität. So passe Janßens Befund, dass genau das Gegenteil geschehe: „Seine Matrix strukturiert den Sachverhalt und macht ihn transparent." Solange Zuständigkeiten „so ungeniert miteinander vermischt und verantwortungslos verschoben werden", könne an den Einzelsystemen nur „gefrickelt und gewerkelt" werden.

Klemm hat drei konkrete Forderungen:

- eine ausreichende Finanzierung von Daseinsvorsorge und Fürsorge, statt sie „auf die Beitragssatzzahlenden der GKV und andere abzuwälzen",
- die Beschränkung des Staates auf den ordnungspolitischen Rahmen, den die gemeinsame Selbstverwaltung ausgestaltet und
- ein Ende immer kleinteiligerer Vorgaben in den Sozialgesetzbüchern, deren Regelungen sich „immer mehr widersprechen und keinem stringenten Versorgungsziel folgen".

Den vertrauten Mechanismus beschreibt sie schärfer als die anderen Stellungnahmen: immer weniger Geld aus dem eigenen Budget, „dafür aber mehr Geld der Beitragszahlenden ins Reparatur-System zu stecken", um kurzfristig zu befrieden und Strukturreformen zu vermeiden. Dass der mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedete Einstieg in die höhere Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden ursprünglich durch eine deutlich stärkere Reduktion des Bundeszuschusses gegen-

finanziert werden sollte, zeige, „wie sehr in politischen Köpfen der vermeintlich nie enden wollende Topf der Beitragsgelder der GKV als schröpfbare Staatskasse verankert ist". Ihr Legitimationsargument ist ein Leistungsargument: Obwohl in der GKV 40 Millionen Euro pro Stunde ausgegeben würden, liege Deutschland beim Outcome und bei den gesunden Lebensjahren im europäischen Mittelfeld. Ihr Schluss ist der einzige uneingeschränkt zustimmende der Runde: Sollte die Sozialstaats-Matrix in einigen Jahren „eine gelebte Systemlogik für unser Gesundheitssystem sein, hätten wir schon viel erreicht".

Wo die Zustimmung endet

So breit die Anerkennung der Diagnose, so entschieden ist der Widerspruch gegen den Anspruch, über eine neue Sozialstaats-Matrix die Reformkrise lösen zu können. Dabei gibt es vier Einwandsmuster.

1 Trennung erzeugt neue Schnittstellen

Schmitter formuliert das am schärfsten: Janßen sehe im Zielzustand vier klar getrennte Kreise, „es gäbe also wieder Schnittstellen". Ihr Fazit: Das Modell löse „das zentrale Reformhindernis, die Schnittstellen zwischen Zuständigkeiten", nicht auf, sondern schaffe möglicherweise nur neue. Haustein kommt zum selben Schluss: „Das Modell reduziert nicht automatisch Komplexität. Es verschiebt Komplexität von der Finanzierungsvermischung hin zur Schnittstellensteuerung." Sauer warnt, mehr Trennung könne „unter Umständen sogar neue Koordinationskosten erzeugen". Und Schwenk fragt, ob bei einer Neuordnung des Sozialgesetzbuchs nicht „viel mehr Schnittstellen entstünden".

2 Integration statt Trennung

Daniela Teichert, Vorsitzende des Vorstandes der AOK Nordost, führt die gesetzliche Unfallversicherung als Gegenbeispiel an: Erfolgreiche Sozialversicherung lebe dort nicht von Trennung, sondern von „ihrer konsequenten Integration". Sauer stellt daher die Leitfrage um: nicht „Wie trennen wir die Logiken?", sondern „Welche Aufgaben verlangen Trennung und welche verlangen Integration?" Er ergänzt eine fünfte Dimension, die „Integrationslogik". Auch Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats, warnt, bei chronischen Erkrankungen, Demenz oder in der Palliativversorgung seien Behandlung, Pflege, Prävention und Begleitung nicht sauber ablösbar. Eine kleinteilige Zerlegung könne „neue Finanzierungsgrenzen, Verträge und Zuständigkeitsstreitigkeiten erzeugen".

