

Gesundheitspolitik im Vorfeld der Wahlen zum 19. Deutschen Bundestag – Allgemeinplätze oder Visionen?*

FRANZ KNIEPS

Franz Knieps ist Vorstand des BKK Dachverbandes e.V. und Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“

Die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags verzeichnete eine emsige Gesetzgebungsarbeit in der Gesundheitspolitik, ohne ihr eine besondere politische Prägung zu geben. Das ist sicherlich primär darauf zurückzuführen, dass sprudelnde Beitragseinnahmen der Politik vier Jahre erlaubten, die Spendierhosen anzubehalten. Daneben dürfte die Vermeidung kontroverser Themen – wie etwa die Zusammenführung der getrennten Versicherungs- und Versorgungssysteme – für eine (trügerische) Ruhe und Entspannung gesorgt haben. Die Zeche zahlen die Versicherten in Form steigender Zusatzbeiträge bzw. Versicherungsprämien. Dass der Konjunkturmotor vier weitere Jahre mit Vollgas läuft, darauf sollte sich die Gesundheits- und Sozialpolitik nicht blind verlassen. Sie sollte sich vielmehr Gedanken machen, wie strukturelle Defizite des deutschen Gesundheitswesens abgebaut, zentrale Herausforderungen – wie Digitalisierung oder Demografie – gemeistert und Qualität, Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessert werden können. Der Beitrag wirft einen Blick in die Wahlprogramme der wichtigsten Parteien, beschreibt weitere Handlungsfelder und sucht nach den Umrissen von Zukunftsvorstellungen.

1. Wahlprogramme zwischen Wohlfühlpackungen und Klientelhäppchen

Die Wählerinnen und Wähler in Deutschland hätten eigentlich ein Anrecht darauf, dass diejenigen, die sich zur Wahl stellen, ihnen vorher mitteilen, was sie

* Der Autor gibt hier ausschließlich seine persönliche Auffassung wieder. Der Verfasser dankt Herrn Julian Visarius für die Erstellung einer synoptischen Gegenüberstellung der Wahlprogramme von CDU/CSU (noch im Entwurfsstadium), SPD, Die Linke, Bündnis 90 Die Grünen und FDP. Der Beitrag verzichtet auf wissenschaftliche Anmerkungen.

denn im Fall einer Regierungsbeteiligung nach der Wahl zu tun gedenken. Wer die Wahlprogramme der Parteien, die teilweise zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Beitrags Mitte Juli erst im Entwurfsstadium vorliegen, analysiert, den dürfte bald Enttäuschung und Langeweile überkommen. Wer anspruchsvolle Ziele, mutige Reformen oder kreative Anregungen sucht, wird mit politischen Ladenhütern und belanglosen Allgemeinplätzen abgefunden. Natürlich sollen Freiheit und Gerechtigkeit, Solidarität und Pluralität weiterhin das „bewährte System“ leiten. Natürlich ist für jede Interessengruppe – und daran mangelt es im Gesundheitswesen nicht – zumindest ein Appetithäppchen dabei. Kleinere Parteien liefern in bewährter Tradition auch Versprechungen für größere Kuchenstücke. Wer grundlegendere Reformen will – wie beispielsweise die Bürgerversicherung oder die Neuordnung des Finanzierungssystems – bleibt hinreichend vage, wohl weil man negative Bewertungen in „Bild, BamS und Glotze“ vermeiden will. Wer wissen will, was wirklich gedacht und geplant wird, muss Arbeitspapiere von Parteigruppierungen und parteinahen Stiftungen durcharbeiten oder neuere Publikationen von „Vor- und Querdenken“ zur

Auffällig ist, dass mehr zu einzelnen Problemfeldern als an einer Vision für das Gesamtsystem gearbeitet wird.

Kenntnis nehmen. Auffällig ist dabei, dass mehr zu einzelnen Problemfeldern als an einer Vision für das Gesamtsystem gearbeitet wird. Deutlich wird auch, dass die Leuchtkraft der Ideologien nachlässt. Die eindeutige Zuordnung von bestimmten gesundheitspolitischen Vorstellungen zu einer Partei wird immer schwieriger. Es „merkt“ halt auch in der Gesundheitspolitik.

