

Kontinuität vor Wandel in der Gesundheitspolitik – Der Vertrag für eine erneute Große Koalition*

FRANZ KNiePS

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

Nach dem Schauspiel inszenierter Sondierungen für eine Jamaika-Koalition folgten zügige Verhandlungen zwischen den bisher regierenden Parteien und ein überraschend deutliches Votum der SPD-Basis. Seitdem ist klar, dass zum vierten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland eine „Große Koalition“ aus Unionsparteien und SPD regieren wird. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die gesundheitspolitisch relevanten Inhalte des Koalitionsvertrags und bewertet Chancen und Risiken für eine strukturelle Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens – primär aus Sicht der GKV. Er beschränkt sich auf die großen Linien; auf die Details gehen die weiteren Beiträge in diesem Heft ein.

Die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für eine ungeliebte Koalition

Seit dem Morgen des 4. März steht es fest, dass es – nach dem theaterpreiswürdigen Intermezzo der Sondierungen für eine sog. Jamaika-Koalition – zu einer erneuten Koalition zwischen CDU/CSU und SPD kommen wird, auch wenn diese nach den herben Verlusten aller Partner bei den Bundestagswahlen kaum noch als „groß“ bezeichnet werden kann. Die Eckpunkte für das gemeinsame Regierungshandeln und die wichtigsten Gesetzgebungsvorhaben wurden überraschend schnell und konstruktiv ausgehandelt. Das Gesundheitsressort bleibt in den Händen der CDU; allerdings erhält es mit Jens Spahn einen neuen Ressortchef, der in der Gesundheitspolitik alles andere als ein Unbekannter ist. Der neue Gesundheitsminister ist kenntnisreich, ehrgeizig, zukunftsorientiert, durchsetzungsfähig. Er spricht auch unangenehme

Wahrheiten aus und scheut keinen Konflikt, auch nicht mit ehrwürdigen Institutionen. Dabei macht er keineswegs an den Grenzen der Fachpolitik halt, sondern versucht, sich auf vielen Feldern mit betont konservativen Positionen zu profilieren und schreckt nicht vor Provokationen zurück. Trotzdem steht zu erwarten, dass Jens Spahn im neuen Amt mehr gestalten als verwalten will und Akzente setzen wird, die über das Gesundheitswesen hinausreichen werden.

Das soll nicht heißen, dass der bisherige Amtsinhaber Herrmann Gröhe, der trotz Wohlverhalten als treuer Parteisoldat plötzlich ohne Amt dasteht – ein Novum im Merkelschen Loyalitätssystem –, in seiner Amtszeit untätig gewesen ist. Kaum ein Gesundheitsminister hat in vier Jahren mehr und umfassendere Gesetzesvorhaben durchs Parlament geschleust. Allerdings hat sich Gröhe konsequent im System

* Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

Merkel (Ruhe ist die erste Bürgerpflicht) bewegt und Konflikte schon im Keim mit Geld erstickt. Mehr Geld für Ärzte, mehr Geld für Krankenhäuser, mehr Geld für Pflegekräfte, mehr Geld für Prävention usw. – alles finanziert aus Beitragsmitteln.

Dass die Ressourcen endlich sind, darauf hat der neue Minister gleich am ersten Tag seiner Amtszeit auf einem Pflegekongress hingewiesen. Die seit Jahren wachsenden Einnahmen der Kranken- und Pflegekassen geben nicht alles her. Das gilt erst recht für den Fall, dass die Konjunktur – beispielsweise durch einen transatlantischen Handelskrieg – einbricht. Dann wäre die Spendierlaune der Regierenden wohl bald zu Ende. Dann kämen aber auch Chancen, Strukturen und Prozesse des Gesundheitswesens zu reformieren. Denn nach allen politischen Erfahrungen reichen Erkenntnisse über Fehlsteuerungen nicht aus, um Reformen zu initiieren. Hinzukommen muss ökonomischer Druck. Für diesen Fall bietet der Koalitionsvertrag die Chance zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung, zur digitalen Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens einschließlich der europäischen Vernetzung sowie zur Belebung eines fairen Wettbewerbs nicht nur zwischen den Krankenkassen. Allerdings könnten die gleichen Vereinbarungen auch die Abschiebung von Fragen und Problemen in Arbeitsgruppen und Kommissionen legitimieren und in symbolische Politik münden.