3 Die Patientenperspektive fehlt

Sauer bringt es auf die Formel, dass Patient:innen das Gesundheitssystem nicht als Versicherung, Fürsorge oder Daseinsvorsorge erlebten, sondern als „Behandlungsprozesse." Brinkmeier widerspricht Janßens Aussage, Gewinner seien die chronisch Kranken: Es sei „ein weiter Weg … von einer finanzökonomischen Analysematrix bis hin zu einer erlebten Versorgungsverbesserung". Er sieht Janßen „noch zu sehr in statischen Anbieterlogiken" denken, „nicht in patientenorientierten Pfadlogiken". Dr. Katja Gehrke vom Institut für deskriptive Gesundheitsdatenanalyse – DGDA, fragt, „welcher konkrete und verbesserte Versorgungseffekt aus der neuen Architektur folgen würde" und benennt als eigentliche Probleme Schnittstellen, regionale Versorgungslücken, Personalmangel und zu lange Patientenwege. Vogler fordert, eine „personenzentrierte Versorgungslogik". Ausgangspunkt dürfe nicht die Zuständigkeit eines Kostenträgers sein, sondern der konkrete Bedarf eines Menschen, denn „für die Betroffenen muss die Versorgung wie aus einer Hand funktionieren".

4 Pfadabhängigkeit vs. Machtinteressen

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker vom Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga fällt das härteste Urteil: Die Matrix liefere „zwar einen ordnungspolitischen Denkanstoß, aber letztlich keinen neuen Erkenntnisgewinn", weil die vier Prinzipien „altbekannt" seien. Der Ansatz sei wohl „akademisch charmant", gehe aber „an der Realität der leeren Kassen, gewachsener Strukturen und dem politischen Primat vorbei". Es werde „auch in Zukunft keine ‚sortenreinen' Ordnungsmodelle, sondern nur Mischlösungen" geben. Dr. Anke Schlieker, Projektleitung Gesundheitsversorgung beim Verband der Privaten Krankenversicherung, sieht die „Sollbruchstelle" darin, dass das Plädoyer „die Beharrungskräfte und gegenläufige Interessen der etablierten Player" unterschätze.

Der historische Einspruch

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zi, dreht Janßens Kausalität um. Er stimmt zu, dass die GKV Elemente unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien vermische, teilt aber nicht die Ansicht, dass dies die Ursache der Reformprobleme sei. Vermischt worden sei bereits bei Gründung der GKV vor über 140 Jahren, „weil gerade das Festhalten an klaren Gestaltungsprinzipien des Versicherungsprinzips zu Problemen geführt hat, die innerhalb dieser Logik nicht lösbar und die Folgen politisch inakzeptabel waren". Die einkommensbezogene Beitragszahlung sei heute „eindeutig und intentional dem Solidarprinzip und damit der Daseinsvorsorge zuzurechnen". Sein Urteil über die vorgeschlagene Entzerrung fällt nüchtern aus: Sie dürfte „kaum mehr als eine intellektuell anregende Übung bleiben", „für die Gesetzgebungspraxis aber weitgehend unbedeutend". Eine Neugestaltung des Sozialstaats auf dem Reißbrett werde es nicht geben; Gesundheitssysteme entstünden „laufend aus dem Status quo".

Ganz grundsätzlich setzt Dr. Christopher Hermann an, Berater im Gesundheitswesen und von 2011 bis 2019 Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er nennt Janßens Intervention zwar „überfällig und verdienstvoll", zerlegt sie dann aber. Schon die Prämisse, die vier Prinzipien seien erst im Lauf der Zeit vermischt worden, halte „einer näheren Prüfung kaum stand": Die Fürsorge reiche weit in die vorindustrielle Zeit zurück, die Sozialversicherung sei ein Produkt der Industrialisierung, in die Rentenversicherung seien von Anfang an Steuermittel geflossen.

