

Zwischen Ideologie und Wirklichkeit

– Zur Gesundheitspolitik in der 17. Legislaturperiode

Dem früheren Bundesgesundheitsminister und heutigem Bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer wird das Bonmot zugeschrieben, mit Gesundheitspolitik könne man jede Wahl verlieren, aber niemals eine Wahl gewinnen. Angesichts der heftigen Auseinandersetzungen um die Gesundheitspolitik, die auch in der 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages nicht abflauten, bietet es sich an, die Herausforderungen für die nächste Legislaturperiode zu beschreiben und zu untersuchen, ob die programmatischen Vorstellungen von Parteien und Akteuren eine Antwort darauf bieten. Der folgende Beitrag will dabei keine Spekulationen über den Wahlausgang der nächsten Bundestagswahl anstellen, sondern Hinweise auf denkbare und nicht ganz unwahrscheinliche Veränderungen geben.

■ Franz Knieps

Unter dem Primat von Politik und Recht – Steuerung im Gesundheitswesen

Seit dem Ende der Ausweitung von versichertem Personenkreis und Leistungskatalog im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Gefolge der Ölkrisen ab Mitte der 70er Jahre ist die Gesundheitspolitik zu einer der am meisten umstrittenen Politikfelder geworden. Die Meinungsverschiedenheiten betreffen nicht nur ordnungspolitische oder gar ideologische Grundsatzfragen – etwa über die Rolle des Wettbewerbs zur Steuerung des Gesundheitswesens –, sondern erstrecken sich auf viele Detailfragen in dieser komplexen Materie. Die Grenzen verlaufen dabei nicht unbedingt zwischen politischen Parteien oder diversen Akteuren im Gesundheitswesen, sondern häufig innerhalb dieser Institutionen. Die Existenz von Meinungsverschiedenheiten ist auch nicht weiter verwunderlich. Das Gesundheitswesen – mit rund 4,3 Mio. Beschäftigten und mehr als 250 Mrd. Euro Jahresumsatz einer der größten, wenn nicht die größte Branche in der deutschen Volkswirtschaft – wird nicht allein über Marktgesetze gesteuert, sondern unterliegt – wie Hartmut Reiners nicht müde wird zu betonen – dem Primat von Politik und Recht. Politik und Recht sind aber nicht das Ergebnis eines vorab definierbaren Gemeinwohls über eine verfassungsrechtlich klar definierte Zielbestimmung, sondern entstehen durch

*Franz Knieps, Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder. Er ist keine Meinungsäußerung des BMG*

(Mehrheits-) Entscheidungen nach Abwägung von Zielkonflikten und unter Berücksichtigung von unterschiedlichen Interessen vielfältiger Akteure in einem überaus komplexen System. Entscheidungsprozesse verlaufen dabei weniger rational und stringent ab, als sich dies verfassungsrechtliche Puristen oder wissenschaftliche Beobachter vorstellen können. Sogar die selbsternannte vierte Gewalt ist trotz ihrer nicht nur räumlichen Nähe zur Politik nicht davor gefeit, anlässlich jedes Reformschrittes mit den gleichen Stereotypen eine Politik zu diskreditieren, der es „wieder nicht gelingt, Probleme des Gesundheitswesens mit offenkundig einleuchtenden Instrumenten zu lösen“. Angesichts der hyperaktiven Berliner Szene, die weit über die klassischen Akteure in Parteien, Fraktionen, Regierungen und Verbänden hinausreicht, und eines ausufernden Lobbyismus, der an vielen Stellen die vornehme Zurückhaltung klassischer Einflussnahmen von Interessenvertretern auf politisch Verantwortliche längst aufgegeben hat, ist es im Gegenteil verwunderlich, dass es der Politik trotz schwieriger verfassungsrechtlicher Kompetenzlagen und unterschiedlicher parteipolitischer Prägung von Koalitionen in Bund und Ländern immer wieder gelingt, in jeder Legislaturperiode einen bedeutsamen Reformschritt zur Anpassung des Gesundheitswesens an sozio-demographische Veränderungen und an den medizinischen Fortschritt vorzunehmen und darüber hinaus relativ geräuschlos eine Reihe von pragmatischen Detailveränderungen vorzunehmen. Auffallend ist dabei, dass in der Regel Veränderungen auf früheren Reformschritten aufbauen und allenfalls graduelle Richtungsveränderungen bewirken. Grobe Richtungswechsel sind eher selten.

Kurskorrektur oder Richtungswechsel – Zentrale Themen für die 17. Legislaturperiode

Auch wenn einzelne Politiker eine Abkehr von der bisherigen, seit knapp einem Jahrzehnt wesentlich von Ulla Schmidt geprägten Gesundheitspolitik fordern, ist deshalb nach der nächsten Bundestagswahl kaum mit einem fundamentalen Richtungswechsel zu rechnen. Vielmehr wird es darauf hinauslaufen, Details in die eine oder andere Richtung zu korrigieren. Zur Debatte wird also nicht die Abschaffung des Gesundheitsfonds stehen, sondern die Modifizierung von dessen Rahmenbedingungen. Sollte die SPD an einer Regierungskoalition beteiligt sein, wird es kein Aufbohren des Zusatzbeitrages zu einer eigenständigen Finanzquelle in größerem Umfang geben. Vielmehr dürfte es darum gehen, dass die so genannte 1 Prozent-Grenze zum Schutz vor Überforderung finanzschwacher Versicherter bei Erhebung eines Zusatzbeitrages nicht zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führen darf. Sollte es eine bürgerliche Koalition geben, dürfte die Abschaffung dieser 1 Prozent-Grenze zur Debatte stehen und damit der Zusatzbeitrag zu einer vollwertigen Finanzquelle werden. Eine solche Differenzierung verträgt natürlich der politische Meinungskampf vor einer Wahl nicht. Dort verlangen FDP, Bündnis 90 – Die Grünen und Linke eine Abschaffung des Gesundheitsfonds, die CSU dessen Regionalisierung und die SPD eine Rückkehr zur Parität, während die CDU sich in beredsames Schweigen hüllt.

