

Roadmap für ein innovationsfähiges- und -bereites Gesundheitswesen

Eckdaten zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems

Update 1.1 Stand: 18.02.2026

KovarHuss GmbH Policy Advisors

Nikolaus Huss

Managing Partner

Handjerystr. 71

D-12159 Berlin

T: +49 (30) 767 71833, M: +49 (1577) 1944 544

nh@kovarhuss.de

www.kovarhuss.de

Ausgangslage	3
Herausforderungen	3
Demographischer Wandel und Begleiterscheinungen	3
Generationswechsel in den Gesundheitsberufen	3
Verknappung der Arbeitskräfte auf allen Qualifikationsniveaus	3
Verknappung finanzieller Mittel	3
Die Glaubenssätze des deutschen Gesundheitswesens	4
Selbstbeschreibung als Selbstbeschränkung	5
Nur Grundsatzentscheidungen können demokratisch getroffen werden	6
Die Parteien der politischen Mitte sollten gemeinsame Leitplanken für eine Veränderungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens entwickeln	6
Bund Länder Beziehungen neu ordnen	7
Das Kartell der traditionellen Branchendurchschnittsinteressen überwinden	7
Die Rolle von Wissenschaften im jeweiligen Interessenszusammenhang wahrnehmen	7
Der Innovationswerkzeugkasten	8
Tabellarische Übersicht: Innovationswerkzeuge	9
Ein neuer systemischer Blick auf das Gesundheitswesen	10
Neues kommt oftmals von Akteuren außerhalb etablierter Systeme	10
Leitgedanke 1: Politische Verantwortlichkeiten klarmachen	11
Digitale Infrastruktur skalierungsfähig machen	12
Politische Verantwortlichkeiten klarziehen	13
Versorgung dezentralisieren	15
Kassenlandschaft veränderbar machen	15
Abwägen: Einheitskasse oder echten Kassenwettbewerb	16
Leitgedanke 2: Innovationsfähigkeit sui Generis herstellen	17
Leitgedanke 3: Regionalisierung als ein möglicher konzeptioneller Bezugsrahmen	19
Leitgedanke 4: Privates Kapital als Chance nutzen	21
Leitgedanke 5: Multiprofessionalität, um nicht ständischen Institutionen Gewährleistungspflichten zu übertragen	23
Ausblick	24
Anhang	25
Veröffentlichungen Nikolaus Huss zum Thema Gesundheit	25

Ausgangslage

Herausforderungen

Demographischer Wandel und Begleiterscheinungen

- Wachsender und sich verändernder Bedarf an Gesundheitsangeboten
- Weniger Beitragszahlende für das Gesundheitswesen
- Stärkerer Zusammenhang von Gesundheitswesen und Langzeitpflege

Generationswechsel in den Gesundheitsberufen

- Stärkere Work-Life-Balance Orientierung in qualifizierten Gesundheitsberufen
- Veränderung des ärztlichen Berufsbildes
 - Feminisierung des Arztberufs
 - Mehr Teilzeittätigkeit
 - Stärkere Verbleib an metropolen/städtischen/universitären Standorten
 - Zunahme migrantisch geprägter Ärzteschaft
 - Fehlendes finanzielles Kapital für Praxisübernahme
 - Keine Bereitschaft für die Übernahme finanzieller/unternehmerischer Verantwortung für Niederlassung
 - Stärkerer Kooperationswunsch mit Ärzten und anderen Gesundheitsberufen

Verknappung der Arbeitskräfte auf allen Qualifikationsniveaus

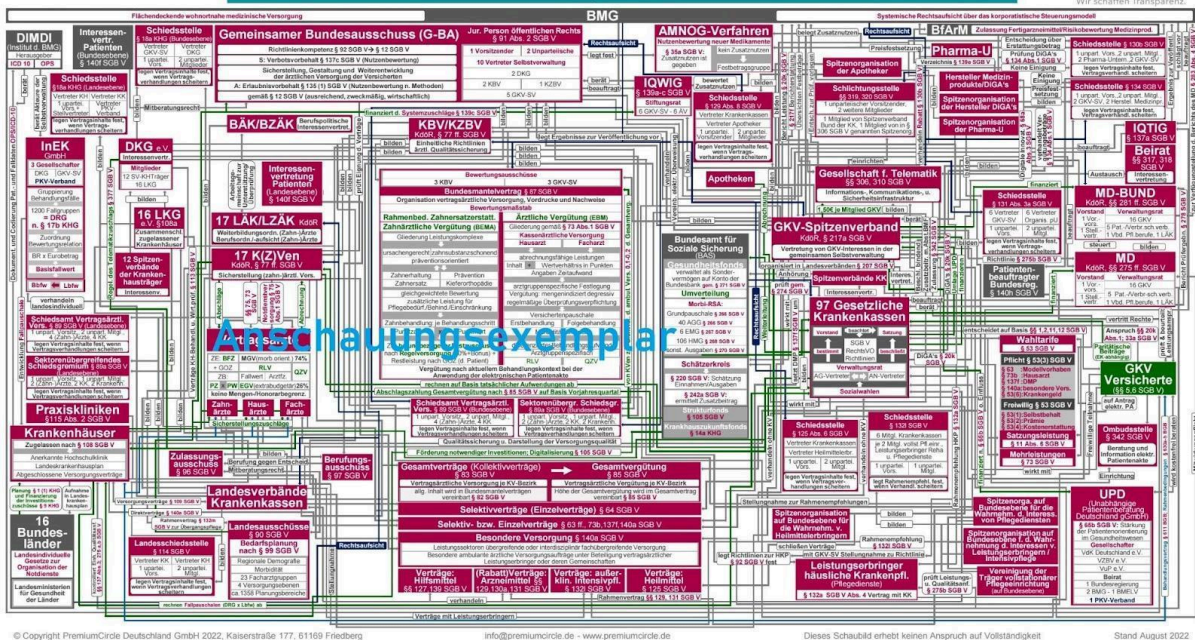
Verknappung finanzieller Mittel

Die Glaubenssätze des deutschen Gesundheitswesens

Claus-Dieter Gorr vom Analyse- und Beratungsunternehmen [PremiumCircle](https://www.premiumcircle.de) verdanken wir die folgende Graphik über die Komplexität und Regulierungsdichte des deutschen Gesundheitswesens

Das GKV-System.

Diese Grafik unterliegt dem Urheberrecht. Lizenzen zur Nutzung der Grafik sind bei der PremiumCircle Deutschland GmbH zu erwerben.
www.premiumcircle.de



Die grundsätzliche Aussage: Die Akteure im Deutschen Gesundheitswesens sind durch eine abschließende gesetzliche Beschreibung von Institutionen, Verfahren und Vergütungen (Erlaubnisvorbehalt) sowie zahlreiche, im Laufe der Zeit immer engmaschiger gewordenen, teilweise widersprüchlichen und entschleunigenden Aufsichts- und Controllingmaßnahmen immer schwerfälliger geworden.