Staat vor Selbstverwaltung und Wettbewerb – Bedenkliche Trends im Koalitionsvertrag

Im Vergleich zum letzten Koalitionsvertrag enthält der neue Text mehr generell-abstrakte politische Leitlinien als fachliche Festlegungen auf klare, konkrete Ziele und spezifische Instrumente. Dies gilt nicht nur für die programmatische Einleitung in das Gesundheitskapitel, in denen sich die Parteien zur flächendeckenden Versorgung bekennen und das Ziel der integrierten Versorgung besonders herausheben. In vielen Punkten steht der Vertrag in der Tradition früherer Vereinbarungen und demonstriert Kontinuität zur Gesundheitspolitik der letzten Legislaturperiode. Auffällig ist aber, dass der Staat einen Vertrauensvorsprung vor Lösungen durch Selbstverwaltung oder Markt und Wettbewerb erhält. Speziell die Bundesländer, die ja nicht gerade eine überragende Performance bei der

Erfüllung ihrer ureigenen Aufgaben – Paradebeispiel ist die ungenügende Erfüllung der Krankenhausfinanzierung – vorweisen können, spielten eine herausragende Rolle bei den Koalitionsverhandlungen und sind folglich die eigentlich Gewinner. Sie sollen erweiterte Befugnisse beispielsweise durch Mitwirkung in Zulassungsausschüssen für die ambulante ärztliche Versorgung oder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten. Auch der Bund setzt die in der letzten Legislaturperiode begangenen Tabubrüche (Beitragselder für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Stimmrechte im Innovationsausschuss beim G-BA) fort und soll jetzt eigene Projekte aus dem Innovationsfonds finanzieren können. Die chaotischen Zustände bei der Mittelverwendung der BZgA waren den Verhandlern entweder nicht bekannt oder wurden bewusst ignoriert. Auch die skandalösen Eingriffe der Politik in die Besetzung der unparteiischen Vorsitzenden beim G-BA scheinen keine reflexiven Wirkungen erzeugt, sondern zur Ermunterung zu weiteren Eingriffen beigetragen zu haben.

Den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Institutionen (Verbände, Arbeitsgemeinschaften, Ausschüsse, Medizinische Dienste) sollte dieser Vertrag eine Warnung sein. Ein Minister Spahn wird Verzögerungen und Nichterfüllung von Aufgaben ebenso wenig hinnehmen wie Blockaden in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, beispielsweise bei der Telematikinfrastruktur. Auch interessengeleitete Beschönigungen, wie die Passivität gegenüber jahrelang absehbaren Fehlentwicklungen in der Alten- und Krankenpflege oder bei Zugangsbarrieren und steigenden Wartezeiten zur (fachärztlichen) Versorgung, dürften schnelle Konsequenzen nach sich ziehen. Es wäre an der Zeit, dass sich die Gemeinsame Selbstverwaltung und die GKV auf ein zeitgemäßes und realistisches Ordnungsmodell für die Erfüllung ihrer Aufgaben und Funktionen besinnt, ihr Wettbewerbsverständnis klärt und ihre Binnenstrukturen und ihre Verwaltungsprozesse modernisiert. Sonst wird ihr das aufgezungen oder im Extremfall sogar Aufgaben und Funktionen entzogen. Der Koalitionsvertrag erwähnt Krankenkassen nur in der Funktion als Zahler (Payer), Gestaltungsoptionen (Player) gehen an andere. Hier kann schnell ein Paradigmenwechsel eintreten.