Im gemeinsamen Wahlprogramm der Unionsparteien lässt sich allenfalls mittelbar erahnen, wohin die Reise gehen soll. So heißt es dort, „dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden“ sollen. Nicht nur Kritiker vermuten dahinter eine Neuauflage der bisher nicht durchsetzbaren Pläne, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren und der privaten Krankenversicherung neue Geschäftsfelder bei der Absicherung von Krankengeld, Zahnersatz oder privaten Unfällen zu eröffnen. Ähnlich unkonkret bleiben die Unionsparteien bei der grundsätzlichen Frage nach der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens. Sie streben „mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit“ eine Weiterentwicklung der GKV an und betonen die Notwendigkeit einer Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen. Für die Versicherten sollen „zusätzliche Belastungen in Grenzen gehalten und Entlastungsspielräume genutzt werden“. Von einer Umstellung der solidarischen Finanzierung auf eine einheitliche Gesundheitsprämie ist bei den Unionsparteien nicht mehr die Rede. Diese Fahne wird alleine von der FDP hochgehalten, während sich SPD, Bündnis 90 – Die Grünen und Linke für eine Umwandlung des dualen Versicherungssystems in eine solidarische Bürgerversicherung aussprechen. Dabei bleiben allerdings viele Detailfragen – wie etwa die beitragsrechtliche Erfassung anderer Einkunftsarten oder das Schicksal bestehender privater Versicherungsverträge – ebenfalls ungeklärt.

Das gilt auch für das zweite zentrale Thema der kommenden Legislaturperiode, die Neubestimmung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen und damit die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen. Am Ziel der wohnortnahen hausärztlichen und fachärztlichen ambulanten Versorgung halten alle im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien fest. Während Union, FDP und Linke einen besonderen Schwerpunkt bei der Freiberuflichkeit der Gesundheitsberufe setzen, sehen SPD und Grüne in neuen Versorgungsformen die Antwort auf die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft. Letztere betonen stärker die Rolle des Wettbewerbes bei der Steuerung der Versorgung, während zumindest mittelbar aus den von der Union befürworteten Beschränkungen bei der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren und der ausschließlichen Sicherstellung durch Kollektivverträge wettbewerbliche Spielräume für einzelvertragliches Handeln der Krankenkassen und Leistungserbringer geringer würden. Aber auch die Union will „die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten“. So könnten nach Ansicht der Union „auf die jeweiligen Versorgungserfordernisse in den Regionen individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte entstehen, die den regionalen Besonderheiten ebenso Rechnung tragen wie den aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen erwachsenen differenzierten Anforderungen an die Vertragsgestaltung“. Dem gegenüber plädieren die Sozialdemokraten zum Abbau von Über- und Unterversorgung für „weitere Schritte zur Flexibilisierung des Vertragsgeschehens“. Die SPD bekennt sich ausdrücklich zu den bisherigen Reformschritten und zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte. An den unterschiedlichen Optionen zur Ausgestaltung der Betriebs- und Organisationsformen in der ambulanten Versorgung wollen Sozialdemokraten allerdings ohne Abstriche festhalten. Auch den Weg, Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen, will die SPD weiter gehen. Dabei komme es allerdings auf faire und transparente Wettbewerbsbedingungen für alle Akteure an.

Die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft werden in allen Wahlprogrammen angesprochen, Festlegungen auf daraus resultierende Konsequenzen allerdings weitgehend vermieden. Die Verbesserung von Kommunikation, Koordination und Kooperation soll die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte bestimmen, die die Pflegeversicherung mit einschließen. Die Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung ist unstrittig. Die Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege und eine neue, differenziertere Ermittlung der Pflegebedürftigkeit unterliegen nicht grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten. Allerdings sprechen sich Sozialdemokraten sehr viel stärker für eine eigenständige Rolle anderer Gesundheitsberufe aus als die Unionsparteien, die ihren Schwerpunkt der Gesundheitspolitik bei der Rolle des Arztes setzen.

