

# Versorgungsstrukturen: Zurück in die Zukunft

KARL-HEINZ SCHÖNBACH

Karl-Heinz Schönbach ist Geschäftsführer für den Bereich „Versorgung“ beim AOK-Bundesverband in Berlin und Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“

**Unabhängig vom Wechselspiel der Koalitionen zeichnet sich Gesundheitspolitik in Deutschland durch ein hohes Maß an Kontinuität aus. Sie knüpft an langfristig entwickelte Strukturen und Institutionen an, arbeitet Defizite auf oder ergreift tatsächlich neue Möglichkeiten. Die Vereinbarungen der Koalitionäre bleiben dabei regelmäßig andeutungsvoll oder beschränken sich auf einen Reparaturmodus. Denn das für einen politischen Fahrbahnwechsel erforderliche Momentum ginge durch politische Ankündigung schnell verloren. Werden Vorfestlegungen tatsächlich gebraucht, erfordern sie wie bei „DRG, RLV, M-RSA und Co.“ Gesetzesrang. Koalitionsvereinbarungen deuten künftige Bewegungen mehr an. Finden wir mithin eine langweilige Vereinbarung vor? Keineswegs, wir finden ein schwarz-rotes Kräftemessen. Der stationäre Teil weist durchaus zahlreiche, überaus bemerkenswerte Andeutungen auf. Dagegen wirkt der ambulante Teil seltsam verloren. Und auch bei der Pflege hat sich die UNION durchgesetzt.**

## Einführung

Dieser Beitrag geht die für die Versorgungsstrukturen bestimmenden Teile der Koalitionsvereinbarung durch. Eine richtungsweisende politische Klammer, die patientenorientierte Ziele und Maßnahmen thematisierte, mochte dem geschäftsmäßigen Text niemand mitgeben. Das ist bei einem auf Staatsräson und Konsolidierung angelegten „Projekt“ kaum anders zu erwarten. Auch mochte sich die UNION nicht wie bei der letzten „Großen Koalition“ nachsagen lassen, gerade in der Gesundheitspolitik unterkritisch verhandelt zu haben. Hier war zwar erneut wenig auf der Agenda, aber die Vertretung doch von anderem Kaliber. Kassiber aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bedürfte es nicht

mehr. Dort musste stattdessen geradezu niederschmetternd irritieren, wie weit die Koalition den Hausärzten entgegenkommen will. Die Stellungnahme der KBV blieb danach bewusst verhalten. Und der Präsident der Bundesärztekammer begrüßte: „... auch die langjährige Forderung der Ärzteschaft nach einer klaren, strafrechtlichen Regelung zu Korruption im Gesundheitswesen ist aufgenommen worden“. Offensichtlich lässt die aufziehende Stimmenmehrheit im 18. Deutschen Bundestag nicht unbeeindruckt.

Das Kräftemessen zeigt aber auch klar die Limits: So wurden für die Versorgungsstruktur übergreifende Aspekte nicht nur vernachlässigt, weil der SPD vom Start weg die Bürgerversicherung als vehement angekündigtes Projekt abhandengekommen war. Neben dem Min-

destlohn durfte es offensichtlich keinen zweiten Durchbruch geben. Damit wird auch für eine „einheitliche Gebührenordnung“ nur noch auf kryptische Halbsätze verwiesen: ‘Überall’ ging offenbar die ‘Kraft’ aus, und es brauchte schon einer gesonderten Verhandlungsführerin für den stationären Teil, um gegen die UNION überhaupt noch Vorzeigbares auszuhandeln. Vielmehr gingen den ersten Entwürfen auch schnell Passagen verloren, die etwa die ambulante Behandlung der Krankenhäuser neu zu ordnen aufgeben sollten: Ein Konzept des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen (SVR-G). Und mit dieser Enthaltung der Koalitionsvereinbarung wurden gleich auch die unglücklichen Fragmente der „Spezialfachärztlichen“ Versorgung aus dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG 2010) weidlich ignoriert. So geht das Verhandlungselend hier vorerst weiter.