Allgemein lassen sich folgende Hürden erkennen:

- (1) der eng und abschließend definierte gesetzlich-verordnungstechnischen Rahmen,
- (2) die darauf basierenden Honorierungsvereinbarungen
- (3) die sich selbst blockierende Governance-Trias von Bund, Ländern und Selbstverwaltung und
- (4) die sich in diesem Dreieck entwickelte Wahrnehmung und Machtarchitektur des deutschen Gesundheitswesens, die die Zufriedenstellung der "beteiligten institutionellen Interessen" gegenüber der eigentlichen Problemlösung priorisieren und ein "Out of the Box" Denken verhindert.

Wer ist denn dann verantwortlich für die lange andauernde Stagnation im deutschen Gesundheitswesen?

Die Antwort: Alle, die Gestaltungsverantwortung haben.

Wir benötigen einen nüchternen Blick auf die Verhältnisse, ein offenes Eingeständnis des

- (1) Versagens der Bundesländer in Sachen Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung,
- (2) der Selbstverwaltung im Umgang mit Veränderungen und Innovationen und der Weiterentwicklung der konzeptionellen Ideen.
- (3) dem Eingeständnis der Bundespolitik, dass es in dieser "schiefen Systemlage" und unscharfen Governanceverantwortung nur in Einzelfällen über "durchgreifende" Möglichkeiten verfügt, wirklich strukturverändernde, effektivitäts- und effizienzsteigernde Maßnahmen zu ergreifen. Zudem verhindert die Binnenlogik des politischen Systems, der Zwang zu kurzfristigen Versprechen und das Denken in Legislaturperioden, eine angemessene Wahrnehmung mittelfristiger Prozesse.

Selbstbeschreibung als Selbstbeschränkung

Wer den veröffentlichten gesundheitspolitischen Diskurs verfolgt, kann zudem die folgenden Glaubenssätze identifizieren, deren Relevanz niemals infrage gestellt wird:

- Gemeinwohl kann nur durch gemeinnützige Institutionen organisiert werden
- Das Gemeingut "Gesundheit für alle" ist legitimerweise nur durch demokratische Entscheidungen zu gewährleisten
- Die freiberuflich tätige ambulante Ärzteschaft gewährleistet, dass medizinische Entscheidungen ganz im Sinne und zum Wohle der Patienten getroffen werden
- Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens organisiert die Verfahren ohne Eigeninteressen ganz im Sinne der Patienten
- Die evidenzbasierten Wissenschaften produziert objektive und interessensunabhängige Ergebnisse

Alle Anstrengungen, die oben angeführten Probleme innerhalb des vorhandenen Governancerahmens ansatzweise zu lösen, sind gescheitert. Obwohl die Probleme seit Jahrzehnten erkannt sind, haben sich keine Ansätze entwickelt, wie sie zu lösen sind. Und: Sowohl die Zahl der Ärzte, der Beschäftigten und der Finanzmittel befanden sich 2023/2024 auf einem Höchststand. Und trotzdem reden alle über zu wenig Geld im Gesundheitssystem, zu wenige Ärzte, zu wenige Pflegekräfte.

Daraus ergibt sich die Frage, auf welchen Wegen es den Akteuren im deutschen Gesundheitswesen gelingen kann, sich aus diesem, frei nach Jürgen Habermas "System selbstgeschaffener Unmündigkeit" zu befreien.

Dazu folgende Thesen:

Nur Grundsatzentscheidungen können demokratisch getroffen werden

- Demokratische Politik im Wortsinne bedeutet die Umsetzung von Laienentscheidungen. Das Beispiel Piratenpartei hat gezeigt, dass, selbst im Zeitalter schneller digitaler Entscheidungsverfahren, Entscheidungen nicht zustandekommen, wenn jeder Person zu jeder Zeit dieselben Entscheidungsrechte eingeräumt werden. Auf das Gesundheitssystem angewendet: Entscheidungen und Entscheidungsverfahren sind durch zahlreiche, historisch gewachsene, sich oftmals widersprechende oder sich behindernde gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen legitimiert und sanktioniert. Es bedarf einer intensiven Befassung mit diesem regulatorischen Rahmen, um Handlungskorridore, Entscheidungsoptionen und die damit verbundenen Konsequenzen erkennen zu können.

Die Parteien der politischen Mitte sollten gemeinsame Leitplanken für eine Veränderungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens entwickeln

- Jede Bundesregierung versucht zu Beginn der Legislaturperiode, ihre Prioritäten zu definieren, auch im Gesundheitswesen. Die Veränderung politischer Prioritäten führt dazu, dass sich im fast abschließend politisch definierten Raum des Gesundheitswesens alle Akteure auf diese Prioritäten einstellen müssen.
- Die Folge: Die Akteure im deutschen Gesundheitswesen sind alle 4 Jahre gezwungen, sich unternehmerisch neu aufzustellen. Das widerspricht

prozessualen Notwendigkeiten. Diese erfordern mittelfristige Horizonte, also eher 8-12 jährige Zeiträume, in denen interne Prozesse neu aufgestellt und optimiert werden können. Es geht um Verhaltensänderung bei Mitarbeitern, Patienten und allen Beteiligten.

Bund Länder Beziehungen neu ordnen

- Der Appell an "DIE POLITIK" verkennt, dass es "die Politik" nicht gibt, sondern nur Politiker und politische EntscheiderInnen auf verschiedenen Ebenen: Bund, Länder, Kommunen/Landkreise. Die gegenseitige Blockade der unterschiedlichen Ebenen, insbesondere von Bund und Ländern, zeigt sich in Sachen Krankenhausreform. Wären Bund und Länder an Lösungen interessiert, könnten kooperative Lösungen gefunden werden. Dem widerspricht, dass es auch auf Landesebene keine Handlungsvollmachten der Exekutive gibt, sondern ebenfalls Wunschvorstellungen oder Scheinalternativen debattiert werden (oftmals, um Zugeständnisse in anderen Themenbereichen zu erzielen). Die Folge: Entscheidungen werden verschleppt, verwässert oder verhindert.

Das Kartell der traditionellen Branchendurchschnittsinteressen überwinden

- Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stellt eine Selbstermächtigung der "Repräsentanten bestehender Durchschnittsinteressen" der traditionell dominierenden Akteursgruppen (Kassen, ambulante Ärzteschaft, Krankenhäuser) dar. Selbst die diskutierte Erweiterung durch eineN PatientenvertreterIn und die diskutierte Beteiligung der Pflegeberufe kann dieses Konstrukt nicht retten: Es gibt nicht "Das Patienteninteresse", sondern dieses hängt von der jeweiligen Situation ab. Die Prioritäten jedes Versicherten verändern sich zudem mit dem Lebensalter.

Die Rolle von Wissenschaften im jeweiligen Interessenszusammenhang wahrnehmen

- Der Bezug auf Evidenzbasierung war ein Fortschritt gegenüber der vormaligen Eminenzbasierung. Schon der Erfinder des kritischen Rationalismus, Karl Popper, wies darauf hin, dass es "echte" Evidenz niemals gibt. Die Konstruktion von Evidenzbeweisen basiert auf der Reduktion zahlreicher Rahmenfaktoren auf einige wenige. (Komplexitätsreduktion auf das mental wahrnehmbare Maß). Im optimalen Fall ergeben sich daraus statistische Relationen, die kausal

interpretiert werden. In der komplexen gesellschaftlichen Praxis allerdings existieren diese scheinbar interpretierten Zusammenhänge jedoch nicht oder eben nur unter speziellen Annahmen. Zudem sind sie, beispielsweise im Zusammenhang des im Rahmen der beim Innovationsfonds angesetzten Evidenzevaluationen schon deswegen irrelevant, weil verhaltensändernde Interventionen nicht sofort, also in den erforschten maximal 2 Jahres Zeiträumen, sondern erst mittelfristig zum Tragen kommen. Es handelt sich also maximal um Plausibilität oder Scheinevidenzen. Die Forderung nach Evidenz führt regelmäßig zur Einschaltung von Wissenschaftlern, die, oftmals ohne praktische Erfahrungen, Modelle konstruieren, die in der gesellschaftlichen Praxis nicht umsetzbar sind.