In diesen Kontext passt auch die Übertragung komplexer und/oder strittiger Fragen an Kommissionen und Ar-

beitsgruppen – ein Phänomen, das fast alle Politikbereiche erreicht. So soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung vorantreiben. Eine wissenschaftliche Kommission soll prüfen, ob die ärztlichen Honorarsysteme für GKV- und PKV-Versicherte harmonisiert oder gar zu einer einheitlichen Gebührenordnung zusammengezogen werden können. Das war's im Übrigen mit dem von der SPD gehypten Thema Bürgerversicherung. Keine Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf andere Einkommensarten, keine Veränderung bei der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze, kein Wahlrecht für Beamte nach dem Vorbild des Hamburger Modells, das bis 1988 weitgehend geltende Rechtslage in der Reichsversicherungsordnung war und für das die Unionsparteien damals heftig gegen FDP und die Versicherungswirtschaft gestritten hatten. Äußerungen des stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion lassen Zweifel aufkommen, ob die SPD ihre eigenen Forderungen wirklich ernst gemeint hatten. Seine Beschworung der „Zweiklassenmedizin“ entlang der Grenze GKV-PKV betreffen allenfalls die Unterschiede bei den Wartezeiten – ein zugegeben anschauliches Zugangsproblem –, diskreditieren andererseits ein soziales Sicherungssystem, das immerhin fast 90% der Bevölkerung absichert. Diese Erkenntnis ist bei weiten Teilen der Ärzteschaft noch nicht angekommen, in deren Funktionärskaste nur die Dollarzeichen in den Augen derjenigen Ärzte blinken, die über einen nennenswerten Anteil an Privatversicherten unter ihrem Patientenstamm verfügen. Erst recht wird kaum thematisiert, welchen Beitrag die unterschiedliche Honorierung je nach Versichertenstatus zur gefährlichen Über-, Unter- und Fehlversorgung leistet. Hier könnte eine wissenschaftliche Aufbereitung der Fakten durchaus hilfreich sein, zumal der neue Minister keineswegs blind für die Missstände in der PKV ist.

Versorgungsprobleme im Überfluss – Verbesserungen bei Pflege und Akutversorgung

Bei der Aufbereitung von gesundheitspolitischen Problemen und Herausforderungen ist die Faktenlage weitgehend unbestritten, nur die Priorisierung der Lösungsansätze scheint diesen Daten nicht immer gerecht zu werden. So bedurfte es erst eines couragierten Auszubildenden für den Pflegebe-

ruf, um der Pflege Aufmerksamkeit beim politischen Spitzenpersonal im Wahlkampf zu verschaffen. Selbst die Pflegestärkungsgesetze der letzten Legislaturperiode haben es bisher nicht vermocht, der Bevölkerung zu vermitteln, die Politik habe die vielfältigen Probleme bei der Kranken- und Altenpflege erkannt und sei auf dem besten Weg der Abhilfe. Von einer Lösung dieser Probleme in überschaubarer Zeit wagt schon wegen des eklatanten Fachkräftemangels niemand zu reden. Folglich ist es nur konsequent, Verbesserungen in der Pflege an den Anfang des neuen Koalitionsvertrags zu stellen. Dies gilt nicht nur für den weiteren Ausbau der Leistungen für Pflegebedürftige in der Teilkaskoversicherung Pflege sondern endlich auch für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung von Pflegekräften in der Kranken- und Altenpflege einschließlich der Pflege in den Krankenhäusern. Hier sollen verbindliche Personaluntergrenzen und transparente Personalbemessungsgrundlagen sowie eigenständige Vergütungsanteile und gesicherte Refinanzierungsgrundlagen die Rahmenbedingungen für die Pflege verbessern. Ein Sofortprogramm soll der Schaffung von 8000 neuen Stellen für die Behandlungspflege in Einrichtungen und die Finanzierung aus der Kranken- statt der Pflegeversicherung dienen. Dagegen ließe sich ordnungspolitisch manches einwenden. Speziell die Rückkehr des Selbstkostendeckungsprinzips bezüglich der Tariflohnsteigerungen beim Krankenhauspersonals könnte das leistungsbezogene Finanzierungssystem in der stationären Versorgung aus den Angeln heben. Die größte Gefahr liegt jedoch darin, dass diese neuen Stellen nicht besetzt werden können, weil es an geeigneten Fachkräften fehlt. Von daher ist die sofort einsetzende Debatte um die konkrete Zahl neu zu schaffender Pflegestellen eine Scheindiskussion. Tatsächlich geht es um schwieriger zu lösende Probleme. Fehlende Anerkennung und Respekt lassen sich nicht politisch erzwingen, sondern müssen durch einen kulturellen Wandel speziell im Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften befördert werden. Eine selbstbewusste professionelle Autonomie, mehr Mitbestimmung und Eigenverantwortung für Pflegekräfte beispielsweise bei der Arbeitsplanung, mehr Aufstiegsmöglichkeiten, ein besserer Schutz vor Überforderung, der Abbau überflüssiger Anforderungen an die Dokumentation und viele weitere kleine Schritte sind überfällig. Dies gilt im Übrigen