Die Wahlprogramme – Unverbindliche Angebote und ideologische Ladenhüter

Ein kursorischer Überblick über die Wahlprogramme zeigt unterschiedliche Vorstellungen bei der künftigen Ausgestaltung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und damit bei der Bestimmung des Leistungskatalogs und der Reichweite von Eigenbeteiligung. Die radikalsten Umgestaltungsvorschläge kommen hier von der FDP. Diese spricht sich für eine Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umstellung der Umlagefinanzierung auf Kapitaldeckung aus. Eine Basisversorgung müsse dabei von jedem gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden. Für diese Basisversorgung bestehe Kontrahierungszwang und soll es keine Risikozuschläge geben. Individuelle Präferenzen außerhalb dieser Basisversorgung, deren Umfang im Dunkeln bleibt, sollen über individuelle Zusatzversicherungen abgesichert werden, die weiterhin nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand differenziert kalkuliert werden dürfen. Das Sachleistungsprinzip soll generell durch die Kostenerstattung abgelöst werden. Die Unionsparteien sprechen sich nachdrücklich für den Erhalt der privaten Krankenversicherung als eigenständiges Vollversicherungssystem aus. Eine „Überarbeitung des Leistungskatalogs“ und die zwischen den Zeilen erkennbare Ausweitung der Eigenbeteiligung laufen allerdings darauf hinaus, die PKV zu Lasen der GKV zu stärken. SPD, Grüne und Linke wollen die private Krankenversicherung in die Bürgerversicherung einbeziehen. Dabei ist unklar, ob dies durch die Schaffung einer einheitlichen Rahmenordnung für beide Versicherungssysteme geschehen soll oder die PKV praktisch abgeschafft werden soll. Ob dies verfassungsrechtlich zulässig ist, hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 10. Juli 2009 gerade nicht beurteilt. Vielmehr beziehen sich die Äußerungen aus Karlsruhe auf die Anforderungen eines Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Dabei hat das Gericht keinen Zweifel daran gelassen, dass der Gesetzgeber auch der privaten Krankenversicherung Vorgaben zur Gewährleistung eines ausreichenden Sozialschutzes machen kann. Zwar versucht die private Krankenversicherung die Ohrfeigen aus Karlsruhe in eine Bestandsgarantie für die PKV umzumünzen, doch zeigt der eindeutige Bezug des Urteils auf die Entscheidung zur Pflegeversicherung vom 3. April 2001, dass der Gesetzgeber nicht gehindert ist, einen einheitlichen Rahmen für gesetzliche und private Krankenversicherungen zu schaffen und einen Solidarausgleich über die Grenzen der bisherigen Systeme hinweg einzuführen.

Während die Christdemokraten immer noch keinen Frieden mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geschlossen haben und eine engere Fassung des Krankheitsbegriffs anstreben, drängt die SPD ausdrücklich auf die Einbeziehung der PKV und auf eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Nur die Linke spricht sich explizit für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze aus. Linke und Grüne wollen die bestehende Zuzahlungen, insbesondere die Praxisgebühr abschaffen. Auf der

Abschussliste der Linken stehen auch die Wahltarife der GKV. Während man in den Programmen der Unionsparteien und der FDP zwischen den Zeilen deutliche Sympathien für eine Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten lesen kann, streben SPD, Grüne und Linke die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung an. Alle Parteien sprechen sich für eine Stärkung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Patientenrechte aus. Besondere Verbeugungen vor den Leistungserbringern und ihren Institutionen machen nicht nur Union und FDP, sondern auch die Linken mit ihrem Plädoyer für den Erhalt kleinteiliger Strukturen. Speziell die CSU verlangt deutlich mehr regionale Spielräume für Ärzte und Krankenkassen. Angesichts der klaren Worte aus Karlsruhe in der Entscheidung vom 18. Juni 2005 zum Risikostrukturausgleich (RSA) verwundert, dass erneut eine verfassungsrechtlich mehr als zweifelhafte Regionalisierung des RSA gefordert wird.

Zwar finden sich in den Wahlprogrammen nur wenige Aussagen zur Ausgestaltung des Verhältnisses von Krankenkassen zu Leistungserbringern, doch wird pauschal bei allen Parteien außer den Linken mehr Wettbewerb in diesen Beziehungen gefordert. Faktisch laufen jedoch viele Einzelmaßnahmen auf eine Einschränkung beziehungsweise Begrenzung des Wettbewerbs hinaus. Bemerkenswert ist, dass sich die Unionsparteien für eine Fortschreibung der dualen Finanzierung im Krankenhausbereich aussprechen, während sich die SPD deutlich für eine monistische Krankenhausfinanzierung positioniert. Wenig spezifische Aussagen finden sich zum umstrittenen Feld der Arzneimittelversorgung, wo nach der Wahl in jedem Fall Handlungsbedarf besteht. Dies gilt auch für die Förderung neuer Versorgungsformen, speziell der integrierten Versorgung. Doch hier kann man zwischen den Zeilen lesen, dass alle Parteien eine bessere Koordination und Kooperation wollen, aber mit konkreten Details zur Durchsetzung dieser Ziele geizen.

Vom Programm zum Gesetz – Ein weiter Weg

Angesichts der relativ vagen Aussagen in Wahlprogrammen, ist es schwierig, Schwerpunkte für konkrete Bündnis- und Koalitionsoptionen aus dem Blickwinkel der Gesundheitspolitik zu finden. Das gilt sowohl für eine bürgerliche schwarz-gelbe Koalition wie für eine Fortsetzung der Großen Koalition. Andere Optionen scheinen insbesondere im Hinblick auf die Machtverhältnisse im Bundesrat derzeit wenig wahrscheinlich und dürften in der Gesundheitspolitik zu besonders schwierigen Konstellationen zu führen. Daher bleibt es den Gesundheitspolitikerinnen und -politikern aller Parteien wohl nicht erspart, in den Wochen vor der Bundestagswahl und in der kurzen Zeit danach ihre Vorstellungen deutlich zu konkretisieren und auf Gemeinsamkeiten mit denkbaren Koalitionspartnern abzuklopfen. Denn nur was im Koalitionsvertrag ausreichend detailliert fixiert ist, wird in der folgenden Legislaturperiode ohne größere politische Meinungsverschiedenheiten umsetzbar sein. Die ablaufende Legislaturperiode hat an einigen Stellen den Beweis erbracht, dass Einigungen im Koalitionsver-

trag auf schwachem Fundament stehen, wenn elementare (Klientel-)Interessen verletzt werden. Beispielhaft sei nur darauf verwiesen, dass am politisch motivierten Widerstand des Bundesinnenministeriums ein Solidarausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung gescheitert ist, den die Koalitionsparteien grundsätzlich beschlossen hatten. Daher empfiehlt es sich, allgemeine Vorstellungen zur künftigen Ausgestaltung der Gesundheitspolitik zu präzisieren, um nach der Bundestagswahl entscheidungs- und handlungsfähig zu sein.