Das Ziel des vorliegenden Papiers ist es nicht, ein abschließendes Modell eines innovationsfreundlichen Gesundheitswesens zu skizzieren. Ziel ist es lediglich zu zeigen, 1) welche "Werkzeuge" für die Veränderung des Gesundheitswesens zur Verfügung stehen, 2) wie wir unseren systemischen Blickwinkel verändern müssten, damit Innovation ins System einziehen kann und 3) -nicht abschließend - welche Trends, oder "Booster", also Beschleuniger wir dafür nutzen können.

Der Innovationswerkzeugkasten

Der Innovationsbaukasten ist weitgehend bekannt, wird auf Kongressen diskutiert und in Modell/Innovationsfondsprojekten erprobt. Weitergehende Konzepte, wie z.B. die Nutzung realer Versorgungsdaten zur Versorgungssteuerung sind nur aus anderen Ländern, insbesondere den USA, nordischen Ländern oder Israel bekannt, werden aber zumindest rezipiert.

Die Potentiale der Innovationswerkzeuge, -Ansätze und Strategien, das wird in der Fachdebatte oftmals übersehen, wirken jedoch nicht nebeneinander, sondern interagieren miteinander. Strukturierte Versorgungsprogramme, die zu besseren Ergebnissen bei weniger Kosten und geringerer Beanspruchung menschlicher Ressourcen führen, können diffundieren und zusätzliche Effizienzeffekte erzeugen. Aber eben nur, wenn Digitalisierung und Strukturierung nicht zentral nebeneinander "bewirtschaftet" werden, sondern Akteure diese weitgehend nach ihrer Überzeugung nutzen können.

Tabellarische Übersicht: Innovationswerkzeuge

Digitalisierung, Datennutzung und KI

- Basisleistungen
 - Patientenakte
 - Einfacher Datenaustausch
 - Gemeinsamer just in time Datenzugriff
- Neue digitale Instrumente und Dienstleistungen
 - Digitale Terminvergabe
 - Behandlungsbegleitende Patientenwendungen
 - Telekonsultation
 - KI-Basierte Diagnosen
 - digitale Erstanlaufstellen

Science to Market (Innovationsworkflow)

- Flächendeckende Just in Time-Nutzung von Versorgungsdaten
- Beschleunigte Einführung optimierter Diagnose- und Therapieverfahren im Versorgungsalltag
- Digitalisiertes Therapiemanagement
- Personalisierte Arzneimittel und Therapie
- Strukturierte Versorgungskonzepte für grosse Indikationen

Prozessveränderung und Skalierung

- Zusammenführung von ambulanter und stationärer Versorgung
- Flexibilisierung der Versorgungslandschaft
- Skalierung der GKV Landschaft

Multiprofessionalität

- Berufliche Leistungsdifferenzierung
- Attraktive Berufsbilder auf verschiedenen Professionalisierungsleveln
- Bessere Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Wirtschaftsbereichen

Neue Finanzierungsquellen

- Diffundierung skalierungsfähiger Akteure in den "Leistungserbringer- und Kostenerstattungs-Bereich"
 - Internationale Leistungsanbieter
 - Online-Apotheken
 - Logistikdienstleister
 - Pharmazeutische Unternehmer
 - Plattformunternehmen
- Erschließung neuer, regionaler und überregionaler Finanzquellen

- Unternehmen mit Standortengagement
- Anbieterunabhängige Zugangsregelungen für Akteure auf dem Gesundheitsmarkt
 - Auflösung des Verbotsvorbehaltes
 - Überführung der Regulierung in eine anbieterunabhängige "Gewährleistungssicherheit"

Zusammenfassend können wir feststellen:

- *Wir wissen die Herausforderungen, in denen wir stecken.*
- *Wir kennen die Potentiale, die in unterschiedlichen Innovationswerkzeugen stecken.*
- *Aber wir müssen nüchtern konstatieren, dass sie auf den bisherigen Wegen nicht zusammenkommen.*

Also: Was tun?

Ein neuer systemischer Blick auf das Gesundheitswesen

Neues kommt oftmals von Akteuren außerhalb etablierter Systeme

Wie kommt das Neue in die Welt? Sicher, die gesundheitspolitische Konstellation (Kostenerstattung auf Kosten Dritter) ist komplexer als (beispielsweise) die Neuerfindung der Mobilität als Elektromobilität. Aber auch dort zeigt sich: Grundsätzlich Neues, "disruptives" kommt selbst in offenen wettbewerblichen Gesellschaften und Sektoren nicht aus den Reihen der Etablierten. Sie kommt von Außenseitern (Musk) oder Aufsteigern (China). Angewandt auf das Gesundheitswesen: Die notwendige Veränderung des institutionellen Konzeptes und der damit verbundenen Geschäftsmodelle sind nicht über die Repräsentanten der Durchschnittsinteressen der "Altinteressen" zu erwarten; - jedenfalls nicht, ohne dass ihnen von neuen Akteuren Konkurrenz gemacht werden kann. Denn Veränderung, wie sie angesichts der Herausforderungen notwendig und vor dem Hintergrund neuer Instrumente möglich sind, bedeutet, die bestehenden Geschäftsmodelle grundlegend zu verändern oder gar zu zerstören.

Zwar diskutieren einzelne VertreterInnen und Vertreter im Gesundheitswesen, zumeist im "vertraulichen Rahmen", über Alternativen. Eingebunden in institutionelle Konsensmechanismen erlauben sie sich jedoch nicht, diese auch öffentlich argumentativ zu vertreten. "Man trifft sich immer zweimal", lautet ein gut geläufiges

Bonmot im politischen Bereich. Das bedeutet: Stellst Du mich infrage, wirst du das nächste Mal bereuen. Die Oligopoltheorie hat dazu entsprechende Erkenntnisse formuliert.

Zudem ist die Überwindung des engmaschigen gesetzlich verordnungstechnischen Rahmen kein Kinderspiel, wie zahlreiche Beispiele im und außerhalb des Gesundheitsbereichs zeigen. Der Aufwand ist hoch, der potentiell sichtbare Erfolg, aufgrund der zahlreichen Akteure und der leicht zu mobilisierenden Widerstands äußerst unsicher. Franz Knieps, langjährig erfahrener Kämpfer und nach Einschätzung vieler der Einzige noch lebende Akteur, der die zahllosen Verästelungen des gesetzlichen Rahmenwerks noch überblickt, forderte (xxxx) die Halbierung des SGB V. Vorschläge, welche Hälfte des SGB V zu beseitigen wären, und wie das stattdessen hätte, sucht man in der Diskussion vergebens. Lediglich der [Autor hat mit der Idee der leitbildorientierten Entrümpelung des SGB V](#) eine erste Idee unterbreitet, die allerdings bisher nicht aufgegriffen wurde.