Trotzdem sollte man zumindest einen kurzen Blick in die Wahlprogramme werfen um festzustellen, was die Parteien erreichen oder verhindern wollen (Die folgende geraffte Übersicht ist dabei nach Sachthemen und nicht nach Parteien geordnet.):

■ Finanzierung und Versicherung

Wie in allen Wahlkämpfen des 21. Jahrhunderts bleibt die Zukunft des dualen Versicherungssystems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung umstritten. Während die Unionsparteien für eine Prolongierung des Status Quo aussprechen, die Einführung einer „sogenannten Bürgerversicherung“ ausdrücklich ablehnen und allenfalls hinter den Kulissen über inkrementelle Veränderungen – wie etwa die allgemeine Portabilität der Altersrückstellungen in der PKV zur Belegung des Wettbewerbs – diskutieren, spricht sich die FDP für ein allgemeines Wahlrecht unabhängig vom Einkommen, also für die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, aus. SPD, Linke und Grüne halten am Ziel der Bürger- oder Einwohnerversicherung fest, werden aber im unterschiedlichen Ausmaß konkret, was die Ausgestaltung dieser alle Bürgerinnen und Bürger umfassenden Versicherung betrifft. Die SPD betont vor allem die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung von Arbeitgebern und Versicherten und folgerichtig die Abschaffung des Zusatzbeitrags in der GKV. Alle erstmalig und alle bislang gesetzlich Versicherten sollen automatisch in die Bürgerversicherung aufgenommen

werden; Beamten und Beamtinnen soll dort ein beihilfefähiger Tarif angeboten werden. In der ambulanten Versorgung soll es eine einheitliche Honorarordnung geben; EBM und GOÄ/GOZ sollen mithin abgeschafft werden. Die GKV soll für „kleine“ Selbständige günstiger werden; statt des gesetzlich fixierten Mindestbeitrags soll die Bemessung der Beiträge für Selbständige einkommensabhängig werden. Chronisch Kranke sollen von Zuzahlungen entlastet werden. Keine Aussagen macht die SPD zur Zukunft der Beitragsbemessung, zur Erfassung anderer Einkommen als Löhne und Gehälter oder zur Zukunft bislang privat Krankenversicherter. Da wird die Linke konkreter. Sie will alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem jetzigen Versicherungsschutz in die Bürgerversicherung einbeziehen, Gewinne und Kapitaleinkünfte verbeitragen, die Beitragsbemessungsgrenze abschaffen und die Parität von Arbeitgebern und Beschäftigtenwiederherstellen. Dadurch

soll der Beitragssatz (Der Durchschnitt oder ein gesetzlich festgelegter?) auf unter 11% sinken. Die PKV soll auf Zusatzleistungen beschränkt werden. Wie die SPD will die Linke die Unterschiede zwischen den Honorarsystemen abschaffen. Ähnlich sehen auch die Vorstellungen von Bündnis 90/Die Grünen aus. Allerdings gibt es keine Aussage zur Beitragsbemessungsgrenze. Dafür sollen Selbständigen mit Beitragsrückständen bei der Krankenversicherung die Beitragsschulden erlassen werden. Alle Zuzahlungen der Versicherten, insbesondere zu Arzneimitteln, sollen abgeschafft werden. Für alle Geflüchteten soll der Zugang zum Gesundheitssystem über die Gesundheitskarte erfolgen. Das soll aber noch keine Aussage über die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter sein.