Diese Präzisionsarbeit hat im Umfeld der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands eine Arbeitsgruppe in der Friedrich-Ebert-Stiftung vorgenommen, in der der Verfasser mitgewirkt hat. Diese Arbeitsgruppe hat sich zum einen mit der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens nach der Bundestagswahl befasst und zum anderen Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen erarbeitet. Auf einige ihrer Punkte soll im folgenden näher eingegangen werden.

Die künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung – Ein einheitlicher Ordnungsrahmen für GKV und PKV

Zentrale Herausforderungen der Gesundheitssysteme fast aller Industrieländer sind der sozio-demographische Wandel und der medizinische, medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt. Diese haben ebenso Auswirkungen auf die Finanzierungen von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten wie auf die Ausgestaltung des Versorgungssystems. Das überkommene Leitbild einer Arbeitnehmer-Krankenversicherung vermag die Nachhaltigkeit der Finanzierung auf Dauer nicht zu gewährleisten. Die Anknüpfung des Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsrechts sowie der Organisationsprinzipien der Krankenversicherung an Erwerbs-, Berufs- und Statustatbeständen wird den komplexeren Biographien vieler Menschen nicht länger gerecht und gefährdet eine umfassende soziale Absicherung gegen Krankheit. Die Begrenzung der Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt von Risikoselektion bedenklich. Deshalb plädiert insbesondere der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung für einen einheitlichen Ordnungsrahmen für gesetzliche und private Versicherungen. Dieser Ordnungsrahmen darf es nicht zulassen, dass Versicherte sich entscheiden können, ob sie an der solidarischen Finanzierung der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung teilnehmen wollen oder nicht. Vielmehr sollten alle Bürgerinnen und Bürger eine Pflicht zur Versicherung haben und einkommensabhängige Beiträge bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze zahlen. In einem solchen einheitlichen Versicherungssystem bedarf es keiner Versicherungspflichtgrenze mehr.

Um Risikoselektion auszuschließen, müssen alle Anbieter verpflichtet werden, alle Aufnahmewilligen ohne

Risikoprüfung zu akzeptieren. Alle Krankenversicherungen, die diesen Versicherungsschutz anbieten, nehmen an einem umfassenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich teil und erhalten entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dabei wäre es durchaus denkbar, dass Versicherungsunternehmen, die nach dem Kapitaldeckungsverfahren arbeiten, entsprechende Zu- und Abschläge aus dem Risikostrukturausgleich erhalten. Um gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenversicherungsunternehmen zu schaffen, müssen alle Unternehmen gleiche Rechte und Pflichten gegenüber den Leistungserbringern erhalten. Nach einem einheitlichen Preissystem für stationäre Leistungen müsste ein vergleichbares System auch für ambulante Leistungen entwickelt werden. Dieses System ist so auszugestalten, dass es nicht zu einem Entzug von Ressourcen aus dem bisherigen ambulanten Vergütungssystem kommt.

Die Erfassung anderer Einkunftsarten als Einkommen aus unselbständiger Arbeit bereitet große politische, rechtliche und praktische Schwierigkeiten. Zum einen darf eine Regelung nicht dazu führen, dass diese Erfassung nur Personen betrifft, die unterhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze liegen. Zum anderen darf es nicht allein auf die Ehrlichkeit des Beitragszahlers ankommen. Denkbar wäre es deshalb entweder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen oder eine gesonderte Beitragsbemessungsgrenze für diese Einkunftsarten einzuführen. Letzteres müsste verfassungsrechtlich gut begründet werden. Angesichts dieser Schwierigkeiten bleibt die Ausweitung der Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine ernsthafte Option. Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat zur Realisierung dieser Option ergänzende Gutachten eingeholt. Diese kommen zum Ergebnis, dass im Vergleich zum derzeitigen Finanzierungssystem eine erhöhter steuerlicher Finanzierungsanteil zu allokativen und distributiven Vorteilen führen kann und die Nachhaltigkeit der Finanzierung verbessert. Mit Recht wird allerdings darauf aufmerksam gemacht, dass sich diese Nachhaltigkeit nur dann einstellen wird, wenn historisch begründete Zweifel an der Verlässlichkeit dieser Einnahmequelle dauerhaft ausgeräumt werden und wenn bestehende Ineffizienzen im System behoben werden.

Ein heißes Eisen ist die beitragsfreie Familienversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten. Sie kann dazu führen, dass ein Ehepaar, in dem beide Ehepartner berufstätig sind, deutlich höhere Beiträge zahlen muss als in den Fällen, in denen nur ein Ehepartner das gleiche Einkommen bezieht. Gerechter wäre daher die Einführung eines Ehegattensplittings, auch wenn dies zu einer höheren Belastung vieler Familieneinkommen führt. Diese Belastung könnte begrenzt werden, wenn Ehegatten, die Kinder erziehen oder pflegende Angehörige betreuen, von einem solchen Splitting ausgenommen wären.

Handlungsbedarf besteht bei der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleiches und des Zusatzbeitrages. Für eine Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf 80 Krankheiten besteht weder eine epidemiologische noch eine technische Begründung. Eine solche

Begrenzung fördert zudem die Manipulationsanfälligkeit dieses Ausgleiches. Daher sollte sie in einer nächsten Stufe der Weiterentwicklung aufgehoben werden. Argumente, der Morbi-RSA vermindere den Anreiz für Krankenkassen, Präventionsleistungen zu erbringen, sind ebenso wenig stichhaltig wie Behauptungen, dieser Ausgleich tendiere zu einem Ausgabenausgleich. Alle bisherigen Erkenntnisse bei der Umsetzung des Morbi-RSA lassen vielmehr darauf schließen, dass das Geld gezielt dort ankommt, wo es für eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigt wird.