Mit ["Antifragilität"](#) hat der Autor der "Schwarzen Schwäne", also des systemischen Umgangs mit extrem unwahrscheinlichen, aber tiefgreifenden Ereignissen, Nicolas Nassim Taleb, einen analytisch instrumentellen Rahmen bereitgestellt, der Herausforderung von "Systemrisiken" zu begegnen.

Seine These: Risiken kann man nicht mit Zentralisierung und Schaffung stabiler "Supersysteme" entgegentreten. Großrisiken werden dann nämlich zu Systemrisiken. Stattdessen geht es darum, Systeme zu entflechten und auf Ebene der Subsysteme Teilverantwortliche und Teilverantwortlichkeiten zu ermöglichen, die Lösungen schaffen können.

Angesichts der allseits beklagten Überbürokratisierung und -formalisierung des Systems wird es also die erste Verantwortung von Politik sein, diese Bürokratisierungs-, Pauschalisierungs- und Zentralisierungstendenzen aufzulösen, damit Akteure die notwendigen Spielräume erhalten, um neue Lösungen zu entwickeln.

Leitgedanke 1: Politische Verantwortlichkeiten klarmachen

Unklare Governancestrukturen existieren in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens:

- Der Verantwortlichkeit für die digitale Infrastruktur

- Der unklaren Zuständigkeiten für den Krankenhaussektor
- Der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Digitale Infrastruktur skalierungsfähig machen

Die langjährige Leidensgeschichte der digitalen Gesundheitskarte ist bekannt. 2003 konzipiert, sollte sie 2006 eingeführt werden. 2005 haben die Spitzenverbände des Gesundheitswesens die Gematik als Betriebsorganisation gegründet. Die jahrzehntelange Selbstblockade der gesundheitlichen Selbstverwaltung hat Gesundheitsminister Spahn 2019 mit Übernahme der Stimmenmehrheit in der Gematik aufgelöst. Mit dem von ihm eingesetzten neuen Geschäftsführer Markus Leyck Dieken ist es der Gematik gelungen, die grundlegende eGK, wenngleich in einer technisch rudimentären Form, auszurollen, Verantwortlichkeiten zu zentralisieren, mit dem dort angesiedelten InterOp-Council die Etablierung International anerkannter Standards auf den Weg zu bringen und einen zeitgemäßen und dem Stand der Technik entsprechenden Ausblick zu skizzieren.

In der 20. Legislaturperiode wurde mit den Gesetzen zur gesundheitspolitischen Digitalisierung, insbesondere dem [Digital-Gesetz \(DigiG\)](#), dem [Gesundheitsdatennutzungsgesetz \(GDNG\)](#) und dem [Medizinforschungsgesetz](#) ein erfolgversprechender Anfang gemacht; inwieweit eine widersprüchliche oder zu engführende Gesetzgebung erfolgt ist, muss sich noch zeigen. Offengeblieben ist die künftige Rolle der [Gematik als Digitalisierungsagentur](#).

Aus den Äußerungen von Ministerin Warken lässt sich aktuell noch keine Linie absehen. Hoffnungsvoll stimmen dagegen die Überlegungen zu einer digitalen Identität, wie sie aus dem Digitalisierungsministerium verlauten.

Leitgedanke sollte eine nach Vorbild der Bundesnetzagentur handelnde Behörde sein, die die Etablierung und Weiterentwicklung einer digitalen Infrastruktur für das Gesundheitswesen sachgemäß vorantreibt und in ihrem Agieren weder von vordergründig parteipolitisch handelnden Politikerinnen, noch von den rivalisierenden Krankenkassen beeinträchtigt werden kann, die, der Idee des "one face to the customers" folgend gerne Zugriff auf die digitale Infrastruktur haben würden.

Die von der Gematik verantwortete digitale Infrastruktur stellt auch nur die Basis einer Softwarelandschaft dar, die sich darauf entwickeln sollte.

Agile Governance, wie sie in der Produktentwicklung digitaler Anwendungen in anderen Branchen zum Tragen kommt, verschafft sich über intensive Nutzerbeobachtungen, Betroffenenworkshops etc. ein präzises Bild der Nutzungsgewohnheiten und potentieller Nutzerszenarien für entsprechende Anwendungen, realisiert dann "minimal viable products", die sie erprobt, ausrollt, skaliert und deren Funktionalitäten sie schrittweise erweitert.

Klare Rahmenbedingungen (insbesondere offene Schnittstellen) und eine mittelfristig berechenbare Strategie sind wichtige Grundprinzipien, damit, auf der zentral administrierten Infrastruktur eine interoperabel nutzbare Anwendungslandschaft entsteht.

Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass sich die Europäische Kommission als künftiger Garant für einen einheitlichen europäischen Gesundheitsmarkt abzeichnet. Es bleibt zu hoffen, dass die Verantwortlichen die richtigen Lehren aus den fatalen Folgen der scheinheitlichen Datenschutzgrundverordnung ziehen, die durch länderspezifische Ausführungsverordnungen, in Deutschland zudem durch Bundesland- und trägerspezifische Interpretation des Datenschutzes durch die jeweiligen Datenschutzbeauftragten nicht wieder neue Hürden für einen europaweit errichteten EHDS (European Health Data Space) errichtet werden.

Politische Verantwortlichkeiten klarziehen

Die Mischverantwortung von Bund und Ländern im Krankenhausbereich und die Parallelstruktur der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich längst zu den strukturellen Hindernissen gesundheitlicher Governance entwickelt, die es zu überwinden gilt.

Das langjährige Versagen der Bundesländer in Sachen Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung ist bekannt. Auch die aktuelle Krankenhausstrukturreform krankt, ohne detailliert auf die konzeptionellen Schwächen des aktuellen Ansatzes einzugehen, an der mangelnden Durchgriffsmöglichkeit des BMG auf das Planungs- und Investitionsverhalten der Bundesländer.

Und die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung beschränkt sich auf die inzwischen rituelle Förderung nach mehr Geld, ohne

einen eigenen konzeptionellen Beitrag zur Weiterentwicklung hin zu einer stärker systemischen, lösungsorientierten Gesundheitsversorgung zu leisten.

Das Nebeneinander von ambulanter und stationärer Medizin ist die wesentliche Ursache für die Verknappung von Arbeitskräften. Doppelstrukturen, fehlende Krankenhausplanung und mangelnde Investitionsmittel für den Krankenhausbereich haben zu einem zu viel des zu Wenigen geführt.

Die problematische Konstellation der Mischverantwortung ließe sich sowohl zentralisiert als auch föderal regionalisiert auflösen.

- Für eine bundesweite Vereinheitlichung spricht die öffentliche Sichtbarkeit der Bundesgesetzgebung, die eine sichtbare und nachvollziehbare gesellschaftliche Debatte gewährleisten würde.
- Gegen eine bundesweite Vereinheitlichung sprechen zwei Gründe: Einmal benötigt ein solches Vorgehen eine grundgesetzliche Änderung mit $\frac{2}{3}$ Mehrheit im Bundestag. Diese ist aktuell und in absehbarer Zeit nicht erkennbar.
- Gegen eine solche Vereinheitlichung spricht aber auch die sehr unterschiedliche Situation in den Bundesländern.