auch für andere Heilberufe, die sich aus der Umklammerung durch die Ärzte lösen wollen. Hier könnte die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein Zeichen setzen und ihre ablehnende Grundhaltung gegen autonomes Handeln zunehmend akademisierter Gesundheitsberufe zugunsten eines professionsgerechten Aufgabenkatalogs einschließlich einer adäquaten Finanzverantwortung aufgeben.

Der Koalitionsvertrag enthält viele weitere Anreize zur Verbesserung der Versorgung. Wie erwähnt soll die sektorenübergreifende Versorgung bezüglich der Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung und Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung einen neuen Schub erhalten. Ob dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe der ideale Katalysator ist, darf allerdings bezweifelt werden. Im Mittelpunkt der Passagen zur ambulanten Versorgung stehen vielfältige Anreize zur Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung, etwa über erweiterte Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Vorgaben für ein Mindestsprechstundenangebot von Vertragsärzten, eine bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der sprechenden Medizin sowie Erleichterungen für die Zulassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten im Rahmen einer kleinräumigen Bedarfsplanung. Innovationen – hoffentlich nur die, die einen gesteigerten Nutzen versprechen – sollen künftig schneller ihren Weg in die Regelversorgung finden. Hospiz- und Palliativversorgung sollen gestärkt werden. Hier ist vor allem der anhaltende Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen bemerkenswert, die noch immer der Illusion anhängen, Probleme ließen sich allein mit Honorarsteigerungen beheben. Es bedarf wohl noch deutlicherer Worte des Bundesgesundheitsministers, um die Vertragsärzte an ihre Verpflichtung zur flächendeckenden Sicherstellung zu erinnern.

Ob das angestrebte Verbot des Arzneimittelversandhandels wirklich das Ziel einer flächendeckenden Präsenz der Apotheken vor Ort erreichen wird, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden. Vielmehr ist dies ein Beispiel für den Erfolg ständischer Lobbypolitik, der sich mit der generellen E-Health-Strategie der Bundesregierung nicht vereinbaren lässt. Hoffnung macht lediglich die konkrete Formulierung, dass man sich für ein entsprechendes Verbot „einsetzen“ wolle. Die Frage ist, wie und bei wem.

Ärgerlich ist das Versäumnis, die Vorlage eines umfassenden Gutachtens zur Vergütung der Apotheker im Auftrage des Bundeswirtschaftsministeriums nicht für konkrete Veränderungen zu nutzen. Hier ruhen die Hoffnungen auf dem neuen Minister Peter Altmeier, der sowohl als pragmatisch als auch reformbereit gilt.

Für die stationäre Versorgung wird der eingeschlagene Weg der letzten Legislaturperiode weiter ausgebaut. Das gilt für die Fortführung des Strukturfonds zur Finanzierung von Um- und Abbau nicht bedarfsnotwendiger Kapazitäten ebenso wie für die Qualitätsoffensive unter anderem über die Bildung von Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen. Ein Schwerpunkt dürfte die Neuordnung der Notfallversorgung in gemeinsamer Verantwortung und Finanzierung von Landeskrankengesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen mit Notfallleitstellen und Notfallzentren sein. Leider fehlt ein Satz zu Portalpraxen an Krankenhäusern und zur Verknüpfung mit den Terminservicestellen. Unklar ist, ob eine weitere eigenständige Säule der Versorgung mit separatem Budget geschaffen werden soll. Auch die Rolle der Krankenkassen bleibt im Dunkeln: Sollen sie alles zahlen oder werden sie in die Gestaltungsverantwortung einbezogen?