Hermann hält Janßen zudem vor, den Vermischungen selbst nicht zu entgehen: Leistungen nach dem Versorgungsprinzip wie etwa Kindergeld, Ausbildungsförderung, Entschädigungsleistungen ordne er „fälschlicherweise ebenfalls dem Fürsorgeprinzip" zu, obwohl sie keiner Bedürftigkeitsprüfung unterlägen. Und beim Bürgergeld sei verfassungsrechtlich keineswegs eindeutig, was versicherungsfremd ist. Das Bundesverfassungsgericht habe in seiner RSA-Entscheidung klargestellt, dass die Belastung mit den Folgen des sozialen Ausgleichs keine versicherungsfremde Leistung darstelle. Hermanns Schlussfrage: Selbst wenn die Architekturklärung gelänge, warum sollte das die Probleme der alternden Gesellschaft, des Fachkräftemangels und der Finanzierung des medizinischen Fortschritts lösen?

Diesen Punkt teilen mehrere Kommentatoren. Schlenker nennt unendlichen Finanzierungsbedarf, eindeutige Demografie, immer teureren medizinischen Fortschritt. Teichert

hält fest, eine klarere Finanzierungslogik könne Reformen erleichtern, „ersetzt aber keine Antworten auf die eigentlichen Versorgungsprobleme“. Gehrke fragt, ob die Verlagerung in das Steuersystem angesichts der Haushaltslage überhaupt eine Lösung sei. Denn: „Die Knappheit von Ressourcen verschwindet dadurch nicht, sie wird nur anders verteilt.“

Ein zweiter Strang der Kritik betrifft die innere Konsistenz der Felder. Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG SELBSTHILFE, ist die Logik „Markt“ eigentlich „auf einer anderen Ebene anzusiedeln“: Der Markt sei kein Selbstzweck, „Wettbewerb ist ein Steuerungsinstrument“. Zudem moniert er, dass die Marktlogik bei Psychiatrie und Geburtshilfe „nicht mit durchdekliniert“ wurde. Vogler ergänzt: Versicherung und Fürsorge seien Finanzierungs- und Anspruchsprinzipien, Daseinsvorsorge eine staatliche Gewährleistungsverantwortung, Markt ein Koordinationsmechanismus. Das seien indes Dimensionen, die nicht immer eindeutig zu trennen seien. Schlieker widerspricht der Verortung direkt: „Anders als von Janßen angedeutet, ist die PKV jedoch nicht im System ‚Markt' angesiedelt, sondern ebenso wie die GKV dem System ‚Versicherung'“.

Der blinde Fleck Pflege

Eine Kritik, die keine andere Stellungnahme enthält, formuliert Vogler: „Der größte blinde Fleck ist aus meiner Sicht die Rolle der professionellen Pflege.“ Zwar heiße es im Interview, Ärzteschaft und Pflege könnten durch klarere Zuständigkeiten gewinnen. Doch bleibe offen, welche Entscheidungsrechte, Kompetenzen und Abrechnungsmöglichkeiten die Pflege erhalten solle. Eine neue Finanzierungsarchitektur verändere „noch nicht automatisch die bestehende professionspolitische Machtverteilung“. Ihr Kernsatz: „Architekturklärung ohne Kompetenz- und Machtklärung bleibt unvollständig.“

Problematisch findet Vogler zudem die Einordnung pflegerischer, hebammengeleiteter oder sozialpsychiatrischer Leistungen als Fürsorge: Der Begriff könne den Eindruck karitativer Hilfen erwecken, professionelle Pflege sei jedoch „eigenständige, wissensbasierte Gesundheitsversorgung und zugleich ein unverzichtbarer Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge“. Janßens Geburtshilfe-Beispiel – die Geburt als Versicherungsleistung, die Familienhebamme als Fürsorge – reproduziert laut Vogler „eine medizinzentrierte Hierarchie“. Weitere Leerstellen: Personalbemessung, die überwiegend von Frauen erbrachte unbezahlte Sorgearbeit, die Gefahr einer „Versorgung nach Postleitzahl“ und der Umstand, dass steuerfinanzierte Leistungen „unter dem Vorbehalt jährlicher Haushaltsentscheidungen“ stehen. Sie widerspricht außerdem Janßens Kernversprechen direkt: Die Behauptung, es gebe keine Verlierer, halte sie „für nicht realistisch“. Eine Architekturreform sei „nicht neutral, sondern immer auch eine Macht- und Verteilungsreform“.