Insbesondere in den neuen Bundesländern, aber auch in den westdeutschen Flächenländern zeigen sich bereits heute erhebliche Versorgungslücken. Diese werden in den kommenden Jahren verschärft und in den jeweiligen Regionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten akut auftreten. Diese regional unterschiedliche Versorgungssituation erfordert sofortiges Handeln. Die Veränderung der Versorgungslandschaft, besser wäre es, in Zukunft von der Überführung in eine funktionierende Gesundheitslandschaft zu sprechen, wird eine dauerhafte, sich zumindest über eine Dekade erstreckende Daueraufgabe sein. Vor diesem Hintergrund hoher Aktualität und Dringlichkeit einerseits, der Mittelfristigkeit der Aufgabe andererseits scheinen divergierende Strategien in den jeweiligen Bundesländern und Regionen ein sinnvoller Weg, um neue Versorgungspfade zu erschließen, zu konsolidieren und letztlich auch zu evaluieren, um so, in einem transparenten Wettbewerb der Strategien, Konzepte und Akteure die notwendige Transformation der Akteure, Prozesse und Honorierungen zügig und unter Realbedingungen einzuleiten.

Es bleibt zu hoffen, dass die klare Verantwortlichkeit der Bundesländer für die jeweiligen Konzepte dann auch zu direkten Reaktionen im Wahlverhalten führen würden.

Als Einwand für ein solches Vorgehen wird regelmäßig das bisherige Versagen der Bundesländer in Sachen Krankenhauspolitik genannt. So sehr dieser Einwand auch berechtigt ist,

- zentrale bundeseinheitliche Lösungen führen, das zeigt die Diskussion über das Transparenzgesetz, einheitliche Levelkennzeichnung mit Quantitätsindikatoren deutlich, zu pauschalen Lösungen, die der Situation von Flächenländern nicht genügend Rechnung tragen,
- die Bundesländer haben sich längst auf den Weg gemacht und "bauen" die Gesundheitslandschaft auf durchaus unterschiedlichen Wegen um,
- der Prozess der Strukturveränderung wird oftmals durch Notsituationen vor Ort ausgelöst. Diese Auslöser treten zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Orten und, so ist zu erwarten, über einen Zeitraum von 8-12 Jahren auf. So bitter das klingt, angesichts der Realitätsverweigerung der Akteure auf Bundesebene wird hier das Problem zur Chance.
- und schließlich: Eine Grundgesetzänderung zu fordern, bedeutet, die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft weiter zu vertagen.

Versorgung dezentralisieren

Vor diesem Hintergrund plädiert der Verfasser für eine Gesamtverantwortung der Bundesländer für die gesamte Versorgungsplanung.

Die aktuell diskutierten "Hybrid-DRGs" hält der Verfasser für einen Irrweg.

- "Hybride DRGs", wie sie derzeit diskutiert werden, sind lediglich Begriffshülsen, die von den verschiedenen Interessengruppen unterschiedlich befüllt werden, um für die eigenen Interessen zusätzliche Gelder zu generieren. Die Einführung von Hybrid DRGs würde angesichts der derzeitigen Veränderungsresistenz lediglich zu einem dritten Sektor führen, der sich, munitioniert durch einen weiteren Interessenverband, in den aktuellen Stellungskrieg der Akteure einreihen würde.

Kassenlandschaft veränderbar machen

Wettbewerb der Krankenkassen unter den 96 gesetzlichen Krankenkassen ist nach Auffassung der entsprechenden Akteure eines der Erfolgsrezepte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen.

Und, mit Verweis auf die regelmäßig stattfindenden Sozialwahlen, wähen sich die Krankenkassen auch gesellschaftlich legitimiert.

Nur: Der Wettbewerb der Krankenversicherungen findet fast zufällig und willkürlich in einem Bereich außerhalb der gesetzlich verordneten Regelleistungen statt. Diese "freiwilligen Leistungen" werden seit Jahren bereits als "marketinggetrieben" und nicht systemisch kritisiert, die Kassenvorstände, persönlich haftbar zu machen, sind rechtlich angreifbar und agieren deshalb sehr zurückhaltend (zumindest berufen sie sich darauf). Und die Leistungen sind, wenn die Finanzmittel knapp werden, jederzeit auf Sachbearbeiterebene wieder "einholbar".

Kassenvorstände berufen sich gerne auf das Risiko, von den Aufsichtsbehörden verklagt zu werden. Aber: Nirgendwo wird sichtbar, welche Kassenvorstände tatsächlich vor den Kadi gezerzt wurden. Deswegen ist ebenso gut denkbar, dass der Verweis auf die Aufsicht eine Schutzbehauptung ist, um sich nicht experimentell neue Wege und neue, präventive Potentiale zu erschließen.

Auch die zur Legitimation gerne angeführten Sozialwahlen ähneln eher Wahlvorgänge in der ehemaligen DDR mit Einheitslisten und intransparenten und ununterscheidbaren Programmen. So ist die Legitimation bei einer Wahlbeteiligung von unter 20 Prozent faktisch längst hinfällig. Trotzdem werden die Sozialwahlen als Schimäre demokratischer Kontrolle weiter mitgeschleppt.

Abwägen: Einheitskasse oder echten Kassenwettbewerb

Auch hier bieten sich zwei Alternativen an: Entweder die Zusammenführung aller gesetzlichen Krankenkassen in eine Einheitskasse. Vorteil wäre die Reduktion erheblicher Verhandlungs- und Verwaltungsvorgänge. Die Alternative wäre die Öffnung der gesetzlichen Bestimmungen, die zu einem echten Leistungswettbewerb führen könnte, beispielsweise der Spezialisierung von Kassen auf bestimmte Kundengruppen, die Entwicklung "kooperierender", also eines Eigen-Engagements honorierender Krankenhaustarife.

Es ist hier nicht der Ort, um alle damit verbundenen Vor- und Nachteile entsprechender Szenarien zu skizzieren. Es wird auch nicht behauptet, dass entsprechende Maßnahmen einfach zu entwickeln oder durchzusetzen wären. Trotzdem drängt sich der Eindruck auf, dass sich die Akteure des Gesundheitswesens und die politisch Verantwortlichen vor einer entsprechenden, tatsächlich riskanten, aber längst überfälligen grundsätzlichen

Debatte über die Weiterentwicklung, besser die Dynamisierung des deutschen Gesundheitswesens lieber durch Rückgriff auf "bewährte", aber nicht problemlösenden Konzepte wie "Bürgerversicherung" oder eben die Beschwörung unseres Gesundheitswesens als "bestes Gesundheitswesen der Welt" und die risikofreie Inszenierung von "Innovationsfonds-Modellen" ohne Umsetzung im Regelbetrieb einfacher.