Ausdrücklich gerechtfertigt ist die scharfe Kritik an der Verteilungswirkung der sogenannten 1 Prozent-Klausel, selbst wenn sich Mitte 2009 noch kein Trend zu flächendeckenden Zusatzbeiträgen abzeichnet. In der heutigen Ausgestaltung benachteiligt diese Klausel Krankenkassen mit einer niedrigeren Einnahmehbasis. Der vollständige Finanzkraftausgleich im Gesundheitsfonds gleicht zwar unterschiedliche Einnahmegrundlagen zwischen den Krankenkassen aus. Diese Verteilungswirkung erstreckt sich jedoch nicht auf die unterschiedliche Belastung der Krankenkassen im Rahmen der 1 Prozent-Regelung. Vorschläge der Professoren Fiedler, Rürup und Wille, diese Belastungen aus Steuermitteln oder aus dem Fonds auszugleichen waren zwischen Union und SPD nicht konsensfähig und dürften in der nächsten Bundestagswahl erneut auf der Tagesordnung stehen.

Generationengerechte Gesundheitsversorgung – Ein neues Leitbild

In einer alternden Gesellschaft muss sich das Leitbild der Gesundheitsversorgung von einer Konzentration auf die Akutversorgung zu einer kontinuierlichen, sektorübergreifenden Versorgung chronisch Kranker mit degenerativen Krankheitsverlauf und zunehmender Multimorbidität verschieben. Es sind speziell die im Alter bestehenden sozialbedingten Ungleichheiten insbesondere durch im Lebenslauf bedingte Vorprägungen zu beachten. Dabei setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Zugewinn gesunder Jahre (Kompressionsthese) eher für Angehörige der oberen sozialen Schichten zu erwarten ist, während umgekehrt für untere soziale Schichten eine zunehmende Morbidität mit steigendem Lebensalter (Medikalisierungsthese) typisch ist. Gesundheit und Krankheit im Alter sind also abhängig von Gesundheitschancen, Risiken und Benachteiligungen in der Gesundheitsbiographie von Kindesalter an. Ungleiche Gesundheitschancen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter beeinflussen noch Jahrzehnte später den individuellen Gesundheitsstatus. Dabei weisen vor allem ältere Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hohe Risiken auf.

Das gesamte Versorgungssystem muss deshalb im Hinblick auf eine generationengerechte Gesundheitsversorgung überprüft werden. Dies hat im Auftrag der Bundesregierung der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem umfassenden Gutachten mit Schwerpunkten bei der

Kinder- und Jugendgesundheit und bei der Gesundheit im Alter getan. Er kommt dabei zu ähnlichen Ergebnissen wie auch die Arbeitsgruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine herausragende Rolle sowohl zur Ausbildung eines positiven Gesundheitszustands im Kindes- und Jugendalter als auch zur Verhinderung bzw. Verzögerung von chronischen Erkrankungen und deren Komplikationen spielen Gesundheitsförderung und Prävention, selbst bei Hochaltrigen. Deshalb bleibt der Gesetzgeber in der kommenden Legislaturperiode gefordert, endlich ein Präventionsgesetzbuch auf nationaler Ebene zu schaffen und nationale Präventionsziele und -programme zu entwickeln. In diese Vorhaben sind objektive Lebensbedingungen (Verhältnisprävention) und subjektives Gesundheitsverhalten (Verhaltensprävention) gleichberechtigt einzubeziehen. Dabei ist besondere Rücksicht auf Menschen in sozial problematischen Lebenslagen zu nehmen.

Das gesamte Versorgungssystem ist so auszurichten, dass das subjektive Gesundheitsempfinden älterer Menschen gestärkt und eine eigenständige Lebensführung erhalten bleibt. Dazu bedarf es Leitlinien und Standards, die auf die Altersmorbidity bezogen sind. Das Versorgungssystem muss stärker auf chronische Erkrankungen und Multimorbidität fokussiert werden, damit alle Präventions- und Rehabilitationspotenziale genutzt werden. Auch empfiehlt es sich nach Altersgruppen zu differenzieren und unterschiedliche Schwerpunkte für das hohe und höchste Alter zu setzen. Das Leitbild der integrierten Versorgung unter Einbeziehung der Pflege sollte bei der Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse maßgebend sein. Zu dessen praktischer Realisierung bedarf es unter anderem der Einführung eines transektorialen Care- und Casemanagements, der Einführung und Ausweitung multiprofessioneller Teams und des Abbaus von Barrieren für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe. Dies verlangt die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und eine Verbesserung des Entlassungs- und Überleitungsmanagements aus der stationären Versorgung. Das enge, verrichtungsbezogene Konzept der Pflegeversicherung muss zu Gunsten eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsverständnisses und eines daran ausgerichteten Begutachtungsverfahrens abgelöst werden. Speziell für demenziell Erkrankte müssen neue Versorgungskonzepte entwickelt und finanziert werden. Überhaupt bedarf es nicht des „Immer mehr vom immer Gleichen“ (Prof. Dr. A. Kulmey bei der Vorstellung des letzten Sachverständigenrats-Gutachtens), sondern einer Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung von ambulanter und stationärer Pflege, einschließlich einer institutionalisierten Kooperation zwischen Pflegediensten, Heimen und niedergelassenen Ärzten. Schließlich muss der mit dem GKV-WSG geschaffene Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung flächendeckend realisiert und so weiter entwickelt werden, dass den Präferenzen und Wünschen der Versicherten, in Würde sterben zu können, endlich Rechnung getragen wird.

