

[Oh Jamaika]

In der GKV sind cannabishaltige Produkte inzwischen als Schmerzmittel zugelassen, wenn nichts mehr hilft. An ihren therapeutischen Voraussetzungen hätte eine Jamaika-Koalition somit nicht scheitern müssen. Keilte die CSU bei „schwarz-gelb“ gegen die FDP („Gurkentruppe“), durfte sie nun zum Rundumschlag ansetzen („Schwachsinntermine“). Der Grad aber, auf dem eine koalitionäre Verständigung stattfinden sollte, musste sich wohl an den schmerzhaften Gegensätzen orientieren. Blieb da noch grünes Reformpotenzial für die Gesundheitspolitik? Nötig wär's. Denn die Union mag's – von keiner Programmatik bedrängt – gern überaus pragmatisch, während die FDP meist ihre teuren Klientele auf dem Zettel hat. Versicherten- und patientenorientierte Reformpolitik hatten die Grünen vorgedacht, etwa im Bericht der Reformkommission der Böll-Stiftung «Wie geht es uns morgen?» Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Hier finden sich konsequente, politisch lange blockierte Reformkonzepte wie die Zusammenführung von GKV und PKV in einer solidarischen Bürgerversicherung mit einheitlichem ärztlichen Vergütungssystem, sektorenübergreifender Kapazitätsplanung und Vergütung: Themen, denen sich aktuell auch die Autoren der vorliegenden Ausgabe der G+S widmen.

Es ist ein Verdienst der Böll-Stiftung, die Grünen ein Stück weit aus dem Esoterischen einer „ökologischen“ Gesundheitspolitik zwischen Homöopathie, Impfverweigerung, Naturheilkunde und Wassergeburt herausgezogen zu haben: Dem Schutzraum nach dem Realitätsschock der ersten grünen Gesundheitsministerin, Andrea Fischer, die zwischen der Häme von Rudolf Dressler auf der einen Seite und dem eisigen Gehabe der Ärztefunktionäre auf der anderen nicht recht froh werden konnte. Den Rest erledigte der Rinderwahn – Gesundheit ist bei den Grünen seither ein Verliererthema. Und obwohl kaum eines der Wahlprogramme für den Bereich der Gesundheitspolitik derartig ausführlich und vergleichsweise konkret ist wie das der Grünen, wird es auch nach Neuwahlen keinen neuen Gesundheitsminister der Grünen geben. Die Wette fällt nicht schwer.

Ebenso lässt sich ein FDP-Gesundheitsminister angesichts der Gradwanderung (Oh Jamaika) kaum denken. Deren Motto lautet seit J. W. Möllemann: Erst zocken, dann abspringen. Da sich Daniel Bahr vor seinem Wechsel in die PKV mit der teuersten Amtszeit des Jahrtausends in die Annalen eingetragen hatte, ist er nicht mehr ministeriabel. Bahr hatte den Gesundheitsfonds der GKV dermaßen anschwellen lassen, dass die Reserven jahrelang verfrühstückt werden konnten. Die gesundheitspolitischen Wohlthaten der (hoffentlich) letzten Großen Koalition wären ohne Bahr so nicht denkbar gewesen. Das heißt aber auch, dass die Ausgabenpiralen schon laufen. In der kommenden Legislaturperiode müsste dringend wieder die Zielgenauigkeit der Veranstaltung erhöht werden.

Der größte Treiber von Fehlsteuerungen im deutschen Gesundheitswesen sind zweifellos parallele, ordnungsinsuffiziente Gebührenordnungen der Ärzte zwischen GKV und

PKV. Mit ihnen vergibt die PKV bei Gefährdung der eigenen Existenz den Schlüssel, sich ungehemmt ihrer Finanzen zu bedienen. Um eine Reform der GOÄ wird seit Jahrzehnten gestritten. Gleichzeitig werden der GKV immer höhere Budgetzahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet, ohne dass der überbordenden Drift ärztlicher Behandlerzeiten in den Bereich der PKV hinein Einhalt geboten würde. Fachärzte arbeiten teils mehr als die Hälfte ihrer Zeit für die PKV und entziehen auch den gesetzlichen Budgets überproportional Mittel, während Hausärzte – zumal auf dem Land – arbeitsfähige Team-Strukturen verweigert werden. Die Chance, diese Fehlsteuerung isoliert, d.h. ohne die übergeordnete Einführung einer Bürgerversicherung zu beenden, dürfte allein aufgrund der fokussierten ärztlichen Interessen gegen Null gehen. Und eine Bürgerversicherung – vgl. Beitrag von Wulf Leber in dieser Ausgabe – werden die Grünen im politischen Jamaika-Setting nicht durchsetzen (können). An dieser Stelle ist jedes Verständnis für Satire gut zu begründen.

Fehlsteuerungen, an denen eine vermehrte ambulante Behandlung bisher stationär erbrachter Leistungen weiter behindert wird und die gerade eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung erschweren, resultieren auch aus dem systematischen Vergütungsbruch ambulanter Leistungen zwischen Arztpraxis und Krankenhaus. Alle Bemühungen des Gesetzgebers, den Übergang fließend zu gestalten, haben einerseits zu besonderen Vergütungsregelungen für die Krankenhäuser geführt – vgl. Beitrag von Jens-Oliver Bock/Reinhard Busse/Klaus Focke in dieser Ausgabe – und gleichzeitig wachsende fachärztliche Honorarbudgets der Kassenärztlichen Vereinigungen unberührt gelassen. Nicht einmal die ambulante Notfallbehandlung ist in den Krankenhäusern „als Dienstaufgabe“ effektiv und effizient organisiert, sondern wird mit immer größeren Patientenzahlen als „Restaufgabe“ erledigt. Der Reformbedarf an dieser Stelle ist unübersehbar.

Bock et al. schlagen in dieser Ausgabe ambulante DRGs als sektorenübergreifendes Vergütungsinstrument vor, ohne allerdings die erforderlichen Bedarfsplanungs-, Vertrags- und Budgetordnungsfragen einzublenden. Als akademische Übung kann man das tun. Und es gibt sicherlich auch interessierte oder nichtsahnende Protagonisten im Gesundheitswesen bzw. bei Parteien und sogar Bundesländern, die dem so verkürzt zuneigen: Ihnen schiene Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung unzeitgemäß, es fehlten doch ohnehin Ärzte. Und eine Budgetierung hielte nur den medizinischen Fortschritt auf. Aber so heftig kiffen nicht einmal die Rastafaris in Jamaika. Sobald der Bereich der sektorenübergreifenden Behandlung – etwa einschließlich des ambulanten Operierens – über die bürokratische Mimikry der real existierenden „spezialärztlichen Versorgung“ hinaus adressiert wird, werden nichtsahnende Reformvorschläge nicht nur unbezahlbar, sondern gefährden durch ihre Anreize auch die Qualität der Versorgung.

Kurzum: Besser keine Vergütungsreform als eine Diskreditierung von Reformpolitik. So gesehen auch besser „keine Regierung als eine schlechte Regierung“. Belgien hat das oft länger gut getan. Aber Belgien liegt auch kurz vor Jamaika.

Karl-Heinz Schönbach