Leitgedanke 2: Innovationsfähigkeit sui Generis herstellen

Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen werden regelmäßig durch die Politik initiiert und dann durch die gesundheitliche Selbstverwaltung administriert. Zentrales Kennzeichen unseres Gesundheitswesens wurde dadurch der Aufbau wissenschaftlich administrative Stäbe (G-BA, IQWiG, IQTiK etc.), die, ergänzt durch gesundheitsökonomische, versorgungswissenschaftliche, medizinische, neuerdings zu dem medizinethische und pflegewissenschaftliche Lehrstühle und entsprechende privatwirtschaftliche Ausgründungen. Stiftungen und Thinktanks, also zahlreicher Beratungseinrichtungen, die alle angeben, zu wissen, wie es geht, aber nicht bereit sind, Verantwortung für die von ihnen unterbreiten Vorschläge zu übernehmen.

Das Problem ist in der wissenschaftlichen Literatur als [Prinzipal-Agent-Problem](#) bekannt. (Das Informationsgefälle zwischen Auftraggeber und -nehmer führt dazu, dass der Auftraggeber (Prinzipal) die Ausführung des Auftragnehmers überwachen muss.) Das führt zu zusätzlichen Aufwänden und weiterer Bürokratisierung. Im Gesundheitsbereich, in dem Auftraggeber ihrerseits nicht weiter kontrolliert werden, führt das zu einer kontinuierlich wachsenden Entscheidungs-Unfähigkeit, die durch den Aufbau weiterer Gutachtenkapazität kompensiert wird, die Entscheidungen weiter verzögert und qua notwendiger Konsens Bildung notwendige Entscheidungen blockiert. Beispiele sind den Jahresberichten des G-BA zu entnehmen. Selbst einfache Sachverhalte wie Entlassmanagement oder dringende, aber begrenzte Anliegen wie die Notfallversorgung werden jahrelang verschleppt, bevor sie gesichtswahrend, aber nicht problemlösend in die Umsetzung kommen.

Nicolas Nassim Taleb ("Der Schwarze Schwan", "Antifragilität" etal.) hat diesen kontinuierlichen Zuwachs an Systemkomplexität bei mangelhafter Problemlösungskapazität hinreichend beschrieben und skizziert, wie aus Problemen große Probleme, später Systemrisiken werden, die dann, vor dem Hintergrund des totalen Kollapses, durch kurzfristige, aber tiefgreifende Systemeingriffe mit

unabsehbaren Folgen, verhindert werden. Taleb war Hedgefondsmanager und hat auf diese seltenen, aber systemisch zwangsläufigen Eingriffe gewettet und daraus eine Theorie entwickelt.

"Skin in the Game" (dtsch. In einer weniger zutreffenden Titelübersetzung "Das Risiko und sein Preis") zielt auf einen Kerngedanken: "Die eigene Haut riskieren", das deutsche Äquivalent zu "Skin in the Game", konzentriert sich auf folgenden Grundgedanken:

Nur, wer Vorschläge unterbreitet, die er selbst mit eigenem Kapital, eigenem Risiko zu tragen bereit ist, ist glaubwürdig: Der Grundgedanke der Idee des ehrlichen Kaufmanns.

Gewinne werden gemacht, Rücklagen gebildet, um, in eigener Verantwortung, auf eigenes Risiko, Prozesse zu verändern, neue Leistungen zu etablieren, Dienstleistungen zu integrieren, neudeutsch, die eigene Wertschöpfungskette zu konsolidieren, damit steuerbar, veränderbar, skalierbar, effektiver und effizienter zu machen.

Die Aufgabe des "Rahmensetzers" ist es dabei, den Rahmen so zu setzen, dass der Eigennutz des Unternehmers und der Nutzen für die Konsumenten, hier den/die Versicherten, Patienten, Bürger, vertreten durch den Staat, in ein "angemessenes Verhältnis" gebracht werden können.

Wie bereits angedeutet, ist das in dem Dschungel der verschiedenen Leistungserbringern, niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern (mit den darin integrierten Professionen), den dafür notwendigen technischen Gerätschaften, Digitalen Anwendungen, Arzneimittelherstellern und -abgabestellen, Physio-, Psycho- und anderen Therapeuten und -Pfleger- und Gesundheitsberufen und ihrer ärztlich-honorartechnischen Hierarchisierung und den kleinteiligen Geschäftsmodellen nicht so einfach.

Aber notwendig.

Das bisher angewandte Prinzip, für jeden konkreten Anlass und jedes Teilthema ein eigenes Gesetz, ergänzend Verordnungen zu erlassen, die das verbindlich und ausschließlich regelt ("Erlaubnisvorbehalt"), hat zu einer Verstopfung und Selbstblockade des Rahmengebers Politik geführt, ohne dass die Probleme in der notwendigen Geschwindigkeit und Gründlichkeit gelöst wurden.

Mit diesem System "zu brechen", besser, dieses statische, verbotsorientierte Governancesystem in ein System dynamischer und agiler "Leitplankensetzung" zu überführen, dafür plädiert dieser Beitrag; - ohne ausführen zu können, wie eine solche Weiterentwicklung der gesundheitlichen Governance denn gesetzestechnisch realisiert werden könnte.

Digitalisierung (über alle Bereiche, von der eGK über telemedizinische Verfahren, die Arbeit mit Echtzeitdaten bis hin zur "just in time" Anwendung realer Versorgungsdaten für neue Diagnose- und Therapiekonzepte), Regionalisierung, Strukturierung (Das Beispiel Krebstherapie mit Zentren und Schwerpunktpraxen macht es vor), Multiprofessionalität, also die weisungsunabhängige Ertüchtigung neuer Gesundheitsberufe und Regionalisierung können "Booster", Beschleuniger und Ankerpunkte für solche Innovationsbeschleunigung sein.

Alle diese "Booster" benötigen einen weiterentwickelten, flexibleren Rahmen.

Leitgedanke 3: Regionalisierung als ein möglicher konzeptioneller Bezugsrahmen

In den vergangenen Jahren hat sich Regionalisierung als DER konzeptionelle Rahmen für eine komplexitätsreduzierende und problembewußte Lösungsstrategie herauskristallisiert.

Regionalisierung ist deswegen ein überzeugender Gedanke, weil Versorgungsentpässe längst vorhanden sind, auch wenn sie von den Vertretern kollektiver Ärzteinteressen, den Kassenärztlichen Vereinigung weitgehend geleugnet oder nur unter Beibehaltung des machtpolitischen "Prä" der Ärzteschaft auf die Gesundheitslandschaft gedacht wird (und werden soll).

Allerdings unterscheiden sich verschiedene Konzepte der Überführung in ein regionalisiertes Gesundheitswesen (Hildebrandt et. al, 2021, Stiftung Münch, verschiedene). Während Hildebrandt et. al. ein graduell vorgehendes, ohne größere Veränderung der Rahmenbedingungen umsetzbares Konzept (Teilung des Effizienzgewinns neuer Therapieansätze zwischen der verantwortlichen Organisation und dem Kostenerstatter) vorschlagen, präferieren Münch et. al. budgetbasierte Ausschreibungskonzepte für eine populationsbezogene Versorgung. Dies hat erhebliche

Vorarbeiten (Schaffung regionaler Budgets, Abschaffung gesetzlicher und untergesetzlicher Regulierung) zur Voraussetzung.

