

„Das Gesundheitssystem
eine moderne Rechtsgrun

„Jetzt ist es an der Zeit, für die Modernisierung des Gesundheitswesens auch eine moderne rechtliche Grundlage zu schaffen“, erklärt Andreas Storm, der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“. Er spricht, gefragt nach seiner Einschätzung zu Janßens Sozialstaats-Matrix, über systemische Dysfunktionalität, vier Handlungsfelder und ein neues Sozialgesetzbuch ab 2029. Sein Petitum: „Wir müssen noch in diesem Herbst darangehen, eine grundlegende Überarbeitung des Regelwerks für unser Gesundheitswesen zu beginnen, sodass ab 2029, also mit dem Beginn der nächsten Wahlperiode, ein reformiertes Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft treten kann.“

Im Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

>> Herr Storm, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist am 29. Juli im Bundesgesetzblatt verkündet worden und tags darauf in Kraft getreten. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sprach von einem Maßnahmenpaket, das es in diesem Ausmaß noch nicht gegeben habe. Wo steht das Gesundheitswesen mit diesem Gesetz?

Die DAK-Gesundheit begrüßt den erfolgreichen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zur GKV-Finanzreform. Mit den weitreichendsten Sparmaßnahmen der vergangenen Jahre hat die Bundesregierung endlich eine Trendwende zur finanziellen Konsolidierung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet, um so die Beiträge zumindest vorübergehend zu stabilisieren. Es ist allerdings bedauerlich, dass im Endspurt durch eine Protokollerklärung der Regierung an den Bundesrat und weitere Entlastungen im Krankenhausbereich eine neue Finanzlücke von 550 Millionen Euro zulasten der GKV entstanden ist. Damit stellt die Bundesregierung ihr eigenes Ziel der Beitragsstabilität ab 2027 jetzt noch einmal selbst infrage.

Ich sehe, dass wir in der zweiten Hälfte des Jahres 2026 jetzt an einem Punkt sind, an dem wir eine wirklich große Strukturreform für das deutsche Gesundheitswesen brauchen. Wir müssen uns über den grundsätzlichen Handlungsbedarf verständigen.

Sie haben bei der Vorstellung des DAK-Gesundheitsmonitors 2026 gesagt, das deutsche Gesundheitssystem sei krank. Wo müsste die Therapie ansetzen?

Ich sehe drei ganz große Baustellen. Die erste Baustelle ist unsere Position im europäischen Vergleich. Es ist ja mittlerweile Konsens, dass das deutsche Gesundheitswesen als ineffizient gilt und unbefriedigende Ergebnisse liefert. Das bedeutet, wir haben im Blick auf die leistungsbezogenen Qualitätsindikatoren bestenfalls einen Platz im europäischen Mittelfeld mit abnehmender Tendenz, doch auf der anderen Seite die höchsten Kosten im EU-Vergleich. Deshalb müssen wir unbedingt eine Trendwende herbeiführen, um bei der Versorgungsqualität wieder deutlich besser zu werden. Unser aller Anspruch muss es sein, dass das deutsche Gesundheitswesen wieder näher an die europäische Spitzengruppe herankommt.

„Die grundsätzlichen Probleme für die Zeit nach 2030 sind immer noch nicht gelöst.“

Das BMG beziffert die Finanzierungslücke der GKV für 2027 auf rund 19 Milliarden Euro und für 2030 auf rund 44 Milliarden Euro. Wird diese Lücke mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geschlossen?

Nein, die GKV-Finanzreform bietet derzeit nur kurzfristig für 2027 eine Atempause mit der Möglichkeit für stabile Beiträge. Deshalb besteht hier die zweite Baustelle. Wir haben in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch in anderen Bereichen wie etwa dem Krankenhaussektor, die größte Finanzkrise seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland überhaupt. Die mittlerweile ins Kanzleramt gewechselte bisherige Gesundheitsministerin Nina Warken hat zwar das größte Sparpaket der Geschichte unseres Landes noch vor der Sommerpause mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz über die parlamentarischen Hürden gebracht, doch sind die grundsätzlichen Probleme für die Zeit nach 2030 immer noch nicht gelöst.

Und die dritte Baustelle?

Wir haben, wie ich es nennen würde, eine systemische Dysfunktionalität, wenn wir unser deutsches Gesundheitssystem mit dem in anderen Ländern vergleichen. Wir haben dysfunktionale Strukturen bei den Kompetenzen im Bereich von Politik und Verwaltung, dysfunktionale Strukturen bei der Organisation, dysfunktionale Strukturen bei der Finanzierung und ebenso dysfunktionale Strukturen bei der Sicherstellung der Leistungserbringung.