Vera Lux, Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), teilt die Diagnose: Man habe Probleme „mit immer mehr Ressourcen“ in den Griff zu bekommen versucht, das System sei „immer komplexer und teurer, aber nicht effektiver und effizienter“ geworden. Zugleich markiert sie die Grenze: Medizinischer Fortschritt und alternde Gesellschaft ließen die Kosten explodieren. Diese Problematik lasse sich auch mit der Sozialstaats-Matrix nicht lösen, sondern sie mache nur die Systembrüche deutlich. Ihr Fazit: „Um zukünftig Rationierung zu vermeiden, muss man heute über Priorisierung nachdenken.“ Eine bereinigte Systemlogik wäre für sie der Ausgangspunkt für Strukturreformen – verbunden mit einer Umverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen: nicht Delegation, sondern Substitution.

Vorschläge zur Erweiterung

Bemerkenswert ist, wie viele Kommentierende das Modell, das Janßen selbst als Arbeitsthese bezeichnet, nicht verwerfen, aber erweitern wollen. So verbindet Christian Luley, Director Payer & Healthcare Services bei Insight Health, Subsidiarität mit der Ökonomik externer Effekte: „Eine Entscheidung über Mittelallokation kann jeweils nur dort effizient getroffen werden, wo Nutzen und Finanzierungsentscheidung zusammenfallen.“ An einem Maximalversorger zeigt er einen „doppelten Subsidiaritätsbruch“: Der Landkreis profitiere von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung, während die Kosten bei GKV und Land lägen. Seine Konsequenz: Funktions- und Ebenenordnung verbinden.

Mühlbacher setzt an einer zweiten Ebene an: Neben der Architekturfrage, wer zuständig ist, stellt er die Entscheidungsfrage, wie entschieden wird und auf welcher Evidenzbasis. Systeme liefen nicht nur aus dem Ruder, weil Logiken vermischt würden, sondern auch, „weil innerhalb der jeweiligen Logiken Entscheidungen ohne belastbare Evidenz zu Nutzen, Risiken, Kosten und Präferenzen getroffen werden“. Er schlägt vor, die Vier-Logiken-Matrix um eine Entscheidungs- und Evidenzmatrix zu ergänzen, die für jede Logik eigene Evidenzstandards definiert. Im Markt scheitere die Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken häufig an Informationsasymmetrien und Anbieterinduktion. In der Versicherung genüge die klinische Evidenz, auf die sich etwa der G-BA stütze, allein nicht, weil sie nicht abbilde, wie Betroffene Nutzen, Risiken, Zugang und Wartezeit gewichten. In der Fürsorge blieben Entscheidungen anfällig für politische Verzerrungen durch Wahlzyklen und medialen Druck. In der Daseinsvorsorge fehle vielfach die systematische Einbindung von Bürgerpräferenzen. Seine Konsequenz: eine präferenzbasierte Entscheidungs- und Evidenzarchitektur, die Präferenzen von Patient:innen, Versicherten, Bürger:innen, Steuerzahler:innen, Leistungserbringenden und vulnerablen Gruppen systematisch erfasst und Effizienz nicht allein fiskalisch, sondern auch über Akzeptanz definiert. Nicht akzeptierte Entscheidungen erzeugten, so Mühlbacher, Umgehungsverhalten, Widerstand und Mehrausgaben. Sein Fazit: „Architekturklärung ist notwendig, aber nicht hinreichend.“

Haustein will eine fünfte Querschnittslogik ergänzen: Public Health. Zusätzlich solle die Matrix mit Patient Journeys kombiniert werden. Er benennt auch ein politisches Risiko: Wanderten Fürsorgekosten in den Bundeshaushalt, entstehe mehr Transparenz, „aber auch mehr Kürzungsdruck“. Schwenk fordert eine Ergänzung um die Leistungsseite: Anreize, „die Volume statt Value belohnen und zu Überversorgung führen“, kämen kaum zur Sprache. Darum helfe ein Sozialstaats-Architektur-Gesetz „nur bedingt weiter“. Burger hält den Architektur-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung für den „pragmatischen Vorschlag“, widerspricht aber Janßens Referenzen: Stabilitäts- und Wachstumsgesetz und Schuldenbremse seien „leider schlecht gewählt, weil die Selbstbindung nicht funktioniert“.

