

Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Welche längerfristigen Auswirkungen sind aufgrund der Corona-Erfahrungen für das deutsche Gesundheitssystem zu erwarten? Für die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde bereits ein Bund-Länder-Pakt geschlossen. Konsequenzen für die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sind ebenfalls geboten, aber sehr viel schwieriger zu realisieren. Auf die künftige Bundesregierung warten drängende Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie wird aber auch wichtige Steuerungsfragen adressieren müssen: Wie können schon weit vor Corona bekannte, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen endlich Realität werden?

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Primärversorgung, Krankenhausstrukturen, Finanzierung

What are the expected long-term effects of the coronavirus pandemic on the German health-care system? Federal and Länder governments have already forged a pact to make the public health service fit for the future. Changes to the in- and out-patient sector are also advisable, but much harder to realize. The next federal government will have to face the then pressing financial difficulties of the statutory health insurance. At the same time, it will have to confront control issues: How can the supply structures at long last meet the demands of the future?

Keywords: health system, public health service, primary care, hospital structures, financing

1 Einleitung

Ein Jahr Corona heißt ein Jahr Erfahrungen mit dem System der Gesundheits- und Pflegeversorgung in Deutschland unter den Bedingungen der Pandemie, ohne dass es hierfür ausreichende Vorbereitungen gegeben hätte. Deutschland sei auch deshalb vergleichsweise gut durch dieses Jahr gekommen, heißt es allenthalben, weil wir über ein hervorragend aufgestelltes Gesundheitssystem verfügen – eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, wie Gesundheitsminister Jens Spahn gleich zu Beginn seiner Amtszeit im März 2018 in einem seiner ersten Interviews erklärte (*BamS 2018*). Spahn sagte damals aber auch, dass es spürbare Probleme gebe, die er angehen wolle, wobei er unter anderem auf eine Reform der Krankenhausstrukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, auf kürzere Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf Arzttermine oder auf die Vorteile einer elektronischen Patientenakte verwies (*ebenda*).

Nach einem Jahr Corona lassen im Frühjahr 2021 zunehmende Test- und Impfanstrengungen auf ein Exit-Szenario aus der Pandemie hoffen. Das heißt für viele Menschen, dass die Aussicht besteht, so schnell wie möglich zur Normalität zurückzukehren, wobei „Normalität“ vielfach mit dem Status quo ante gleichgesetzt wird. Gleichzeitig gibt es aber auch zahlreiche Stimmen, für die es nach Corona auf keinen Fall ein „Weiter so“ im Gesundheitssystem geben darf und die darauf drängen, dass Lehren aus den Corona-Erfahrungen gezogen werden, die über den unmittelbaren Aufgabenbereich der Pandemie-Bewältigung hinausreichen. Welche können das sein, und erscheint es realistisch, dass sie nach den Bundestagswahlen im Herbst 2021 von einer neuen Bundesregierung in Angriff genommen werden? Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden. Dabei wird zunächst im zweiten Abschnitt auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und im dritten auf zentrale Aspekte zukunftsfähiger

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Versorgungsstrukturen eingegangen, ehe im Abschlusschnitt ein Blick auf Fragen der Finanzierung und Steuerung geworfen wird.

2 Renaissance des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wenn es die Notwendigkeit einer Lehre aus Corona gibt, bei der Einigkeit herrscht, betrifft sie den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (siehe hierzu *Kuhn und Wildner 2020*). In einer durchaus bemerkenswerten Aktion verständigten sich die Gesundheitsminister von Bund und Ländern schon im Frühherbst 2020 auf einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Bund und Länder, so wird Spahn hierzu auf der Internetseite seines Ministeriums zitiert, hätten während der Pandemie zusammen festgestellt, dass es Defizite gegeben habe, und er fährt fort: „Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist“ (*BMG 2020*). Beschlossen wurde unter anderem, dass der Bund in einem sechsjährigen Zeitraum ab 2021 vier Milliarden Euro „für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen“ bereitstellt. Bereits bis Ende 2021 sollen 1.500 neue unbefristete Vollzeitstellen für ärztliche und nichtärztliche Berufe geschaffen werden und bis Ende 2022 mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen (*ebenda*). Diese Zahlen verweisen darauf, wie groß allein die personellen Defizite in den knapp 400 Gesundheitsämtern in Deutschland sind, wobei genaue Zahlen über deren aktuellen Personalstand seit rund 20 Jahren nicht mehr bundesweit erhoben werden. Die Anzahl der im ÖGD hauptamtlich tätigen Ärzte liegt seit 2000 in einer Größenordnung von rund 2.500, nachdem es 1990 noch etwa 1.000 mehr waren (*Kuhn und Wildner 2020, 16*).