Geringe Ambitionen für ein digitalisiertes Gesundheitswesen – Die Potenziale für E-Health und Gesundheitswirtschaft bieten mehr

Wenn die Digitalisierung „eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens der nächsten Jahre“ ist, woran kaum gezweifelt werden kann, dann sind die entsprechenden Passagen der Koalitionsvereinbarung seltsam uninspiriert und wenig ambitioniert. Zwar wäre es erfreulich, wenn die Telematikinfrastruktur endlich funktionsfähig und eine elektronische Patientenakte für alle BürgerInnen nutzbar würde, doch erscheinen diese Ziele ohne grundlegende Änderungen der Strukturen und Prozesse nicht erreichbar. Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass das Fernbehandlungsverbot aufgehoben und telemedizinische Leistungen abrechenbar werden. Beruhigend ist die Klarstellung, dass Gesundheitsdaten im Eigentum der PatientInnen stehen und streng geschützt sind. Bleibt zu hoffen, dass die Festlegungen im Vertragskapitel zur Digitalisierung – etwa zur elektronischen Dokumentation

von Impfpass, Mutterpass und Kinder-Untersuchungsheft oder zur elektronischen Rezeptübergabe ohne physischen Arztbesuch – dem dort verankerten Ziel, bis zum Jahr 2025 an die Weltspitze der digitalen Transformation zu rücken, dienen können. Der neue Bundesgesundheitsminister hat wiederholt deutlich gemacht, dass er weitergehende Ambitionen hat und die schnellere, konsequentere Anpassung an die digitale Transformation befördern will. Daher ist zu erwarten, dass Jens Spahn hier Akzente über den Wortlaut des Koalitionsvertrags hinaus setzen will und wird. Hoffentlich tun es ihm die Akteure des Gesundheitswesens gleich.

Abzuwarten bleibt, ob die angekündigten Initiativen, Dialogformate, Master- und Aktionspläne mehr werden als eine Ergotherapie für Vorstände oder Endlosrunden in organisierter Nichtverantwortlichkeit. Auch hier ist die Führungs- und Moderationsfähigkeit des Ministers und seines Führungspersonals gefragt.

Stärkung der Gesundheitskompetenz und Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes

Die Koalitionsparteien wollen den schon in der letzten Legislaturperiode eingeschlagenen Weg fortsetzen, die Gesundheitskompetenz der BürgerInnen zu stärken (neudeutsch Health Literacy) und wohl den entsprechenden Nationalen Aktionsplan umsetzen. Dem soll auch die Schaffung eines Nationalen Gesundheitsportals im Internet dienen, dessen konzeptionelle Vorarbeiten schon begonnen haben. Auf der Basis des nationalen Präventionsberichts soll das Präventionsgesetz fortentwickelt werden. Dann werden mit Sicherheit der Umsetzungsstand dieses Gesetzes im Allgemeinen und die trägerübergreifenden Kooperationsformen auf den politischen Prüfstand gestellt. Gezielte Aktivitäten sollen der Prävention von Volkskrankheiten und der Vorsorge für Kinder und Jugendliche speziell gegen Adipositas gelten. Auch die Impfquote soll verbessert werden. Schließlich sagt die Koalition der medizinisch nicht indizierten Antibiotikaverschreibung den Kampf an und will Anstrengungen zur Verhinderung von Antibiotikaresistenz unternehmen. Die Einrichtung eines Härtefallfonds für Medizinschäden, der bereits seit langem kontrovers diskutiert wird, soll lediglich geprüft werden, beschlossen ist er noch

nicht. Er würde sich gut in die Stärkung der Patientenrechte einfügen, der sich die Koalition verpflichtet hat.