■ Wettbewerb und Risikostrukturausgleich

Während die Befürworter einer Bürgerversicherung vom Ende des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV ausgehen (ausführlich dazu Greß/Lüngen in diesem Heft), betonen Unionsparteien und FDP in politischen Statements dessen innovationsfördernde Wirkungen. CDU/CSU sehen es Aufgabe der Politik an, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Wer will kann darin die Ankündigung einer Reform des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen und der gesplitteten Aufsicht zwischen Bund und Ländern hinein interpretieren. Die FDP will den Kassenwettbewerb stärker auf den Leistungsbereich ausdehnen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und Innovationen zu beschleunigen. Versicherte sollen die freie Wahl zwischen verschiedenen Tarifen und Selbstbeteiligungen haben. Auch soll der Spielraum von Krankenkassen und Leistungserbringern für Selektivverträge ausgeweitet werden, um innovative Versorgungsformen zu stärken. Wenn die Qualität der Versorgung dadurch verbessert werden kann, soll der Nachweis der Wirtschaftlichkeit künftig entfallen. Den entgegengesetzten Pol der Positionierung zum Kassenwettbewerb markiert die Linke. Sie will den Wettbewerb im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern zurück drängen und Ausschreibungen

wie Rabattverträge, etwa bei Hilfsmitteln, verbieten. SPD und Grüne ziehen es vor, zu diesem Themenfeld keine Aussagen zu machen, obwohl es in den Parteien und Fraktionen hierzu lebhaft Diskussionen gibt.

■ Ambulante, stationäre und integrative Versorgung

In der Formulierung des Ziels einer flächendeckenden, vernetzten gesundheitlichen Versorgung sind sich alle Parteien einig, die Unterschiede liegen eher in der Schwerpunktsetzung und in der Ausgestaltung des Instrumentenkastens zur Erreichung dieses Ziels. Konsens besteht hinsichtlich der Sicherung und Stärkung der Primärversorgung und speziell der Allgemeinmedizin. Konsens besteht auch, dass die verschiedenen Arztgruppen in der ambulanten Versorgung enger zusammenarbeiten sollen und die Verzahnung mit dem stationären Sektor herbeigeführt werden muss. SPD, Linke und Grüne fokussieren sich dabei auf eine sektorübergreifende Planung, die auch Prävention, Rehabilitation und Pflege einbeziehen (SPD) und kleinräumiger sowie unter Einbeziehung aller Gesundheitsberufe erfolgen (Linke) soll. Damit sollen nach Auffassung der Linken Arztsitze gleichmäßiger verteilt werden. Mittelfristig sollen Polikliniken (!) zum Rückgrat der ambulanten Versorgung werden. Zusätzlich sollen besondere Versorgungsformen wie Patientenbusse, Teilzeitpraxen oder Medizinische Versorgungszentren (!) die Arbeit im ländlichen Raum attraktiver machen. Dem setzt die FDP die Niederlassung in eigener Praxis entgegen, um langfristig und wohnortnah Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Dabei darf das Mantra der Abschaffung der Budgetierung im Gesundheitswesen nicht fehlen.

Unterschiedliche Akzente setzen die Parteien im Kontext der stationären Versorgung. Die Unionsparteien versprechen den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung, um Notfälle kostendeckend behandeln und die Krankenhaushygiene verbessern zu können. Bei der Entwicklung der Krankenhausvergütung soll es einen vollen Ausgleich der Tariflohnsteigerungen geben. Die Union bekennt sich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und zur zügigen Umsetzung der in der

laufenden Legislaturperiode beschlossenen Maßnahmen zur besseren Personalausstattung in der Pflege. Sie will eine flächendeckende, gut erreichbare stationäre Versorgung sichern und die Zusammenarbeit mit Spezialkliniken und Universitätskliniken verbessern. Die FDP appelliert an die Bundesländer, ihrer Investitionsverantwortung nachzukommen. Sie will auch in der stationären Versorgung den Selektivvertragsspielraum über die integrierte Versorgung hinaus ausbauen und die Beschränkungen der Qualitätsverträge auf wenige Indikationen aufheben. Die Freidemokraten fordern eine sinnvolle Profil- und Zentrenbildung sowie einen Bundeszuschuss an die Bundesländer, die ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Bei der Sicherung der Investitionen in Krankenhäuser bleibt die SPD vage, während die Linke eine Beteiligung des Bundes in Höhe von jährlich 2,5 Mrd. € fordert. Die will zudem das Fallpauschalensystem abschaffen, ohne zu sagen, was denn an deren Stelle treten soll – etwa der tagesgleiche Pflegesatz mit Selbstkostendeckungsprinzip? Krankenhäuser sollen unter dem Rubrum Rekommunalisierung wieder in öffentliche Trägerschaft überführt werden. Wie SPD und Grüne verlangen sie eine gesetzliche Personalbemessung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. SPD und Grüne lassen erkennen, dass sie ebenfalls die Investitionsfinanzierung neu regeln wollen, ohne Einzelheiten und den Ladenhüter der Monistik zu entstauben. Die Linke verlangt zudem eine neue Psychiatrie-Enquete, um die humanitären und finanziellen Bedingungen in der Psychiatrie zu verbessern.