Denken wir Regionalisierung weiter, müssen wir uns eingestehen, dass die Realisierung jeglicher Veränderungen im Gesundheitsbereich ein langwieriges Vorhaben sind. Die Dekonstruktion und "Entrümpelung" des juristischen Rahmens, die Entkopplung der verschiedenen politischen Ebenen und die Neujustierung des gesundheitspolitischen Governancerahmens werden ein Projekt, das sich über einen Zeitraum von 10-12 Jahren erstrecken würde.

Und dieser Prozess wird parallel zu einer Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stattfinden:

- dem massiven Ausscheiden der Ärzteschaft der "Babyboomer"-Generation aus dem Arbeitsleben,
- den veränderten Wünschen der jungen ärztlichen Generation,
- dem Fehlen von Pflegekräften,
- der Verknappung von Arbeitskräften generell und
- der Verknappung finanzieller Ressourcen.

Einfach gesagt: Die Veränderung des institutionellen Systems "Gesundheitswesen" wird unter sich verändernden Rahmenbedingungen (weniger Ärzte, weniger Pflegekräfte, weniger Arbeitskräfte, weniger stark wachsende Finanzströme, Akkumulation der Rahmenfaktoren in bestimmten Regionen) stattfinden müssen.

Abstrakte Debatten um "die besten Lösungen" sind vor diesem Hintergrund überflüssig. Stattdessen scheint es notwendig, Flexibilisierungen auf allen Ebenen möglich zu machen:

- Ärztliche durch nichtärztliche Professionalität zu ersetzen
- Die institutionelle Kleinteiligkeit durch komplexitätsfähige wachsende Institutionen (Konsolidierung der Institutionellen Landschaft, Skalierung etc) aufzulösen
- Den wissenschaftlichen "Workflow" von der Forschung in die Entwicklung bis zur Regelversorgung zu beschleunigen
- Die Entscheidung über die Nutzung digitaler Instrumente in die Hände der im Versorgungsalltag tätigen Institutionen zu geben

- Honorierungssysteme zu pauschalisieren und somit selbständig verantwortungs- und entscheidungsfähigen Akteure Verantwortungsräume zuzuweisen.

Leitgedanke 4: Privates Kapital als Chance nutzen

Privates Kapital KANN ein Hebel, ein Booster sein, um die Veränderung des deutschen Gesundheitswesens, und zwar zum Nutzen aller, zu verbessern. Aber Voraussetzung dafür ist das Eingeständnis der Politik, dass Kapital einen mittelfristig berechenbaren Rahmen benötigt, damit die jeweiligen Akteure, und zwar egal, ob das unternehmerische KnowHow in öffentlichen Institutionen, in gemeinnützigen, Stiftungen oder Genossenschaften oder in Privatunternehmen steckt, eine Handlungsstrategie entwickeln und mittelfristige Investitionen verantworten können.

Die bisherigen politikinitiierten Innovationsversuche scheiterten nach Überzeugung des Autors daran, dass sie nicht oder (wegen der notwendigen politischen Kompromißbildungen) nicht mehr zielgenau waren, zu kleinteilig administriert wurden, so dass sich keine Innovationsdynamik entfalten konnte, die von den Akteuren selbst ausging und verantwortet werden konnte. Zumeist haben sie, wie eben der Innovationsfonds, nur Mitnahmeeffekte generiert.

Privates Kapital kann also Innovationen beschleunigen, wenn man es lässt. Und die Ziele von Politik und Akteuren gleiche sind: Ein skalierungsfähiges oder skaliertes gutes "Versorgungs"angebot (ein schreckliches, nach Volkserholungeheim klingendes Wort, das wir künftig mit Gesundheitslandschaft ersetzen werden). Privates Kapital kann also zu einer innovationsfähigen und besseren Gesundheitslandschaft - und damit zu mehr Gesundheit für alle - führen, wenn "Windfall Effekte", Plünderungen und Kurzfrist-Interessen von Akteuren "außen vor bleiben".

Und umgekehrt: Selbst mit steigenden Zinsen gibt es unzählige Investoren und investitionswilligen, die gerne gutes Geld für gute Gesundheitsleistungen investieren wollen und mit "vernünftigen" Rentabilitäten zufrieden sind. Oder die, dafür liegen dem Autor Beispiele vor, bereit sind, in das Gesundheitswesen vor Ort mit zu investieren, damit sie auch künftig Mitarbeiter an ihren, zuweilen in ländlichen Regionen angesiedelten Unternehmen gewinnen können. Dass übrigens auch Kommunen "unternehmerisch" tätig sein könnten, zeigt auch ein Bericht über einen Bürgermeister einer hessischen kleinen Gemeinde, [das Wunder von Steppach](#), der aus einem absterbenden Ort einen Vorzeigestandort gemacht hat. Das Beispiel zeigt übrigens

auch, dass da keine "einfachen Rezepte" existieren, sondern sich die jeweilige Strategie an der jeweiligen Situation, den Personen vor Ort, der "Haltung" vor Ort, der Ausgangsbasis vor Ort und möglichen Optionen entscheidet.

Was braucht ein Unternehmer also vorrangig? Antwort: Klare Rahmenbedingungen, mittelfristige Berechenbarkeit und Spielräume, um seine unternehmerischen Ideen effizienter und effektiver Gesundheitsangebote anschieben, korrigieren und "ausrollen" zu können.

An Ideen dazu fehlt es nicht. Digitalisierung benötigt Anschubfinanzierung, DIGAS, um auch darauf zu sprechen zu kommen, benötigen nicht nur einen "Spahn'schen Fasttrack" zur Zulassung, um dann im kassenärztlichen Würgegriff, trotz inzwischen guter Leistungsdaten, wieder abmoderiert zu werden. Nein, DIGAS und alle digitalen Instrumente benötigen Ärzte "an der Front", die mit ihnen arbeiten wollen, damit sie ihre Patientinnen und Patienten dafür gewinnen können, das mal auszuprobieren. Neues, gerade, wenn es breit verankertes Alltagshandeln adressiert, greift eben nicht "über Nacht", sondern nur, wenn sie in ein Handlungs- und Behandlungssetting der "Leistungserbringer" vor Ort eingebettet sind.

Und damit nicht genug: Neurologen warnen bereits jetzt, dass künftige, individualisierte Arzneimitteltherapien überhaupt nicht mehr in das Evaluierungs- und Honorierungsschema von G-BA und IQWiG passen, Doppelblindstudien für Einzelfalltherapien?

Um mich nicht dem Vorwurf der Kritiklosigkeit auszusetzen: Natürlich benötigen wir auch eine Diskussion darüber, welche Regeln wir privatem Kapital im "Gemeinwohlbereich" Gesundheit auferlegen sollten. Das Vorgehen von Hedgefonds, durch Kreditaufnahme Unternehmen zu kaufen, mit "schnellen Maßnahmen" einen ersten Profit erzielen zu können, die Schulden aber den gekauften Unternehmen aufzubürden und diese dann schnell wieder zu veräußern, sind Riegel vorzuschieben. Die Frage, welche Regeln das sein sollten, sind allerdings differenziert und ergebnisorientiert zu diskutieren. Tabuisierung privaten Kapitals und Populismus sind zu unterlassen.