### Ambulante Gesundheitsversorgung

Für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung greift die Koalitionsvereinbarung zunächst die Anliegen des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG 2010) auf und setzt sie fort. Vorschriften zur Beteiligung der Krankenhäuser bei Unterversorgung und Schließung von Arztsitzen in übersorgten Gebieten wird der nötige Nachdruck verliehen. Hinzu kommen fachgleiche MVZ, um etwa auch hausärztliche Zentren zu fördern. MVZ von Kommunen gab es schon beim VStG 2010; der Vorrang ärztlicher Gründer soll bestehen bleiben. Das wird sich wohl neutralisieren. Dagegen könnten Praxisnetze Mittelzuflüsse erwarten, da die ordnungspolitisch verunglückte, nicht vertragsgeschützte Förderung von Praxisnetzen im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarverteilung der KV zur Regel gemacht werden soll. Aber allein schon der jetzt von der Koalition durch Strafrecht flankierte Korruptionsparagraph des VStG setzt die „Kooperation“ wirtschaftlich interessierter Akteure berechtigter Kritik aus, soweit und solange ihr keine (sozialrechtlichen) Verträge zugrunde liegen. Budgethaltende Praxisnetze, die leistungseinschränkende Absprachen treffen, wären nicht akzeptabel.

Versorgungspolitische Akzente werden für die Psychotherapie gesetzt, bei der insbesondere der Stellenwert der Kurzzeittherapie bedarfsgerecht erhöht werden soll. Auch eine Reform des sich

selbst bestätigenden Gutachterverfahrens wäre zu begrüßen. Zudem soll der jahrelange Stillstand durch zwei neue Disease Management Programme bei Rückenleiden und Depression beendet werden. Die hausärztlichen Teile der DMP sollen in die Programme zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HzV) integriert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Wirksamkeit und Stratifizierung der Programme durch spezifischere Einschlusskriterien unterstützt und nicht gefährdet werden.

Auch der Vertragsspielraum bei den Selektivverträgen soll rechtssystematisch vereinheitlicht und erhöht werden. Dazu gehören Erleichterungen bei der Bereinigung, woran immer die Koalitionäre auch gedacht haben mögen. Hilfreich wäre etwa, ab Einschreibung retrospektive Bereinigungen zuzulassen, um die Aufnahme in Programme zu beschleunigen. Auch die Anerkennung des Bereinigungsvertrages mit der Heimat-KV durch alle anderen könnte die Bürokratie zähmen. Hinzu kommen für selektive Verträge Klarstellungen zum Vertragsinhalt, für den nicht länger nur auf die Substitution der Regelversorgung abgestellt werden soll. Dies hatte innovative Leistungen und Infrastrukturinvestitionen vielfach blockiert. Allem voran aber soll der aufsichtsrechtlich relevante Nachweis der Refinanzierung von Investitionen nicht vom Start weg jährlich, sondern nach einer Frist von vier Jahren zu erbringen sein. Die innovative Energie der Vertragspartner soll so nicht länger dem Eifer von Rechnungshöfen und Aufsichtsämtern geopfert werden, der sie inzwischen beinahe zum Erliegen gebracht hatte. Dies alles gewinnt versorgungspolitische Innovationsbereitschaft zurück. Ob es dazu auch des angekündigten „Innovationsbudgets“ bedarf, wird bezweifelt werden können. Denn hier sollen vom „Gemeinsamen Bundesausschuss“ nach dessen Kriterien 225 Mio. € für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, und 75 Mio. € für Versorgungsforschung vergeben werden. Dem wird die Einsicht zugrunde gelegen haben, dass unter dem Regime des Gesundheitsfonds alle finanziellen Mittel der GKV „planwirtschaftlich adressiert“ sind und für Innovationen ein Budget geplant werden muss. Den Erleichterungen bei den „besonderen Versorgungsformen“ wird mithin nicht so ganz getraut. Dafür dann aber dem untergesetzlichen Normgeber der GKV, dem Gemeinsamen Bundes-

ausschuss, den Taktstock überreichen zu wollen, verrät eine sympathische Ratlosigkeit: Ist der G-BA innovationsstrategisch belebt? Kommt so das Neue in die Welt? Wird der Rundfunkrat bahnbrechend für neue Sendeformen?