Von diesen vier Feldern steht in der öffentlichen Debatte jedoch nur die Finanzierung. Reicht sie überhaupt als Ansatzpunkt?

Beitrag (1) und Interview (2) von Herrn Janßen stellen vor allen Dingen auf das Thema Finanzierung ab. Unbenommen ist das ein wichtiger Baustein für eine strukturelle Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens. Doch müssen dringend auch die drei anderen Themenbereiche angegangen werden. Wenn ich diese vier Baustellen zusammennehme, dann ergibt sich daraus die Notwendigkeit, dass wir das Regelwerk des bisherigen Sozialgesetzbuchs V für das deutsche

braucht

dlage“



Gesundheitswesen anpassen müssen.

Das SGB V gilt seit dem 1. Januar 1989. Woran machen Sie fest, dass es an sein Ende gekommen ist?

Wenn man einen Blick in die Geschichte wirft, dann hatten wir in den ersten vier Jahrzehnten der Bundesrepublik von 1949 bis 1988 noch die alte Reichsversicherungsordnung. Wir hatten dann seit 1989 das SGB V in der bisherigen Form. Jetzt befinden wir uns nach weiteren 40 Jahren in einer Zeit mit neuen Herausforderungen für unser Sozialsystem. Deshalb lautet mein Vorschlag, dass wir noch in diesem Herbst darangehen, eine grundlegende Überarbeitung des Regelwerks für unser Gesundheitswesen zu beginnen, sodass ab 2029, also mit dem Beginn der nächsten Wahlperiode, ein reformiertes Sozialgesetzbuch für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft treten kann. Wir hätten damit einen zweiten Abschnitt von 40 Jahren abgeschlossen. Jetzt ist es an der Zeit, für die Modernisierung des Gesundheitswesens auch eine moderne rechtliche Grundlage zu schaffen.

Gehen wir die Handlungsfelder einzeln durch. In der GKV gab es am 1. Januar 2026 noch 93 Krankenkassen, daneben Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Verbände und die Aufsichten. Was steht bei der Organisation an?

Wenn man sich die Themenfelder im Einzelnen anschaut, geht es bei der Frage der Organisation darum, wie die Körperschaften in Zukunft aufgestellt sein müssen. Das sind ja nicht nur die Krankenkassen. Das sind auch zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen und verschiedene Kammern. Wie müssen die Verbände organisiert sein? Ebenso sollten wir offen die Frage stellen, ob es nicht einen Reformbedarf bei der Aufsicht in Bund und Ländern gibt. Zu diesem Organisationsthema gehört nicht zuletzt die Aufgabenteilung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung. Die entscheidende Frage lautet hier: Können wir so weitermachen wie bisher? Es gibt außer Deutschland kein einziges Land auf der Welt, welches diese Dualität zwischen GKV und PKV kennt. Diese Strukturen sind aus historischen Gründen entstanden, doch jetzt gehören sie auf den Prüfstand.

Die FinanzKommission empfiehlt, die Beiträge für Grundsicherungsbeziehende vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, zwölf Milliarden Euro jährlich. Bundesfinanzminister Klingbeil hat das mit Verweis auf die Haushaltslage abgelehnt. Wie ließe sich die Steuerfinanzierung rechtlich verankern?

Bei der Finanzierung müssen wir endlich eine wesentlich stärkere Zweckbindung der Hauptfinanzierungsinstrumente sicherstellen. Das sind zum einen die Beiträge, dann die Steuern und schließlich die Selbstbeteiligung der Versicherten. Darüber hinaus gibt es mit der privaten Vorsorge eine weitere Finanzierungsform der Versicherten, zum Beispiel über private Zusatzversicherungen. Es gilt, eine ordnungspolitisch korrekte Finanzierung zu erreichen: zum Beispiel, dass Ausgaben für Grundsicherungsempfangende, die jetzt über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, vollständig aus Steuermitteln bereitgestellt werden. Dafür brauchen wir eine rechtliche Grundlage. Wenn dies in Zukunft in einem modifizierten Sozialgesetzbuch V festgeschrieben wird, haben wir eine ganz andere Basis, wenn der Gesundheitsminister mit dem Finanzminister verhandelt.



Dipl.-Volksw. Andreas Storm

ist Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Der CDU-Politiker gehörte 15 Jahre lang dem Deutschen Bundestag an, war zwischen 2005 und 2011 Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie für Arbeit und Soziales, anschließend Chef der saarländischen Staatskanzlei und danach bis 2014 Gesundheitsminister im Saarland.