■ Arzneimittelversorgung

Auch im Entwurf des Wahlprogramms von CDU und CSU wiederholen die Christdemokraten ihren Kotau vor den Verbandsinteressen der Apotheker und fordern ein Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Medikamente. So weit geht die FDP, denen immer eine besondere Nähe zu bestimmten Klientelgruppen im Gesundheitswesen nachgesagt wurde, ausdrücklich nicht. Sie fordert faire Wettbewerbsbedingungen insbesondere zwischen inhabergeführten Apotheken in Deutschland und ausländischen Versandhandelsapotheken. Zudem will die FDP neue Honorie-

rungsformen, etwa für die individuelle Beratung, und Sicherstellungszuschläge für Apotheken an abgelegenen Standorten einführen. Die SPD lässt erahnen, dass sie die Rahmenbedingungen für die Preisfestsetzung für neue Medikamente ändern will; Details bleibt sie schuldig. Bündnis 90/Die Grünen haben diesen Teilbereich in ihrem Programm gleich ganz ausgespart. Die Linke will die Pharmaindustrie unter demokratische Kontrolle stellen, was immer dies auch heißen mag (Verstaatlichung?) und die Arzneimittelpreise deckeln, an der Nutzenorientierung der Preisbestimmung aber festhalten. Ärztinnen und Ärzte sollen nicht länger für die Verordnung bestimmter Arzneimittel belohnt werden dürfen. Für alle Arzneimittelstudien soll ein öffentliches Studienregister eingeführt werden.

■ Prävention und Vorsorge

Nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes in dieser Legislaturperiode scheint in den Parteien nach vier gescheiterten Anläufen der Elan für weitere Reformbestrebungen weitgehend erloschen. Die Unionsparteien wollen immerhin ein nationales Gesundheitsportal schaffen, das wissenschaftlich abgesicherte und verständliche Informationen für die Bürgerinnen und Bürger bündelt. Die SPD will die Prävention in Kitas, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen unterstützen (Das steht schon im Gesetz!) und – eng verknüpft mit dem Programm Soziale Stadt – ein Programm Gesunde Stadt auflegen. Speziell die gesunde Ernährung in Kita, Schule und anderen Ganztageseinrichtungen ist ein besonderes Anliegen dieser Partei, während die Grünen vor allem das Wissen über eine gesundheitsbewusste Lebensweise vermitteln wollen. Grüne fordern zudem einen besseren Infektionsschutz der Bevölkerung durch Information und freiwillige Beratung. In der Prävention soll ebenso wie in der Behandlung und der Gesundheitsforschung geschlechtsspezifische Aspekte stärkere Beachtung finden. Zur Prävention findet man in den Wahlprogrammen von Linken und FDP nichts.