Aus der Industrie kommen pragmatische Vorbehalte. Dr. Jan Daniels-Trautner, Roche Pharma AG, lässt offen, ob eine Neusortierung am Reißbrett das System rettet, und warnt, die Wirtschaft als Motor des Sozialstaats zu vergessen. Ein perfekt strukturiertes System

Zitationshinweis

Stegmaier, P., Roski, R.: „Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2864

ohne Wirtschaftskraft ende in einem „verwalteten Stillstand“. Auch Dr. Marco Penske, Boehringer Ingelheim, bemängelt die fehlende Konkretisierung. Das Modell sei systemtheoretisch nachvollziehbar, bleibe aber mit Ausnahme der klaren Bürgergeldfinanzierung für Versorgung und Finanzierung „leider recht unkonkret“. Die Gelassenheit eines Generationenprojekts könne man sich in der Praxis nicht leisten.

Ein methodischer Vorbehalt zieht sich durch fast alle Texte – gestützt auf Janßens Eingeständnis, sein Modell sei „ein analytisches Diagnosemodell“ und eben kein empirisches Kausalmodell. Sauer leitet daraus die zentrale Grenze ab: Die Matrix könne erklären, warum Konflikte entstehen, „sie kann aber nicht beweisen, dass Logikvermischungen die Ursache der Reformprobleme sind“. Teichert nennt das Eingeständnis „wissenschaftlich redlich“. Mühlbacher nennt die Matrix „plausibel (aber nicht bewiesen)“. Vogler hält sie für „eine gute Heuristik, aber noch keine hinreichende Theorie“. Fachkräftemangel, fehlende Investitionen, unzureichende Personalbemessung und sektorale Machtstrukturen seien „nicht lediglich Symptome einer falschen Architektur, sondern eigenständige Ursachen“. Roland Nagel von den Gesundheitsforen Leipzig sagt: Eine kritische Bewertung lasse sich damit „sehr gut umsetzen“. Deren Ergebnis fügt sich ein: Das Modell sei „bislang nur begrenzt operationalisiert und empirisch überprüfbar“, mithin „kein bewiesenes Erklärungsmodell, aber eine wissenschaftliche Arbeitshypothese“. Gehrke verlangt: an konkreten Fällen zu zeigen, was sich für Patient:innen, Praxen, Pflege, Krankenhäuser und Kostenträger tatsächlich verbessert, dies aber bitte „verbunden mit einem diesbezüglichen Messinstrument“.

Was daraus für die Politik folgt

Aus der Zusammenschau ergibt sich ein Aufgabenkatalog, der Janßens Modell weder übernimmt noch verwirft. Der Architektur-Matrix-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung findet über Lager hinweg Zustimmung. Vogler erweitert ihn zum „Versorgungsarchitektur-Check“, der auch klären sollte, welche Profession die fachliche Entscheidungsverantwortung trägt und welche Qualitätsziele gelten. Bei der Finanzierung der Bürgergeldbeziehenden ist die Diagnose nahezu unbestritten: Klemm verweist auf die Kampagne der Betriebskrankenkassen „Was fehlt, zahlst du!“ von 2024, die in der Klage der Kassen kulminiere. Und Schwenk weist darauf hin, dass nicht die Klärung der Logiken eingefordert werde, sondern „deren tatsächliche Umsetzung“. Sauers Formel lautet: Finanzierung klar zuzuordnen, Verantwortlichkeiten transparent zu machen und Versorgung sektorenübergreifend zu integrieren.