Und an dieser Stelle sind die ambulanten Möglichkeiten offenbar erschöpft: Die jenseits der Haus- und Kinderärzte für die ambulante Versorgung bestimmenden falschen Anreize paralleler Gebührenordnungen scheinen nicht politikfähig. Dass Patienten heute wochenlang auf einen Facharzttermin warten, aber keine 3 Tage auf eine medizinisch fragwürdige Arthroskopie oder einen Herzkatheder, dringt im ambulanten Teil der Koalitionsvereinbarung nicht durch, während dieser Widerspruch den stationäre Teil durchaus antreibt. Ambulant aber schafft die Vereinbarung nur den obskuren Platzhalter eines „Terminservice der KV“: Patienten, die nach 4 Wochen keinen Facharzttermin haben, können zu Lasten des KV-Budgets einen Krankenhausarzt aufsuchen. Offenbar soll sich die sektorale Gesundheitsverwaltungswirtschaft an dieser Regelung so lange verschlucken (wer bestätigt bis wann wem, dass ein Termin medizinisch notwendig war und nicht anders zu bekommen) bis eine Reform der fachärztlichen Honorierung möglich wird. Denn nur auf diesem Weg wird ermöglicht, dass der Facharzt die GKV-Versicherten nicht nach Verbuchen einer Pauschale zurücksetzt, um sich zeitintensiv PKV-Patienten, IGeLn und vermehrbaren Einzelleistungen zu widmen. Wenn sich dieser Trend fortsetzt, kommen 95 Prozent der Bevölkerung in Facharztpraxen bald nur noch nachrangig vor, obschon die Krankenkassen immer höhere Gesamtvergütungen zahlen: Ist die Politik auf dem fachärztlichen Auge blind?

Jede weitere politische Aufmerksamkeit widmen die Koalitionäre den Hausärzten. Die bei den besonderen Versorgungsformen genannte 4-Jahres-Frist zur Beitragssatzstabilität wird auch der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007) verpflichtend gestellten HzV eingeräumt und folgerichtig ihre Vergütungsbeschränkung auf die Regelversorgung aus dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG 2010) aufgehoben. Es bleibt aber nicht nur bei dem selektivvertraglich adäquaten Vertragsprivileg hausärztlicher Gemeinschaften aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Krankenversicherung

(GKV-OrgWG 2009), sondern auch bei dessen Schiedsregelung, die allenfalls kollektivvertraglich adäquat ist. Dieser „Methodenfehler“ der Koalitionsvereinbarung darf sich nicht in den Gesetzgebungsverfahren fortsetzen. Bei den besonderen Versorgungsformen sollen die einzelvertraglichen Akteure Verträge abweichend von den Regelungen des 4. Kapitel SGB V gestalten können. Dabei ist eine unternehmerische Abwägung von Risiken und Chancen maßgeblich. Eine Schiedsperson kann diesen Prozess allein deshalb nicht in geeigneter Weise durch seine Entscheidung abschließen, weil sie Maßnahmen zur Risikobegrenzung weder beurteilen noch durch ihre Ausgestaltung ersetzen kann. Nicht ohne Grund kündigt die Koalition daher an, für die HzV gesetzlich Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsinstrumente einzuführen. Solche Vorgaben wären aber für Selektivverträge ebenso wesensfremd wie Schiedsregelungen. **Klartext: Bei Selektivverträgen hat der Gesetzgeber nichts zu suchen!** Schiedsregelungen wären allenfalls mit Blick auf das bloße Zustandekommen von Verträgen hinzunehmen, wenn der Schiedsperson Risiken jenseits der Regelversorgung einzugehen verwehrt bleibt ist. Gerade diese Begrenzungen will die Koalition aber nun fallen lassen. Von daher ist die Einführung einer Frist von vier Jahren das überlegende Instrument. Entsprechend sollte dann die Schiedsfähigkeit entfallen oder zumindest unter den vorherigen Vergütungsvorbehalt gestellt werden.

Es liegt durchaus nicht fern, die HzV-Regelung im Kontext der neuen Alleinstellung der Hausärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung zu betrachten. Die Trennung der Gesamtvergütungen von Hausärzten und Fachärzten will die Koalition nun mit der Trennung der jeweiligen Entscheidungsprozesse in der Vertreterversammlung unterstreichen. Durch diese Justierung entstehen getrennte Verhandlungen für Hausärzte und Fachärzte, deren Maßstab auf hausärztlicher Seite zweifellos die Entwicklung in der HzV sein wird. Eine sozusagen gesetzlich entfesselte HzV würde auch für die Hausärzte in der KV neue Forderungshorizonte freilegen, obschon sie heute schon ihre Gesamtvergütungen durch Leistungen für die Patienten nicht auszuschöpfen in der Lage sind.