■ Rehabilitation und Pflege

Allen Parteien ist bewusst, dass der sozio-demografische Wandel weitere

Veränderungen bei der Rehabilitation und in der Pflege erforderlich machen. Deshalb will die Union eine Konzentrierte Aktion Pflege ins Leben rufen. Die Möglichkeiten der Rehabilitation sollen vor allem durch eine bessere Kooperation der Sozialversicherungsträger stärker genutzt werden. Hospiz- und Palliativversorgung sollen weiter ausgebaut werden. SPD, Linke und Grüne wollen auch in der Pflegeversicherung eine Bürgerversicherung einführen. Einig sind sich diese Parteien auch, die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Die Linke plädiert für die Einführung einer Pflegevollversicherung, die alle Pflegeleistungen umfasst. Der Pflegevorsorgefonds soll in einen Pflegepersonalfonds umgewandelt werden. In den Gremien (wohl der Pflegeversicherung) sollen die Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe Antrags- und Stimmrechte erhalten. In Pflegeeinrichtungen soll eine Fachkraftquote von mindestens 50% festgeschrieben werden. Alle Pflegekräfte sollen nach einer kosten- und gebührenfreien Ausbildung mittels Allgemeinverbindlichkeitserklärung bundesweit einheitliche Tariflöhne erhalten. Für Pflege-Assistenzkräfte soll ein neues Berufsbild entwickelt werden. Für pflegende Angehörige sollen eine dreimonatige Pflegezeit Plus und jährlich zehn Tage zur Behebung akuter Notsituationen eingeführt werden; hierzu erhalten sie einen Freistellungsanspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber und Lohnersatz. Zudem soll ein unabhängiges Institut für Qualität in der Pflege errichtet werden. Für die Personalbemessung sollen bundesweit verbindliche Bemessungsinstrumente implementiert werden. Die Durchlässigkeit zwischen den Pflegeberufen soll durch eine gestufte Ausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten ermöglicht werden. Die Freien Demokraten fokussieren sich auf den Abbau des Aufwands für Dokumentation und Bürokratie durch die Nutzung von IT- und Assistenzsystemen sowie den Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgung. Auch die FDP plädiert für eine integrative Ausbildung und eine den Qualifikationen angemessene Vergütung von Pflegekräften. Sie spricht sich für eine Aufhebung der Strafbarkeit für die geschäftsmäßige Unterstützung der Selbsttötung aus.

■ Digitalisierung und E-Health

Mit Ausnahme der Linken setzen alle Parteien große Hoffnung in die Wirkungen der Digitalisierung auf das Gesundheitswesen. Alle wollen einen flächendeckenden Ausbau der Breitbandversorgung mit Giga-Bite-Kapazität. Die Union will die Möglichkeiten der Digitalisierung entschlossen nutzen. Hierzu zählen unter anderem der Einsatz von Telemedizin und die Nutzung von künstlicher Intelligenz, Big Data, Quantentechnologie und Robotik sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung. Die SPD will endlich den Aufbau der Telematikinfrastruktur abschließen. Ebenso wie die Grünen betonen Sozialdemokraten, dass die Datenhoheit bei den Patientinnen und Patienten liegt und personenbezogene Daten effektiv zu schützen sind. Hierzu wollen die Grünen ein Klagerecht bei Datenschutzverstößen ermöglichen. Die FDP fordert einen massiven Ausbau digitaler Gesundheitsdienste und will politische und administrative Kompetenzen in einem Digitalministerium bündeln. Die Speicherung der Daten soll dezentral erfolgen. Jeder Zugriff, der nur mit Einverständnis des Betroffenen erfolgen darf, ist zu dokumentieren.

■ Selbstverwaltung und Patientenrechte

Allein die Unionsparteien bekennen sich – nach den Übergriffen in der laufenden Legislaturperiode – zum Prinzip der Selbstverwaltung. SPD, Linke und Grüne wollen die Mitwirkung von Patienten- und Berufsvertretern in den Gremien der (gemeinsamen) Selbstverwaltung stärken.

SPD wie Grüne wollen eine Patientenstiftung des Bundes gründen, die einen Entschädigungsfonds für Behandlungsfehler speist.

■ Gesundheitsberufe

Alle Parteien außer der FDP wollen eine gebührenfreie Ausbildung aller Gesundheitsberufe. Auch nehmen sie sich der besonderen Situation von Hebammen und Geburtshelfern an. Dazu zählen die problematischen Bedingungen der privaten Haftpflichtversicherung, die die Linken in einen öffentlichen Haftungsfonds überführen wollen.