Bleibt Hermanns die bislang immer noch offene Frage: Löst eine geklärte Architektur die Kardinalprobleme wirklich? Janßens Antwort zielt eher auf Sichtbarkeit als auf Ersparnis: Es sei „ein Unterschied, ob der Bundesfinanzminister erklären muss, warum Fürsorge mehrere Milliarden Euro kostet, oder ob dieser Betrag weiter in Beitragstöpfen der GKV verborgen bleibt“. Janßens Versprechen, die Architekturlogik sorge „gerade nicht dafür, dass irgendein Stakeholder etwas verliert“, teilen viele Kommentatoren nicht. Laut Schlenker werde es „letztlich schlicht darauf ankommen, welches der vier Ordnungsprinzipien mehr Dominanz im demokratischen Diskurs erhält“. Dafür seien elementar politische Entscheidungen nötig, „die das Architekturmodell intellektuell unterstützen kann“. Das ist einerseits viel weniger, als Janßen für sein Modell beansprucht. Andererseits: Es ist weit mehr, als die Gesundheitspolitik derzeit an ordnungspolitischer Selbstverständigung aufbietet. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier und
MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

1: https://t1p.de/iv5gi

Die Sozialstaats-Matrix: Übersicht der Argumente

Cluster PRO: Gute Analyse	**Cluster Architektur:** Logik-Vermischung	**Cluster CONTRA:** Kritik an Umsetzung	**Cluster Erweiterung:** Vorschläge & Konsequenzen
Hilfreiches Analyseinstrument Analytische Stärke zur Aufgabenklärung und zur Herstellung von Transparenz im System **Rückführung auf Ordnungspolitik** Die Diskussion wird weg von Einzelfragen hin zu den zentralen ordnungspolitischen Grundprinzipien gelenkt. **Aufdeckung von Logikbrüchen (Beispiel Bürgergeld)** Die Finanzierung von Fürsorgeaufgaben durch Versicherungsbeiträge wird als systemwidriger „Schattenhaushalt“ entlarvt. **Weitestgehende Zustimmung (Klemm)** Sieht in der gelebten Systemlogik der Matrix eine Versorgungsverbesserung und leitet drei Forderungen ab: ausreichende Finanzierung von Daseinsvorsorge und Fürsorge, Beschränkung des Staates auf den Ordnungsrahmen, ein Ende immer kleinteiligerer Detailvorgaben.	**Reformstau durch Logik-Vermischung** Das Problem ist die unklare Vermischung von Solidarversicherung, Fürsorge, Daseinsvorsorge und Wettbewerb, nicht Geldmangel.	**Logiktrennung erzeugt neue Schnittstellen** Die Trennung der Logiken löst keine Probleme, sondern verschiebt Komplexität und erzeugt potenziell hohe Koordinationskosten. **Fehlende Patientenorientierung** Statische Anbieterlogiken vs. Behandlungsprozesse („Patient Journeys“) **Integration vs. saubere Trennung** Leitfrage ist nicht, wie man die Logiken trennt, sondern welche Aufgaben Trennung und welche Integration verlangen (Integrationslogik). **Blinder Fleck Pflege** Professionelle Pflege kommt in der Matrix nicht vor. Es bleibt bei der bestehenden professionspolitischen Machtverteilung. **Macht & Pfadabhängigkeit** Die Matrix blendet historisch gewachsene Machtstrukturen, Demografie und Fachkräftemangel aus. Die vier Prinzipien waren bereits bei Gründung der GKV vor über 140 Jahren vermischt. **Methodischer Vorbehalt** Die Matrix ist ein plausibles Gedankenmodell (Heuristik), kein wissenschaftliches Kausalmodell.	**Konsequenzen für die Politik** Weitgehende Zustimmung zu einem Architektur-Matrix-Check in der Gesetzesfolgenabschätzung sowie zur Forderung, Verantwortlichkeiten für Finanzierung und Versorgung sektorenübergreifend zuzuordnen
Offene Schlussfrage (Hermann): Löst eine geklärte Architektur das Kardinalproblem, wie alternde Gesellschaft, Fachkräftemangel und Finanzierung des medizinischen Fortschritts gelöst werden sollen?			

Tab. 1: Die Sozialstaats-Matrix: Übersicht der Argumente auf Basis des Artikels „Die Diagnose überzeugt, noch nicht die Therapie“ von Stegmaier & Roski.