Das Zusammenwirken von Individual- und Kollektivverträgen – Der Ausbau des Vertragswettbewerbs

Solche weit reichenden Veränderungen in der Versorgungslandschaft lassen sich nicht von oben herab mittels eines einheitlichen Versorgungskonzeptes realisieren. Vielmehr ist den regionalen und kommunalen Besonderheiten ebenso Rechnung zu tragen wie den Bedürfnissen und Bedarfen unterschiedlicher Versichertengruppen. Deshalb sind dezentrale wettbewerbliche Steuerungsansätze besser als Kollektivverträge geeignet, neue Versorgungsformen zu realisieren. Dabei kann es kein Zurück zum Status quo ante geben, wie es sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorstellt. Zwar ist durchaus anzuerkennen, dass zur Ausgestaltung des Verhältnisses von Individual- zu Kollektivverträgen eine Reihe von Fragen zu klären sind. Dies gilt beispielsweise für die Gewährleistung flächendeckender Sicherstellung oder die Ausschaltung von Risikoselektion. Auch die Frage der Honorierung ärztlicher Leistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Arztpraxis, Medizinisches Versorgungszentrum oder Krankenhaus) muss geregelt werden. Schließlich bleiben die sektorübergreifende Qualitätssicherung und die flächendeckende Einführung von Qualitätsmanagementsystemen auf der Tagesordnung. Über diese Faktoren muss eine hinreichende Transparenz über Qualität und Kosten für Kostenträger und Versicherte geschaffen werden.

Ein geregeltes Nebeneinander von Kollektiv- und Individualverträgen sollte in einer geringeren Regulierungstiefe als heute erfolgen. Allerdings darf es keinen Zweifel geben, dass letztlich der Staat und insbesondere die Bundesländer die Verantwortung für die flächendeckende Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung haben.

Das soll den Gesetzgeber jedoch nicht hindern, sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor ein konsequentes Individualvertragsmodell zu etablieren. In aller Regel wird ein solches Modell durch Verträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern für eine bedarfsgerechte Versorgung sorgen. Nur in dünn besiedelten Regionen, wo auch der Kollektivvertrag Schwierigkeiten hat, die Sicherstellung zu gewährleisten, müssen zusätzlich Anreize geschaffen werden, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Über die bestehenden monetären Anreize für die Leistungserbringer hinaus könnte der Staat bei der Gefährdung der Sicherstellung einen Kontrahierungszwang durchsetzen. Versicherte könnten dann Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die kein Vertragspartner ihrer jeweiligen Krankenkasse sind. Vor allem sollte aber mit staatlichen Infrastrukturprogrammen und Aktivitäten von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen erreicht werden, dass Ärzte und andere Leistungserbringer sich nicht allein in überversorgten Ballungsgebieten niederlassen. Dabei sollte den einzelnen Regionen hinreichende Flexibilität gegeben werden, mit unterschiedlichen Anreizsystemen zu arbeiten. Erste Erfahrungen in neuen wie alten Bundesländern zeigen, dass einem Ärztemangel mit sehr unterschiedlichen Konzepten begegnet werden kann. Ein Best-Practice-Wettbewerb un-

terschiedlicher Regionen könnte hier durchaus wertvolle Impulse geben.

Das Spannungsverhältnis von Kollektiv- zu Individualvertrag wird auch davon bestimmt sein, inwieweit und wie schnell positive Erfahrungen aus Individualverträgen in Kollektivverträge einfließen. Das Auslaufen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung hat zwar einerseits zu einer kritischen Bestandsaufnahme der neuen Versorgungsformen geführt, andererseits aber potentielle Investoren in solche Projekte abgeschreckt. Daher sollte geprüft werden, inwieweit ein bestimmter Anteil des Gesundheitsfonds für innovative Versorgungsprojekte reserviert und inwieweit staatliche Wirtschaftsförderung für Systeminnovationen nutzbar gemacht werden könnten. Voraussetzung hierfür ist eine hinreichende Transparenz über geplante und realisierte Projekte (beispielsweise anhand eines Indikatorenansatzes zur Beurteilung von Qualität, Effizienz und Nutzenmehrung) und die Ausrichtung der Vergütungssysteme auf Ergebnisorientierung (Pay for Performance). Die Zeit ist reif, wenigstens einen kleinen Teil der Vergütung an gemessener Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu knüpfen. Dabei kann auf die Arbeiten von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zurück gegriffen werden, die bedeutende Fortschritte bei der Aufstellung von entsprechenden Indikatoren gemacht haben. Die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bestehende Pauschalierungen durch Einzelleistungsvergütungen abzulösen, sollte nicht verfolgt werden, damit ärztliche Leistungen ambulant wie stationär gleichermaßen gemessen und vergütet werden können.

Auch wer sich für die Beibehaltung einer wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung ausspricht, darf nicht verkennen, dass die hochspezialisierte Versorgung kaum noch in einer Einzelpraxis zu erbringen ist. Daher ist der Weg zu Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren unumkehrbar. Dies gilt vor allem angesichts der Tatsache, dass mehr als zwei Drittel der heutigen Medizinstudenten weiblich sind. Die Ärztinnen und Ärzte von morgen werden andere Ansprüche an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellen und das herkömmliche Einzelkämpfertum ablehnen. Daher wird auch der Weg zur kontrollierten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten auszubauen sein.