2. Verborgene Agenden – Was nicht in Programmen, gleichwohl aber auf der Tagesordnung steht

Wahlprogramme sind vom Umfang her begrenzt, eher abstrakt als konkret, mehr an große Wählergruppen als an versierte Spezialisten gerichtet. Deshalb stehen weitere Punkte auf der Tagesordnung der nächsten Legislaturperiode, die entweder aus Opportunitätserwägungen nicht in den Papieren enthalten sind oder wegen ihrer Detailliertheit nicht für allgemeine Zielbeschreibungen geeignet sind. Das gilt für alle in diesem Beitrag aufgeführten Handlungsfelder, unabhängig davon, ob sie große Umwälzungen – wie zum Beispiel die Konvergenz von GKV und PKV – oder spezielle Steuerungsinstrumente – wie etwa eine integrative Bedarfsplanung betreffen (siehe die Beiträge in diesem Heft). Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Reformgesetze aus der laufenden Legislaturperiode teilweise erst in den kommenden Jahren umgesetzt werden und ihre Wirksamkeit entfalten. Dabei können auch Risiken und Nebenwirkungen auftreten, mit denen der Gesetzgeber nicht gerechnet hat und die zu Anpassungen und Korrekturen zwingen. Hinzu kommen Korrekturen, die sich aus der Rechtsprechung ergeben, wie zum Beispiel das Verbot der Mischpreisbildung für neue Arzneimittel im Rahmen des AMNOG-Prozesses oder die verfassungsrechtlichen Zweifel an der Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses, die sich zwischen den Zeilen eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes herauslesen lassen. Letztere haben den Bundesgesundheitsminister bewogen, den gutachterlichen Rat von renommierten Staatsrechtlern einzuholen. Schließlich verändern globale Prozesse, technologische Innovationen und kulturelle Veränderungen die Rahmenbedingungen für gesundheitspolitisches Handeln, mal schleichend, mal disruptiv.

Von den politischen Konstellationen nach der Bundestagswahl abhängig ist die Frage, ob es zu fundamentalen Umwälzungen bei der Konvergenz der Versicherungs- und Versorgungssysteme kommt oder bei eher inkrementellen Schritten bleibt, die gleichwohl – bewusst oder ungewollt – größere Ver-

änderungen bewirken können. Die Verschmelzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bedarf ebenso eines schrittweisen detaillierten Vorgehens mit Übergangsregelungen und -fristen wie die Überwindung der sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer, kurativer und rehabilitativer oder pflegerischer Versorgung. Auch die Neuordnung der Notfallversorgung mit vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst, Krankenhausnotaufnahme und Rettungsdienst ist nicht nur wegen der unterschiedlichen Gesetzgebungszuständigkeiten, sondern auch wegen der institutionellen und ökonomischen Interessenkonflikten eine Herkulesaufgabe.

Gleiches gilt für die Reform der GKV-Finanzverfassung, wo nicht nur alle Krankenkassen und deren Verbände, sondern auch die Bundesländer und die Sozialpartner um die Verteilung der Beitragsmittel streiten. Speziell die Debatte um eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen wird nicht nur mit klugen Argumenten, sondern auch mit falschen Tatsachenbehauptungen und moralisierenden Belehrungen geführt (siehe hierzu die vielfältige Diskussion in Heft 4-5/2016 dieser Zeitschrift). Dabei wäre es durchaus denkbar, einmal die etablierten Schablonen zur Seite zu legen, um neue Ansätze zur Gewährleistung von Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit, Wettbewerb und Wahlfreiheit sowie zur Förderung von Versorgungsqualität und Allokationseffizienz zu suchen statt ein komplexes und wenig transparentes Ausgleichssystem immer weiter zu verkomplizieren und immer feineren Manipulationsanreizen auszusetzen. Die Fragen zur Finanzverfassung reichen aber weit über den Morbi-RSA hinaus und berühren die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen ebenso wie die Erfassung der verschiedenen Einkunftsarten oder die Verteilung der Beitragslast zwischen Versicherten und Arbeitgebern (Parität).