Leitgedanke 5: Multiprofessionalität, um nicht ständischen Institutionen Gewährleistungspflichten zu übertragen

Die Verknappung des "teuersten" Berufs, gemessen an den Ausbildungskosten, des Landes ist bekannt. Rund $\frac{1}{3}$ der aktuell tätigen Ärzte befinden sich in der Altersgruppe der über 60jährigen, scheiden also ab sofort aus der Berufstätigkeit aus. Sie können zahlenmäßig nicht durch junge Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden. Die Zeiten wären also günstig, die starke Arzt Fixierung des Deutschen Gesundheitswesens, sowohl auf professioneller (Krankenhaus) wie auf institutioneller Ebene (Niedergelassene Einzelarztpraxis mit Delegationsvorbehalt) als Referenzmodell ambulanter Versorgung weiterzuentwickeln zu einem Modell, in dem Institutionen, nicht Personen, Qualitäts- und Leistungszusagen gewährleisten müssen. Wir alle wissen, dass in einer zügigen Nutzung digitaler und datengestützter Modelle, mit präventiv konzipierten Versorgungsmodellen, in Skalierung und der institutionellen Weiterentwicklung der Gesundheitslandschaft die großen Verbesserungspotentiale für mehr Gesundheit bei höherer Arbeitszufriedenheit und besserer Kosteneffizienz liegen.

Nur, man muss diese Veränderung zulassen. Natürlich benötigen wir auch weiterhin eine Politik, die den Rahmen setzt, besser sollten wir allerdings sagen, die den Rahmen weiterentwickelt, zu einem "atmenden Rahmen" oder "Leitplanken" weiter entwickelt, innerhalb derer sich verändernde Instruktionen neue Lösungen entwickeln, auf den Weg bringen und verantworten können.

Das beinhaltet aber auch das Zugeständnis, dass die Zukunft nicht planbar ist, sondern "erschlossen" werden muss. Dass alle Akteure Bedeutung im Gesundheitswesen haben, aber nicht sui generis, sondern immer auch zeigen müssen, welchen Beitrag sie zu einem sich verbessernden Gesundheitswesen leisten. Die Herausforderungen, vor denen wir stehen, verbieten es, sowohl quantitative als auch qualitative Aussagen über die institutionelle Gesundheitslandschaft von morgen zu treffen.

Was wir brauchen, sind konzeptionelle Ansätze derer, die sich bereit erklären, mehr Verantwortung für die künftigen Gesundheitslandschaft, mehr Verantwortung für eine flächendeckende gute, aber eben auch kosteneffiziente und leistungsmäßig sich weiterentwickelnde Gesundheitsversorgung zu übernehmen.

Ausblick

»Nicht auf die Quantität, sondern auf die Qualität des Wirkens kommt es an.«

Albert Schweizer

Kein Zweifel: Nie gab es mehr Politik als heute. Aber adressieren die Gesetze die wirklich großen Herausforderungen? Mobilisieren sie tatsächlich die dafür notwendigen Kräfte? Und sind wir fähig, die Veränderungspotenziale optimal zu realisieren?

Oder anders gefragt: Finden wir in einer komplexen, also aufgrund der zahlreichen und interagierenden Herausforderungen nicht planbaren Situation eine gesellschaftlich akzeptierte und politisch eingeleitete Antwort? Eine, die Risiken nicht leugnet, sondern benennt. Eine, die Vertrauen in Akteure herstellt und damit die Voraussetzungen schafft, dass wir das schaffen können? Gelingt es uns eine Wahrnehmung durchzusetzen, die politische Verantwortung wieder stärker auf Rahmensetzung konzentriert, anstatt sich in kleinteiligem Micromanagement zu verlaufen?

Die Antwort, so wäre meine These, können nur starke, innovations- und risikobereite Akteure aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft und anderer Wirtschaftssektoren geben, die sich der Idee eines gemeinwohlorientierten Gesundheitswesens verpflichtet sehen und die bereit sind, mit einer gemeinsamen Haltung in die Debatte mit Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit einzusteigen.

Anhang

Veröffentlichungen Nikolaus Huss zum Thema Gesundheit

Datum	Titel	Untertitel
23.09.2025	Keine Unschuldengel im Gesundheitswesen	Autorenbeitrag "Welt der Gesundheitsversorgung"
23.01.2024	Roadmap innovationsfähiges Gesundheitswesen	Anmerkungen zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems
15.07.2023	Klinikschließungen: Bürgerproteste entschärfen!	Autorenbeitrag in f&w 08/2023
12.06.2023	Kann die Plattformwirtschaft modernisieren?	Autorenbeitrag in "h&c management" 03-2023
05.03.2023	Gematik: 5 Schritte zur Digitalagentur	Autorenbeitrag in f&w 03/2023
15.01.2023	Vom Heute lösen. Papier "Boosting eHealth Governance "	Autorenbeitrag in "h&c management" 01-2023
15.12.2022	Koalition der Willigen	Autorenbeitrag in "Welt der Krankenversicherung" 12/2022
14.10.2022	Macht Digitalisierung das Gesundheitswesen besser	e-health-com Kommentar zum aktuellen eHealth-Government
22.09.2022	Gesundheitspolitik neu ausrichten. Jetzt!	Observer Gesundheit Kommentar zum eHealth Strategieprozesses des BMG
19.09.2022	Umsetzung von Digitalisierung und Innovation nicht ohne Schmerzen	Observer Gesundheit Kommentar zum Auftakt des eHealth Strategieprozesses des Gesundheitsministerium
19.09.2022	Boosting eHealth Government	Autorenpapier zur eHealth Strategie des Bundesgesundheitsministeriums

Datum	Titel	Untertitel
26.06.2022	Zu viel Gestern im Heute	Zum Rechtssymposium des G-BA
18.10.2021	Gesundheitspolitik neu ausrichten. Jetzt!	Thesenpapier zu den Prioritäten in der 20. Legislaturperiode.
07.10.2021	Get it done!	Appell der verantwortungsbereiten Gesundheitswirtschaft
15.09.2021	Innovationstreiber Regionalisierung	Autorenbeitrag in Hildebrandt/Stuppardt: Zukunft Gesundheit: regional, vernetzt, patientenorientiert (9/2021)
24.03.2021	Gesundheit regional machen	Thesenpapier der Task Force Integriert Regionale Gesundheit (TF IRG) zur Anhörung "Gesundheitsregionen" im Deutschen Bundestag
15.01.2021	Plädoyer für ein dezentrales Gesundheitswesen	Autorenbeitrag in Jens Baas (Hrsg.) Gesundheit und Politik für die 2020er-Jahre, medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
14.10.2020	Die Macht denen, die es machen	Veröffentlichung in e-health.com 5/2020
14.05.2018	Eine eHealth-Strategie für Deutschland. Das Papier der eHealth-AG der HIMSS DACH-Community.	in: "Revolutionary Hospital", Bibliomed-Manager
15.07.2017	Minister of Health, open this Gate!	Für ein deutsches eHealth-Gesetz 2.0. Eine Veröffentlichung der eHealth-AG der HIMSS DACH-Community
05.05.2017	Politikversagen. Das schlägt auf Ihre Gesundheit	Beitrag in The European

Datum	Titel	Untertitel
30.10.2014	Handle with Care!	Gesundheitspolitischer Reader. Ordnungspolitische Überlegungen
04.07.2013	Out of The Box	Arena-Analyse des deutschen Gesundheitswesens