Der GKV-Spitzenverband hat die Klagen Dutzender gesetzlicher Krankenkassen vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen gegen die Zuweisungsbescheide des Bundesamts für Soziale Sicherung gebündelt. Es wurde eine Richtervorlage nach Artikel 100 Abs. 1 GG beantragt. Die DAK-Gesundheit gehört zu den klagenden Kassen. Was erwarten Sie von dem Verfahren?

Die GKV müsste jährlich rund zwölf Milliarden Euro vom Bund erhalten, damit die Ausgaben bei den Empfängern von Bürgergeld – der jetzigen Grundsicherung – auskömmlich finanziert werden. Das haben mehrere Gutachten gezeigt, und das sieht auch der Bundesrechnungshof so. Weil dies trotz mehrfacher Ankündigung durch verschiedene Mitglieder der Bundesregierung bis heute nicht erfolgt ist, hat die DAK-Gesundheit gemeinsam mit vielen anderen Krankenkassen den Bund Ende 2025 verklagt.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz tragen die Länder die Investitionskosten, die Krankenkassen die Betriebskosten. Gehört diese Zuordnung auf denselben Prüfstand?

Es gilt zu überprüfen, ob diese duale Finanzierung noch zeitgerecht ist oder ob wir auch hier eine Änderung brauchen. Ich würde mir wünschen, dass man diese Frage der strukturellen Modernisierung des Gesundheitswesens nicht auf einen kleinen Fragenkatalog ausschließlich für die gesetzliche Krankenversicherung begrenzt. So steht es im Moment leider in der Aufgabenstellung für die FinanzKommission Gesundheit. Der Auftrag sollte deshalb erweitert werden, um einen weitreichenderen Modernisierungsprozess zu ermöglichen.

Der zweite Bericht der FinanzKommission liegt bis Ende dieses Jahres vor, die Wahlperiode endet regulär Anfang 2029. Bis wann müsste ein neues Sozialgesetzbuch beschlossen sein?

Eine so große Reform kann nicht innerhalb von wenigen Monaten durchgeführt werden. Das heißt, dass die Politik erst Reformimpulse, zum Beispiel durch die Greiner-Kommission, bis zum Ende dieses Jah-

Zitationshinweis
Storm, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Das Gesundheitssystem braucht eine moderne Rechtsgrundlage“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/26), S. 36–39. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2879

Der OECD-Report „Health at a Glance: Europe 2024“ weist für Deutschland 171 vermeidbare Sterbefälle je 100.000 Einwohner aus. Schweden führt mit 118 vor Italien (128), Luxemburg und Malta (je 133); Frankreich (145), die Niederlande (147) und Dänemark (149) liegen ebenfalls davor. Der EU-27-Schnitt beträgt 201. Zugleich wendet kein anderes Mitgliedsland einen höheren Anteil seiner Wirtschaftsleistung für die Gesundheitsversorgung auf.

res bekommen muss und dann das kommende Jahr nutzen sollte, um in der Diskussion mit allen Beteiligten eine zukunftsfähige Architektur für das deutsche Gesundheitswesen zu entwickeln. Schließlich gilt es, 2028 die Gesetzgebung für ein neues Sozialgesetzbuch im Deutschen Bundestag und auch im Bundesrat durchzuführen. Dann könnte ein solches neues Sozialgesetzbuch im besten Falle zum 1. Januar 2029 in Kraft treten.

Das wäre ein sehr großes Programm. Können Sie an dieser Stelle etwas konkreter werden bei den einzelnen Forderungen oder Reformvorschlägen?

Ich will zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht mit konkreten inhaltlichen Forderungen kommen. Das liegt jedoch allein darin begründet, dass wir uns nicht mit Detailfragen aufreiben, sondern uns zuerst auf einen großen Wurf und ein gemeinsames Ziel verständigen sollten. Der Zeitpunkt dafür ist jetzt sehr günstig, weil sich derzeit die Greiner-Kommission sowieso mit Strukturfragen befasst und wir einen neuen Bundesgesundheitsminister im Amt haben. Das ist eine Chance.

Wäre für diese Strukturdiskussion der Ansatz von Herrn Professor Janßen mit seinen vier Feldern nützlich, oder führt er eher in die Irre? Haben Sie einen eigenen Vorschlag, wie ein neues Modell unseres Gesundheitssystems aussehen müsste?