Eng verknüpft mit dem Finanzierungsrecht der GKV ist die Ausgestaltung des Kassenorganisationsrechts. Nicht nur die Monopolkommission bedauert, dass keine neuen Marktteilnehmer den Wettbewerb beleben. Wer sich die Mühe macht, die Vorschriften über die Gründung oder Ausweitung

von Betriebskrankenkassen zu analysieren, trifft auf die Welt des 19. Jahrhunderts. Warum ein mittelgroßer Betrieb mit einigen tausend Beschäftigten die Millionenkasse AOK fragen muss, ob eine BKK-Gründung deren Wettbewerbs- oder Leistungsfähigkeit gefährdet, oder warum es nahezu unmöglich ist eine BKK auf andere Konzernbetriebe zu erstrecken, bleibt das Geheimnis von Klientelpolitikern und reformunwilligen Bürokraten. Ähnliches gilt für die Durchsetzung von Sanktionen gegen Marktbeherrschung, Wettbewerbsbeschränkungen und RSA-Manipulationen.

Generell drängt sich der Eindruck auf, dass sich Politik und Verwaltung schrittweise von der Idee verabschiedet haben, mittels Wettbewerb verkrustete Strukturen aufzubrechen, Innovationsprozesse zu erleichtern und zu beschleunigen, Versorgungsqualität zu erhöhen und die Effizienz des Mitteleinsatzes zu erhöhen. Statt dessen setzen viele Politikerinnen und Politiker aus fast allen Parteien auf Koordinierung und Festlegungen durch den Staat auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) sowie auf Gängelung durch Aufsichtsbehörden und Kontrollgremien. Dabei

Viele Politikerinnen und Politiker aus fast allen Parteien setzen auf Koordinierung und Festlegungen durch den Staat sowie auf Gängelung durch Aufsichtsbehörden und Kontrollgremien.

werden Spielräume zur Freisetzung von Innovationskraft und Kreativität beschnitten und das Tempo zugunsten von Blockierern und den Langsamsten im Geleitzug gedrosselt. Speziell in der Krankenhausgesetzgebung lassen sich hierfür viele Beispiele anführen. Allgemein ist zu hinterfragen, ob die Beteiligung von Personen und Institutionen an Entscheidungen, für die sie weder Finanz- noch Umsetzungsverantwortung treffen, zielführend ist. Diese Frage zu verneinen heißt im übrigen nicht, Ver-

fahrenstransparenz zu verbessern und Governance-Probleme zu identifizieren und zu lösen. Ähnlich kritisch ist zu hinterfragen, ob die Umsetzung populationsbezogener Versorgungsansätze einer Koordinierung und Entscheidung durch Gebietskörperschaften bedarf. Zugespitzt: Warum soll der Umbau der versäulten Versorgungsstrukturen ausgerechnet denen anvertraut werden, die bisher ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachgekommen sind und die wesentliche Mitverantwortung für Über-, Unter- und Fehlversorgung tragen? Es wäre konsequenter, die sektoralen Steuerungsinstrumente zur Kapazitätsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung zu verzahnen und wettbewerbliche Differenzierung in einem sozialen Rahmen zu erlauben als den Staatseinfluss auszubauen. Aber der Zeitgeist scheint aus einer anderen Richtung zu wehen.