Think global – Die Förderung internationaler Kooperationen

Besondere Akzente haben die letzte Bundesregierung und Minister Gröhe persönlich in der transnationalen Zusammenarbeit und im Engagement als Mitglied der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesetzt und damit an die Aktivitäten unter Ulla Schmidt angeknüpft. Dazu verpflichtet jetzt erstmals der Koalitionsvertrag die neue Regierung. Sie soll neue Strategien entwickeln und strategische Partnerschaften eingehen. Besonders hervorgehoben sind Aktivitäten zur Verhinderung von grenzüberschreitenden Pandemien und die Stärkung von Gesundheitssystemen in Entwicklungsländern. Der Koalitionsvertrag stellt aber auch eine aktive Rolle Deutschlands bei der Reform der WHO in Aussicht, deren Prioritätensetzung und Effizienz der Mittelverwendung nicht unumstritten ist.

Belastungsgerechtigkeit und Fairness im Kassenwettbewerb – Erste Schritte zur Reform des Finanzierungssystems und des Risikostrukturausgleichs

Bis zuletzt umstritten und ganz am Schluss des Gesundheitskapitels platziert ist in den Koalitionsvereinbarungen das Thema Finanzierung. Zwar bestand schnell Einigkeit, dass die GKV-Beiträge einschließlich des Zusatzbeitrags wieder paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern geleistet werden sollen. In der konkreten Formulierung bleibt undeutlich, ob die Arbeitgeber ab 2019 den kassenindividuellen oder den durchschnittlichen Beitragssatzanteil zahlen müssen.

Sportlich dürfte das Vorhaben werden, schrittweise kostendeckende Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln zu finanzieren. Hier ist der gewohnte Widerstand aus dem Bundesfinanzministerium zu erwarten. Für die GKV belastend, aber sozialpolitisch geboten ist die Halbierung der Mindestbeiträge für kleine Selbständige.

Doch noch in die Vereinbarungen geschafft hat es endlich die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA). Diese soll unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamts erfolgen und auf faire Wettbewerbsbedingungen

und Manipulationssicherheit ausgerichtet werden. Damit wird offenbar eine Reform angestrebt, die in dieser Legislaturperiode Wirksamkeit entfaltet. Gleichzeitig wird entgegen den Beteuerungen sich selbst evaluierender Wissenschaftler und als Ordnungshüter auftretender Beteiligter anerkannt, dass der heutige Kassenwettbewerb nicht fair ist und von einzelnen Akteuren missbraucht wird. Mit einer weiteren technokratischen Verfeinerung des RSA werden diese Ziele wohl kaum erreicht werden. Die in dieser Zeitschrift wiederholt debattierten neuen Parameter – wie beispielsweise die Einführung eines Regionalfaktors – lassen sich nicht kurzfristig umsetzen. Deshalb bietet es sich an, wie schon bei der Berücksichtigung des Krankengels im RSA eine schnelle Reform mit sofort und einfach umsetzbaren Übergangsregelungen – etwa in Form eines Hybridmodells – in Gang zu setzen, ohne das Ziel einer grundlegenden Reform aus den Augen zu verlieren.

Bilanz – Kein Systemwechsel, aber Chancen zur Erneuerung

Insgesamt darf man konstatieren, dass der gesundheitspolitische Teil des Koalitionsvertrags nicht den großen Wurf darstellt, den Menschen mit Illusionen oder Visionen erwartet hätten. Er bietet aber bei wohlwollender Interpretation durchaus Spielraum für die Verbesserung der Versorgung, speziell in der Pflege und für die sektorenübergreifende Versorgung. Vor allem könnte er die Grundlage für die digitale Erneuerung des Gesundheitswesens bilden und für eine Revitalisierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen sorgen.

Die Krankenkassen täten – wie andere Akteure auch – gut daran, die Chancen des Vertrags zu nutzen und alle Handlungsspielräume, die sich ihnen nach geltendem Recht bieten, auszufüllen. Beispielhaft seien hier die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement genannt, die nicht nur für Pflegekräfte, sondern auch in der digitalen Arbeitswelt entlastende Lösungen anbieten. Der neue Gesundheitsminister Jens Spahn hat sich schon früher auf die Seite derjenigen gestellt, die handeln und nicht jammern. Daraus sollte die GKV die Lehre ziehen, dass Eigenanstrengungen zur Verbesserung von Effektivität, Effizienz und Qualität der eigenen Dienstleistungen und der Versorgung gefragt sind. ■