Angesichts des Investitionsstaus im stationären Sektor und der Leistungssteuerung über das diagnoseabhängige Fallpauschalensystem (DRG) steht die duale Krankenhausfinanzierung weitgehend nur noch auf dem Papier. Die Vergütung von Investitionskosten und laufenden Betriebskosten im Rahmen eines einheitlichen Finanzierungssystems verschafft den Krankenhäusern den notwendigen Spielraum zum Einsatz von Investitionsmitteln und verbessert die Effizienz der Krankenhäuser im Wettbewerb zueinander. Dieser Wettbewerb muss über den schrittweisen Einsatz flexibler Individualverträge intensiviert werden. In einem ersten Schritt sollten für elektive Leistungen selektive Verträge möglich werden.

Selektives Kontrahieren hat ebenso wie in der ambulanten Versorgung Einfluss auf die Bedarfsplanung. Die bisherige Feinplanung hat in beiden Versorgungssektoren in der Vergangenheit weder Über- noch Unterversorgung verhindert. Daher sollte die sektorale Feinplanung durch eine sektorübergreifende indikatorengestützte Rahmenplanung ersetzt werden, für deren Durchsetzung allerdings den Ländern schärfere Aufsichtsmittel an die Hand gegeben werden müssen. Im Zusammenwirken mit ökonomischen Anreizen und regional ausgerichteter Infrastrukturpolitik sollte so eine flächendeckende Versorgung besser gewährleistet werden können als unter heutigen Rahmenbedingungen.

Ganz besondere internationale Beachtung findet Deutschland infolge des durchschlagenden Erfolges von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme). Erste Evaluationsergebnisse zeigen nicht nur Verhaltensänderungen bei Ärzten und Patienten, sondern messbare Verbesserungen der Behandlungsqualität. Daher sollten die Behandlungsprogramme auf weitere Indikationen ausgeweitet und modulartig bei Multimorbidität eingesetzt werden. Nicht nur hinsichtlich der angemessenen Arzneimittelversorgung multimorbider Menschen besteht ein erheblicher Bedarf an der Entwicklung von Leitlinien. Zur Entwicklung, Implementierung und Evaluierung innovativer Versorgungsformen muss die Versorgungsforschung ausgeweitet werden. Geld aus einem F & E-Topf im Gesundheitsfonds sollte nur fließen, wenn Projekte entsprechend wissenschaftlicher Standards geplant, eingesetzt und evaluiert werden. Kontinuierlich überprüft werden muss auch der Leistungskatalog der GKV. Dabei ist stärker zu prüfen, auf welche Leistungen beim Einsatz neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden verzichtet werden kann. Es ist nicht nur ethisch geboten, knappe Beitragsmittel dort einzusetzen, wo sie den höchsten Nutzen entfalten können. Eine Priorisierungsdebatte, wie sie immer im Umfeld von Ärzte- tagen und zur Begründung zusätzlicher Mittelforderungen eingesetzt wird, ist damit nicht verbunden.

Weniger aber wirksamer – Zur Regulierung der Arzneimittelversorgung

Auch wenn die Parteiprogramme wenig Aussagen zur Zukunft der Arzneimittelversorgung machen, ist es weitgehend unbestritten, dass dieser Versorgungsbereich überreguliert ist und teilweise von Ineffizienzen und Ineffektivitäten geprägt ist. Speziell die Rabattverträge haben den Krankenkassen zwar erhebliche Einsparungen verschafft, sind jedoch nicht ohne Rückwirkungen auf andere Instrumente wie die Wirtschaftlichkeitsprüfung oder die Bonus-Malus-Regelung geblieben. Die Implementierung einer Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel ist in der Praxis schwieriger und aufwendiger als gedacht. Trotzdem ist die Politik gut beraten, nicht voreilig wirksame Steuerungsinstrumente, wie etwa das Festbetragsystem, aufzugeben und allein auf Preisverhandlungen zwischen ungleichgewichtigen Vertragspartnern zu setzen. Solche

Verhandlungssysteme werfen auf beiden Seiten schwierige wettbewerbs- und kartellrechtliche Fragen auf. Ob Deutschland auf längere Sicht auf eine vierte Hürde bei der Zulassung verzichten kann, hängt auch davon ab, ob es zu einer fairen und belastbaren Verteilung des Risikos von Erwartungen und Realität zwischen Herstellern und Kostenträgern kommt. Erste Risk-Sharing-Modelle lassen hoffen, dass vertragliche Regelungen eine Regulierung (weitgehend) überflüssig machen.

Erneuerung der Institutionen – Reformen bei Selbstverwaltung und Aufsicht

Schließlich muss sich der kontinuierliche Verbesserungs- und Erneuerungsprozess auch auf die Institutionen des Gesundheitswesens erstrecken. Selbst wenn man Entrüstung bei Vertretern der Sozialpartner erntet, darf man fragen, ob die herkömmliche Form der Selbstverwaltung sowohl auf Kassen- wie auf Leistungserbringerseite noch angemessen ist. Zweifel beginnen bei der sogenannten Friedenswahl und enden beim Output großer Gremien, die unter Ausschluss der Öffentlichkeit tagen. Weil die Krankenversicherung von einer Arbeitnehmersicherung zu einer Bürgerversicherung geworden ist, stellt sich die Frage nach der Mitwirkung weiterer Gruppen als nur der Sozialpartner. Wenn sich Krankenkassen zu modernen Dienstleistungsunternehmen fortentwickeln, ist zu hinterfragen, ob politisch besetzte Gremien zur Steuerung und Kontrolle solcher Unternehmungen geeignet sind. Daher lassen sich durchaus andere Unternehmensfassungen denken, die sowohl dem Gebot einer effektiven und effizienten Unternehmensführung als auch dem Partizipationsbedürfnis der Betroffenen gerecht werden. Das gilt gleichermaßen für Krankenkassen wie Leistungserbringerinstitutionen und deren Verbände.