## Krankenhausversorgung

Der stationäre Teil der Koalitionsvereinbarung knüpft an die GKV-Gesundheitsreform 2000 und das Fallpauschalen-Gesetz 2002 an. Hier hatte der Gesetzgeber eine leistungs- statt verweildauerorientierte Krankenhausvergütung angekündigt bzw. auf den Weg gebracht, ohne die Krankenhaus-Investitionsfinanzierung auf den neuen Leistungsbezug umzustellen. An der Diskussion schien keiner der Beteiligten interessiert. In der Folge wurde die etatistische Krankenhausplanung der Länder von dem neuen System der Fallpauschalen überrollt. Für die Versorgungslandschaft bestimmend wurde der Produktivitätssprung der Krankenhäuser aufgrund der Systemanreize mit der Folge anhaltend hoher Reservekapazitäten. Der Investitionsanteil der Länder an der Gesamtfinanzierung verfiel und aufgrund fehlender Qualitätsanreize der

### *Jeder Weg aus dem Desaster der Krankenhausplanung verdient politische Unterstützung.*

Verträge nahm die Zahl der Eingriffe über das medizinisch Begründbare hinaus zu.

Erst seit auch medizinische Fachgesellschaften das komplette Versagen einer föderal verzahnten Krankenhauspolitik als Qualitätsdefizit und Patientenrisiko beklagen, wird die Krankenhausplanung zum Thema. Wegweisend sind zudem Versorgungsreports der Krankenkassen, die evidente Qualitätsunterschiede und den Verfall medizinisch begründeter Indikationsgrenzen nachweisen: Die Mengenentwicklung richtet sich bereits gegen die Patienten. Die Koalitionäre wissen zweifellos, wie politisch heikel und föderal sensible die Thematik ist und deuten ein politisches Konzept für strukturelle Änderungen an, ohne es gleich instrumentell auszuformulieren. Dazu wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vorgesehen. Auch das wird kein leichter Gang werden, wie schon das Verhalten der CSU bei den Verhandlungen zur Koalitionsvereinbarung erkennen ließ.

Offenbar will die Koalition die Degressionseffekte auf den Landesbasisfallwert insbesondere aus der Mengenentwicklung

künftig nicht durch allgemeine Finanznachsüsse konterkarieren, sondern die bisher verborgene Preisdifferenzierung der Krankenhäuser nach Maßgabe unter anderem ihrer jeweiligen Bedarfsnotwendigkeit wirksam werden lassen. Grundlage dafür soll eine „erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung“ werden, mit der Kapazitäten auf der jeweiligen Spezialisierungsstufe regional patientengerecht vorzuhalten sind. Dabei sollen zum einen erreichbarkeitsnotwendige Krankenhäuser systematisch durch Sicherstellungszuschläge am Markt gehalten werden, zum anderen Häuser je nach Erreichen der Qualitätsvorgaben Zu- oder Abschläge bei der Vergütung erhalten.

Wenn das Desaster der Krankenhausplanung mit Überkapazitäten und mangelhafter Arbeitsteilung, die sich jeweils gegen die Qualität der Patientenversorgung wenden, nicht so gravierend und seine Auflösung nicht in dem Maße föderal behindert wäre, würde einem solchen Konzept aus wohlmeinenden Andeutungen niemand politisch die Hand reichen. So aber verdient es Unterstützung. Sicherlich erlangte es erst auf Dauer durch politische Nachhaltigkeit (Investitionsfinanzierung, Marktaustrittshilfen, etc.) und Stetigkeit (Verzicht auf finanzielle Nachsüsse) die erforderliche Gestaltungskraft: Bisher wurde mit nachgehenden Finanzhilfen und systemfremd motivierten „Sonderprogrammen“ immer dann ad hoc politisch interveniert, sobald Grenzanbieter tatsächlich auszuschneiden drohten. Nur durch den Einbezug angemessener Investitionsmittel in die Leistungsentgelte und den Verzicht auf die genannten Interventionen könnte sich aus dem Ansatz der Koalition eine systemimmanente Preisdifferenzierung nach den genannten Kriterien ergeben. Qualitäts- und Sicherstellungszuschläge flankieren aus Sicht der Koalitionsvereinbarung offenbar ein allmähliches Ausschneiden unwirtschaftlicher Krankenhäuser, die eben Qualitätsstandards verfehlen oder unter Zielkriterien der Erreichbarkeit nicht bedarfsnotwendig sind. Um die politische Stetigkeit des Ansatzes zu erhöhen, muss ein hinreichender Degressionseffekt der Mengenentwicklung auf den Landesbasisfallwert erhalten bleiben. An dieser Stelle spricht die Vereinbarung auch davon, den Degressionseffekt bei vereinbarten Mehrleistungen mit hoher Qualität zu vermindern. Ebenso wird die Hürde nicht finanzierter Marktaustrittskosten für die Träger zwar gesehen. Es braucht