Einen Hoffnungsschimmer bieten die vielfältigen Wirkungen der digitalen Revolution. Diese verändern nicht nur die Arbeitsprozesse und Wertschöpfungsketten. Sie überwinden viele Grenzen von Raum und Zeit. Vor allem aber stellen sie Abhängigkeiten und Machtverhältnisse auf den Kopf. Zwar bergen sie auch Gefahren der disruptiven Erneuerung, Risiken für etablierte Arbeitsplätze und Unsicherheiten über die künftige Entwicklung. Vor allem aber eröffnen sie Gestaltungsmöglichkeiten, die bisher an der Begrenzung des verfügbaren Wissens sowie der personellen und materiellen Ressourcen scheiterten. Wenn Versicherte und Patienten als Inhaber ihrer Datenhoheit entsprechend befähigt werden, gemeinsam mit ihrer Kasse und ihren Therapeuten Entscheidungen zu

fällen, könnten sich sogar Strukturen und Prozesse verändern, die sich bisher gegenüber rechtlichen Vorgaben, ökonomischen Anreizen und professionellen Ansprüchen als resistent erwiesen haben. In der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens liegt die vielleicht größte Herausforderung an den 19. Deutschen Bundestag, aber auch das größte Veränderungspotenzial für die Gesundheitspolitik und die Akteure auf allen Ebenen.

3. Fazit: Von Visionen keine Spur

Die kursorische Analyse der Wahlprogramme sowie begleitender Positionspapiere lassen zwar vielfältigen Reformbedarf in diversen Handlungsfeldern der Gesundheitspolitik erkennen, die jedoch mehr aktuellen Problemstellungen als mittel- bis langfristigen Vorstellungen von einer grundlegenden Erneuerung des Gesundheitswesens folgen. Einmal mehr bewahrheitet sich die Erkenntnis, dass einschneidende Veränderungen nur in ökonomisch schwierigen Zeiten durchsetzbar sind. Wer Visionen hat, sollte zum Arzt gehen, polemisierte einst

Helmut Schmidt in einem – wie zumeist partizipativ geführten – Interview. Wer aber

Von klaren Zielen oder gar einer kohärenten Vision des Gesundheitswesens von morgen findet sich in Vorstellungen der Parteien zur Wahl des 19. Deutschen Bundestags keine Spur.

das Ziel nicht kennt, für den ist jeder Weg der richtige, pflegte der viel zu früh

verstorbene Gewerkschafter und ehemalige Verwaltungsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Peter Kirch, zu sagen, wenn er die Konzeptionslosigkeit der Gesundheits- und Sozialpolitik anprangerte. Wahrscheinlich würde Peter Kirch so auch die Vorstellungen der Parteien zur Wahl des 19. Deutschen Bundestags charakterisieren. Von klaren Zielen oder gar einer kohärenten Vision des Gesundheitswesens von morgen findet sich keine Spur. ■

Literatur

Beirat MetaForum e.V. (Hrsg.)

Gesundheit neu denken – Politische Handlungsempfehlungen für die 19. Legislaturperiode, Fraunhofer Verlag, Stuttgart 2016

Brandhorst / Hildebrandt / Luthe (Hrsg.)

Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens, Springer VS, Wiesbaden 2017

Cassel et al. (Hrsg.)

Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Medhochzwei Verlag, Heidelberg 2014

CDU-Bundesfachausschuss Gesundheit

und Pflege, Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend planen und gestalten

CDU-Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege gemeinsam mit dem Netzwerk

Digitalisierung, E – Health -Strategie für Deutschland – 12 Punkte für ein digitalisiertes Gesundheitswesen

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.)

Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, WISO Diskurs 03/2017, Bonn 2017

Knieps (Hrsg.) Gesundheitspolitik – Akteure, Aufgaben, Lösungen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2017

Monopolkommission, Stand und

Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75, Nomos Verlag, Baden-Baden 2017

Reiners Privat oder Kasse?: Politische Ökonomie des Gesundheitswesens, VSA Verlag, Hamburg 2017

Schrappe Qualität 2030 – Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen, Medizinisch Wissenschaftlicher Fachverlag, Berlin 2015

SPD-Bundestagsfraktion Handlungsfeld Rehabilitation

»Schenken Sie Hoffnung!«

Malteser Stiftung



Helfen Sie Menschen in Not mit einer eigenen Stiftung oder Zustiftung.

Wir beraten Sie gerne!

Michael Görner: (02 21) 98 22-123 | stiftung.malteser@malteser.org | www.malteser-stiftung.de



Malteser
Stiftung