

Gemeinden unter Druck

Wenn die Gesundheitspolitik in Deutschland zurzeit keine bemerkenswerten Kontroversen hervorbringt, liegt das nicht an der Schläfrigkeit der Bundesregierung. Im Gegenteil, der Gesundheitsminister war rührig, ohne Eifer zu verbreiten. Noch ein Strukturgesetz zur ambulanten Versorgung wurde verabschiedet, ein mit den Ländern abgestimmter Schritt zur Krankenhausreform und ein fast schon ausgemustertes Präventionsgesetz, vgl. den Beitrag von Rüdiger Meierjürgen in diesem Heft. Vor allem aber konnte Hermann Gröhe dem Zaudern bei der Pflegereform ein Ende setzen. Und die Bildungsreform der Pflegeberufe kommt noch hinzu. Er hat die Koalitionsvereinbarung umgesetzt, sich fachlich stets gut präpariert weder zum Weltenerklärer aufgeschwungen, noch den Heilsbringer gegeben. Trotz Großer Koalition keine breite Selbstgefälligkeit in der Gesundheitspolitik. Und „glückliche Nächte“ mit Horst Seehofer, wie einst Ulla Schmidt, sind ihm auch erspart geblieben. So ist nichts groß misslungen, und mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wurde das sozialpolitische Herzstück der Legislaturperiode gesetzt – Chapeau!

Wissenschaftlich unterfüttert wird die Gesundheitspolitik in Deutschland vom Sachverständigenrat Gesundheit. Der feiert dieser Tage sein 30jähriges Bestehen. Machten die Gutachten in der ersten Phase öffentlich noch durchaus Alarm, ist inzwischen Routine eingekehrt. Einst widersprachen die Standesfunktionäre seinen Ausführungen zur zahnmedizinischen Versorgung im ersten Jahresgutachten mit ganzseitigen Anzeigen in allen überregional wahrgenommenen Blättern. Immerhin hatte er die ebenso überfällige wie erfolgreiche Hinwendung zu einer präventiven Zahnheilkunde angeschoben. In der zweiten Phase wurde dann Karl Lauterbach zur allgegenwärtigen Reizfigur der Gesundheitsberufe stilisiert – statt Alarm nun Alarmismus. Und inzwischen liefert der Rat nützliche Einsichten und Argumente, pflegt eine verdienstvolle Diskussion, bei der jeder etwas für sich findet, und spitz doch gesundheitspolitisch nicht zu. Anders etwa der Beitrag von Hartmut Reiners in diesem Heft. Gibt es inzwischen keine Felder von Über-, Unter- und Fehlversorgung mehr, für die die Kontroverse lohnte?

An zentraler Stelle im Gesundheitswesen verstehen die gesetzlich legitimierten Körperschaften der niedergelassenen Ärzte ihren Auftrag im Kern als Einkommenspolitik für ihre Mitglieder. Eine ökonomisch sauber kalkulierte, indikationsbezogene Gebührenordnung wäre da ein Sprengsatz. Das ist zwar kein Wunder, denn die Organe der Körperschaften werden von diesen Mitgliedern gewählt. Aber es ist eine Art Fegefeuer für jeden Gesundheitspolitiker. Zum Reformbedarf in der ambulanten Psychiatrie vgl. den Beitrag von Tophoven/Wessels in diesem Heft. Selbstredend erläutert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den

Fraktionen des Bundestages, dass dessen Reformen gar nicht zu verwirklichen sind. Allenfalls Teile der vorvergangenen Reform könnten inzwischen als kleineres Übel hingenommen werden, wenn es dazu mehr Geld gibt. Aber „mehr“ Geld in den Händen der KBV folgt Jahr um Jahr der fachärztlichen Spezialisierung ihrer Klientel und versickert in deren Hochburgen. Dagegen bleibt die hausärztliche Grundversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen mehr und mehr auf der Strecke. Sicherstellung sieht anders aus! Und schon werden die Gemeinden bedrängt, zusätzliche Subventionen aus eigenen finanziellen Mitteln in die ärztliche Versorgung zu lenken. Zu dieser Diskussion vgl. den Beitrag von Kuhn/Ameling in dieser Ausgabe. Selbst der Rat kennt hier kein Tabu. Gleichwohl wird man ihm zugutehalten, die Grenzen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zumindest implizit aufgezeigt zu haben. Mit dem fortgesetzten Scheitern der Sicherstellung liegt die Sollbruchstelle des KV-Systems frei. Sie mit kommunalen Subventionen zu verkleistern, wäre ordnungspolitisch verfehlt. Wenn die Gemeinden Lücken in der Sicherstellung schließen müssen, so ist dies nach klaren Spielregeln aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren. Die Kommunen haben wahrlich überbordende Aufgaben. Ihnen Opfer zugunsten der ärztlichen Geldtöpfe aufzunötigen wäre völlig fehl am Platze.

Nicht nur wegen der Flüchtlingskrise wird sich die sozialpolitische Aufmerksamkeit in Deutschland eine beträchtliche Zeit lang auf die Gemeinden richten. Hier geht es nicht um politische Deutungen und ritualisierte Verteilungskämpfe, sondern darum, Versorgung neu sicherzustellen. Dieser Schub könnte alle Felder der regionalen Daseinsvorsorge beeinflussen. Die gesellschaftlichen Gruppen und Akteure gewinnen durch neue sozialpolitische Aufmerksamkeit vor Ort Erfahrungen, die im günstigen Fall auf gesundheits- und sozialpolitische Felder überspringen. Es kann nur hilfreich sein und nützen, wenn die regionale Ebene an Kompetenz, Initiative und Gestaltungsmacht gewinnt. Dafür rechtlich und ökonomisch unterstützende Formen zu entwickeln wäre verdienstvoll. So hat es sich etwa gezeigt, dass gesundheitspolitische Idealisierungen, wie die der „Regionalen Gesundheitsnetze“ des Sachverständigenrates, ein Trugbild bleiben, wenn Formen und Konstrukte dazu im Ungefahrene bleiben. Entwicklungsfähige komplexe Versorgungsmodelle und ihre Erprobung sollten auch Teil der Innovationskultur sein, die der Gesetzgeber mit dem Innovationsfonds im Gesundheitswesen fördert. Zu neuen Versorgungsformen vgl. den Beitrag von Franz Knieps in dieser Ausgabe. Die Gemeinden könnten dazu Grundlagen beisteuern, die die Grenzen von Kranken- und Pflegeversicherung ebenso überbrücken wie sie Sozial- und Quartiersmanagement verbinden. Dies wäre lohnender als die Überfinanzierung der schmalen qualifizierten deutschen Forschergilde aus diesem Fonds.

K. H. Schönbach