offenbar einen Strukturfonds, der die Umwidmung des ausscheidenden Krankenhauses etwa für ambulante Formen der Leistungserbringung finanziell fördert. Es bleibt aber offen, ob der Widerwille der CSU den angedachten Strukturfonds aus der Vereinbarung getrieben hat oder die Vorgabe des Finanzministers, mit Blick auf nicht mehr genannte Bundeszuschüsse zur GKV, auch möglichst einzelne Budgetfestlegungen zu vermeiden.

Darüber hinaus gerät der Vereinbarung die politische Zurückhaltung gegenüber dem Einzelvertragsprinzip zum Nachteil. Es sollen nur bei zunächst vier (!) ausgewählten planbaren Leistungen Qualitätsverträge „erprobt“ werden. Die Qualitätskriterien dazu sollen „gemeinsam auf Landesebene“ vereinbart werden. Warum (unterschiedliche?) Qualitätskriterien auf Landesebene und nicht auf der Bundesebene vereinbart unterscheiden sollen, bleibt unerfindlich. Ebenso ist nicht erkennbar, dass für entsprechende Verträge der Kontrahierungszwang mit den Krankenhäusern gelockert werden soll. Geschieht dies nicht und bleiben entsprechende Leistungen nicht den ausgewählten Krankenhäusern vorbehalten, entstehen durch öffentliche Verträge unterschiedliche Qualitätsniveaus und ggf. Haftungs- und Gewährleistungsfragen. Das Problem scheint lösbar, wenn die öffentliche Krankenhausplanung nach dem Bedarf erfolgt und die Krankenkassen aufgrund von Qualitätskriterien solange einzelvertraglich auswählen, bis die Anzahl der Leistungen vertraglich gesichert ist, die der Planungsvorgabe insgesamt entspricht. Da die Planungsvorgabe insgesamt höher ist als die von der jeweiligen Krankenkasse tatsächlich nachgefragte Leistungsmenge, finden die jeweiligen Versicherten hinreichende Auswahlmöglichkeiten unter den kontrahierten Krankenhäusern vor. Andernfalls müssten den Krankenhäusern Leistungen, für die erhöhte Qualitätskriterien bestimmt wurden, von den Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ verweigert werden, wenn sie die diese Vorgabe nicht erfüllen. Und das bei staatlich zugelassenen Krankenhäusern.

Bisher postuliert die Koalition „Qualität“: was strategisch darunter zu fassen ist und wer dieses Ziel treiben soll, lässt sie im Ungefähren. Qualität gibt es nur mit „Auswahl“ und die glückt nicht „einheitlich und gemeinsam“. Somit werden die Strategen des Konzepts mit der geplanten Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht nur

von der Investitionsfinanzierung bis zum Strukturfonds nachbessern müssen. Kann sich so ein Konzept formieren, mit dem sich in der Kontinuität des DRG-Systems tatsächlich die Chance zu einer qualitativen Neuorientierung der stationären Versorgung in Deutschland ergibt?