In dem Maße, in dem Wettbewerb die korporatistische Steuerung ersetzt oder ergänzt, wächst das Bedürfnis nach einer durchsetzungsfähigen Aufsicht. Nicht erst Berichte des Bundesrechnungshofes stellen kritische Fragen zur gegenwertigen Praxis. Das ungeordnete Nebeneinander von Bundes- und Landesaufsicht bedarf ebenso einer strategischen Neuausrichtung wie die höchstrichterliche Beschränkung der meisten Aufsichtsbefugnisse auf eine reine Rechtsaufsicht. Viel spricht für eine funktionale Trennung der Aufsicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei sollte die Finanzaufsicht grundsätzlich dem Bund, die Versorgungsaufsicht grundsätzlich den Ländern übertragen werden. Zwar laufen die Bundesländer gegen eine solche Aufteilung Sturm, doch spielt ein Nichthandeln längerfristig nur dem Bund in die Hände. Entsprechende Überlegungen sollten also in eine Gesamtdiskussion über die Ausgestaltung des Verhältnisses von zentralen zu dezentralen Steuerungsansätzen eingebunden sein.

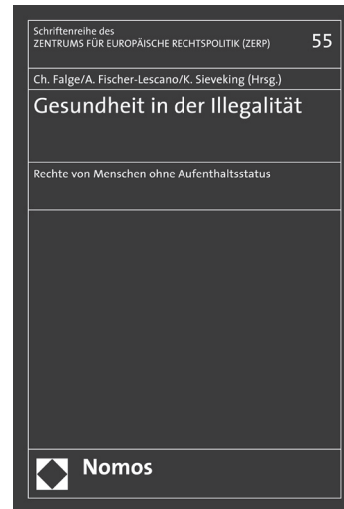
Fazit: Inkrementelle Veränderungen statt illusionärer Hoffnungen

Die Herausforderungen an die Gesundheitspolitik der 17. Legislaturperiode sind klar. Die Wahlprogramme der Parteien geben hierauf eine erste Orientierung, aber keine detaillierten Antworten. Sie lassen deshalb Spielraum für die Erarbeitung konkreter Konzepte und Lösungsvorschläge im Rahmen von Koalitionsgesprächen über einen Koalitionsvertrag und über die daraus abgeleiteten Gesetzgebungsschritte. Erwartungen an eine grundlegende Umgestaltung des Systems mit Hilfe eines großen Wurfs in ordnungspolitischer Reinheit sind pure Illusionen. Vielmehr wird an bestehenden Bausteinen weiter gearbeitet werden, um das komplexe Gesundheitswesen in seiner Funktionsfähigkeit zu sichern und schrittweise entsprechend dieser Notwendigkeiten umzugestalten. Die Themenfelder sind klar, die Antworten werden jedoch je nach politischer Konstellation unterschiedlich ausfallen.

Literatur

- Friedrich-Ebert-Stiftung – Gesprächskreis Sozialpolitik, Zukunft des Gesundheitssystems- Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft, Bonn 2009
- Greß, Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen –Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem Deutschen Krankenversicherungsmarkt, WiSo direkt –Analysen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2009
- Knieps, Hitler und Honecker und die Gesundheitsreform –Zur Entstehungsgeschichte des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, in Ulrich/Ried (Hrsg.) Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Nomos-Verlags-gesellschaft, Baden-Baden 2007, 871 ff.
- Knieps, Die Perspektive für das Gesundheitswesen, Zeitschrift für Versorgungsforschung 04/2008, 24 ff.
- Repschläger (Hrsg.), Beiträge und Analysen zur Auswirkung der Gesundheitsreform ab 2009, Barmer Ersatzkasse, Wuppertal 2008
- Reiners, Die Gesundheitspolitik nach dem GKV-WSG – Zur Dialektik von politischer Verantwortung und Wettbewerb, Gesundheit und Sozialpolitik 2/2009, 11 ff
- Reiners, Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“, G & G Wissenschaft 3/2009, 7 ff.
- Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, Verlag Hans Huber, Bern 2009
- Rürup/IGES/DIW/Wille, Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Gutachten für das Bundesministerium der Finanzen und das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2009
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung –Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2007
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration –Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (derzeit nur als Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit erhältlich, eine Buchhandlungsausgabe ist im Nomos-Verlag geplant)
- Schröder/Paquet(Hrsg.), Gesundheitsreform 2007 –Nach der Reform ist vor der Reform, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009
- Walenzik, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen –Kurzgutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2009
- Walenzik, Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung –Kurzgutachten der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2009

Aktuelle Neuerscheinung



Gesundheit in der Illegalität

Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus

Herausgegeben von Dr. Christiane Falge,
Prof. Dr. Andreas Fischer-Lescano und
Prof. Dr. Klaus Sieveking

2009, 237 S., brosch., 58,- €, ISBN 978-3-8329-4784-2
(Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechts-
politik an der Universität Bremen (ZERP), Bd. 55)

Die Neuerscheinung dokumentiert eine interdisziplinäre Tagung über „Gesundheit in der Illegalität“. Sie vereint Beiträge von Wissenschaftlern und Praktikern zu nationalen, europäischen und völkerrechtlichen Debatten und problematisiert die Mitteilungspflicht an die Ausländerbehörden nach § 87 Aufenthaltsgesetz.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de