Ich halte den Ansatz von Herrn Professor Janßen für nützlich. Ich glaube aber auch, dass er bei Weitem noch nicht ausreicht, weil unter anderem die Kompetenzfragen zwischen Bund, Ländern und Kommunen ausgespart werden. Mein eigener struktureller Ansatz setzt daher an vier Handlungsfeldern an: Organisation, Finanzierung, Sicherstellung der Leistung und Kompetenzverteilung. Für jeden dieser Bereiche brauchen wir eine neue Justierung, wobei es natürlich Wechselwirkungen geben wird. Zum Beispiel bei der Frage: Wie hoch ist der Beitrag der privaten Vorsorge? Deren Höhe hängt davon ab, wie die Organisationslösung aussieht und wie künftig die Arbeitsteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aussieht.

Könnte man Ihre vier Reformbereiche mit den vier Feldern von Herrn Janßen kombinieren? Sehen Sie da Anschlussmöglichkeiten, oder ist Ihres ein anderes Modell?

Die vier Prinzipien von Professor Janßen gehen sehr stark in den Bereich der Finanzierung. Nehmen wir mal die territorial gesteuerte Daseinsvorsorge. Hier stellt sich mir die Frage: Wie soll die Aufteilung der Kompetenzen auf Bund, Länder, Kommunen und der Selbstverwaltung aussehen? Das fehlt bei Janßen komplett.

Ein Modell soll eine strukturierte Abbildung der Wirklichkeit sein. Ist Ihr Ansatz mit den vier Handlungsfeldern näher an der realen Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens?

Das Problem ist, dass das deutsche Gesundheitswesen deutlich von idealtypischen Modellen abweicht, wie sie in Lehrbüchern stehen. Unser Gesundheitswesen ist eben nicht am grünen Tisch entwickelt worden, sondern ist in wesentlichen Teilen das Ergebnis historischer Prozesse. Es hat sich über viele Jahrzehnte entwickelt. Natürlich würde man heute vieles theoretisch anders machen, aber wir müssen das historisch gewachsene Gesundheitswesen mit all seinen Dysfunktionalitäten als Ausgangspunkt für den Reformprozess nehmen.

Herr Storm, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://t1p.de/64mk9
2: https://t1p.de/iv5gi

Raum plausibler Alternativen

>> Die in „Nature“ publizierte Studie (1) „Estimating the Analytic Robustness of Social and Behavioural Sciences“ (SCORE) kommt zu dem Ergebnis, dass wissenschaftliche Schlussfolgerungen je nachdem, wer die Analyse durchführt, dramatisch variieren können. Die Wissenschaftler:innen aus aller Welt beobachteten erhebliche Abweichungen in den Ergebnissen von fast 500 unabhängigen Analysen derselben Fragestellung unter Verwendung derselben Daten in 100 Studien. Obwohl die meisten Reanalysen die Hauptthesen der Originalstudien weitgehend bestätigten, unterschieden sich die Effektgrößen, statistischen Schätzungen und Unsicherheitsgrade oft erheblich. In etwa einem Drittel der Fälle kamen alle Analysten zu dem gleichen Ergebnis wie die ursprünglichen Autor:innen. Das Projekt liefert eine klare Botschaft: Wissenschaftliche Objektivität besteht nicht darin, eine einzige „wahre“ Analyse zu identifizieren, sondern darin, den Raum plausibler Alternativen transparent zu machen.

Die Diskrepanzen sind jedoch nicht auf mangelnde Fachkenntnisse zurückzuführen. Erfahrene Forscher:innen mit fundierten statistischen Kenntnissen kamen ebenso häufig zu abweichenden Ergebnissen wie andere. Gleichzeitig erwiesen sich Beobachtungsstudien als weniger robust als experimentelle Studien, was darauf hindeutet, dass komplexere Datenstrukturen eine größere analytische Flexibilität ermöglichen.

Balázs Aczél, Professor an der Eötvös-Loránd-Universität, kam zu dem Schluss: „Diese Ergebnisse stellen nicht die Glaubwürdigkeit früherer Forschungen infrage. Vielmehr machen sie darauf aufmerksam, dass die Darstellung einer einzigen Analyse oft nicht das tatsächliche Ausmaß der empirischen Unsicherheit widerspiegelt und dass das Ignorieren der analytischen Variabilität zu ungerechtfertigtem Vertrauen in wissenschaftliche Schlussfolgerungen führen kann.“ Und Barnabás Szászi, Assistenzprofessor an der Eötvös-Loránd-Universität und der Corvinus-Universität, fügte hinzu: „Wir plädieren für eine breitere Anwendung von Multi-Analysten- und ‚Multiversum‘-Ansätzen“. Anstatt nach einer einzigen wahren Antwort zu suchen, würden diese Ansätze sichtbar machen, wie stabil – oder fragil – wissenschaftliche Schlussfolgerungen tatsächlich sind. <<

1: https://t1p.de/ec1mv