## Pflege

Anders als in der letzten Legislaturperiode soll mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ernst gemacht werden. Nicht erneut sollen Kommissionen kreisen, ohne dass der finanzielle Spielraum für die Reform politisch bestellt ist. Dazu wird der Beitragssatz in Stufen um 0,5 Beitragssatzprozentpunkte angehoben. Das ergibt ein Finanzvolumen von rund 6 Mrd. Euro. Dass ein solches Volumen nicht reichen könnte, wird die Öffentlichkeit nicht sobald als Frage erreichen. Und doch: Allein die notwendige Dynamisierung der bestehenden Leistungsbeträge wird mit 1,4 Mrd. € zu Buche schlagen. Hinzukommen sollen vorgezogene Leistungsverbesserungen bzw. Betreuungsleistungen nicht nur für kognitiv eingeschränkte Personen mit einem Finanzbedarf von rund 0,2 Prozentpunkten. Damit sind mehr zwei Drittel des Aufkommens aus dem ersten Schritt der Beitragssatzerhöhung von 0,3 Punkten bereits investiert. Die anstehende Reform der Eingliederungshilfe mit Entlastungen der Kommunen aus dem Bundeshaushalt und Leistungsverlagerungen zu den Pflegekassen wird dann in der laufenden Legislaturperiode den Spielraum für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verknappen, zumal der „Pflegevorsorgefonds“ bei der Bundesbank mit 0,1 Punkten bemessen ist.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) hatte ja schon Leistungsverbesserungen bei kognitiven Einschränkungen gebracht. Nun will die Koalition zunächst das Begutachtungs-Assessment für die neuen Pflegestufen erproben, um auf dieser empirisch überprüften und belegten Grundlage leistungsrechtliche Abgrenzungen treffen zu können. Dieser Schritt, der im letzten Jahr die Kommissionen polarisiert hatte, ist zeitaufwendig. Je nachdem, welche Seite das Gesundheitsressort erhält oder wo die Pflege angesiedelt wird, könnten sich mithin die Positionen entzweien, ob der Lorbeer, den „Schlussstein“ der Reform zum Durchbruch verholfen zu haben, erneut erst nach der nächsten Bundestagswahl

vergeben wird. Aber auch ohne diesen Schritt hat die Politik in den kommenden vier Jahren in der Pflege verdienstvolle und versorgungspolitisch bedeutsame Anliegen formuliert. Von der Anschubfinanzierung für neue Wohnformen über die Pflegezeit für Angehörige, deren Auszeit mit Lohnersatz bis hin zur geriatrischen Reha in der Pflegeversicherung und der Neuordnung der Pflegeausbildung in einem generalisierenden Konzept. Auf allen Feldern soll gearbeitet werden.

Bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gibt es mithin keinen Stillstand in der Pflege. Ihr Hinausschieben dürfte durchaus auch zum Kuhhandel gehört haben, bei dem die Arbeitgeberverbände Randbedingungen für die Einführung eines Mindestlohns am Arbeitsmarkt einsortiert haben. Dass dem gleich ganze Passagen im Hinblick auf die Finanzierung gebietskörperschaftlicher Präventionsaktivitäten oder der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung durch den Beitragszahler zur Gesetzlichen Krankenversicherung zum Opfer gefallen sind, muss nicht als Unglück gesehen werden, zumal es diesen Beitrag verkürzt. Aber es vergehen doch alle Illusionen, die Trennung von Steuern und Beiträgen habe noch mehr als ein Gramm an ordnungspolitischem Gewicht. Und, da die Koalition mit ihrer Stimmenmehrheit im Bundestag zumindest bis zu vier Jahre lang so gut wie alles ignorieren kann, war dies schon ein erstes Fazit.

## Fazit

Trotz positiver Einschätzung im Wahlvolk und bei den Ärzten wurde über die Bürgerversicherung nicht einmal verhandelt. Die Kräfteverhältnisse der neuen Koalition stehen stattdessen auf Konsolidierung. Allem voran braucht das erfolgreiche Vergütungssystem der Krankenhäuser endlich eine adäquate Krankenhausplanung. Diese überragende Herausforderung nimmt die Koalition mit Perspektive an. Für die Krankenversicherung wird ansonsten nachgesteuert. Dabei müssen insbesondere für die besonderen Versorgungsformen allen Chancen zur Innovation genutzt werden. Parallel müssen die skizzierten Aufgaben in der Pflegeversicherung konzentriert aufgegriffen werden. Auch hier stellt die Koalition die Weichen richtig und beziffert schon mit dieser Vereinbarung die finanziellen Spielräume. ■