Nun soll die Vereinbarung von Bund und Ländern in Gestalt des Pakts für den ÖGD hier nicht kleingeredet werden, denn zweifellos verbindet sich damit eine große Chance. Ihre Wahrnehmung ist jedoch voraussetzungsvoll, und zwar mindestens in zweifacher Hinsicht. Zum einen geht es um die inhaltlichen Dimensionen einer Stärkung des ÖGD. Wie die oben zitierte Aussage von Jens Spahn deutlich macht, waren die negativen Erfahrungen mit dem ÖGD zur Bewältigung der Corona-Pandemie nicht nur der konkrete Anlass für den zwischen Bund und Ländern vereinbarten ÖGD-Pakt, sondern diese konzertierte Aktion ist auch explizit mit der Zielstellung verbunden, für künftige Pandemien gerüstet zu sein. So nachvollziehbar das ist, spränge es in Bezug auf die künftige Ausrichtung des ÖGD jedoch zu kurz. Vorherige Willensbekundungen zur Stärkung des ÖGD waren ja unabhängig von den unmittelbar coronabezogenen Aktivitäten der Gesundheitsämter erfolgt und reichten ent-

sprechend über Aufgaben zum Infektionsschutz der Bevölkerung weit hinaus. Im Leitbild der Gesundheitsministerkonferenz (*GMK 2018*) waren insgesamt drei Bereiche von „Kernaufgaben des ÖGD“ formuliert, nämlich neben dem Gesundheitsschutz (inklusive Infektionsschutz sowie Ausbruchs- und Krisenmanagement) der Aufgabenbereich der Beratung und Information, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen sowie als dritter Bereich die Koordination, Kommunikation, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung, wozu unter anderem Instrumente wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen und Öffentlichkeitsarbeit zählen. Gerade auch dieser dritte Aufgabenbereich, der zuletzt zunehmend ins Blickfeld gesundheitspolitischer Reformvorstellungen gerückt ist (siehe auch Abschnitt 4), ist mit beträchtlichen Anforderungen in Bezug auf konzeptionelle Grundlagen sowie Umfang und Qualifikation der personellen Ausstattung verbunden.

Diese Aussage leitet unmittelbar über zu der zweiten wesentlichen Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der mit dem ÖGD-Pakt angestrebten Zielsetzung, den ÖGD „in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren“ (*BMG 2020*): nämlich zu vermeiden, dass es sich dabei lediglich um ein Strohfeuer handelt, das unter dem unmittelbaren Eindruck von Corona aktuell zwar hell lodert, in einer hoffentlich bald einsetzenden „Nach-Corona-Phase“ aber womöglich schnell an Kraft einbüßt – und sei es, weil sich die (kommunal-)politisch Verantwortlichen von den vielfältigen Aufgaben schlicht überfordert fühlen.

Als sich der Deutsche Ärztetag im Jahr 2014 unter anderem mit dem Thema Prävention befasste, erschien in der *Ärzte Zeitung* ein Leitartikel zu dem seinerzeit bereits erkennbar desolaten Zustand des ÖGD. Den Wahlkampf um das Bürgermeisteramt, hieß es dort, gewönne man vor Ort eben nicht mit Amtsarztstellen, sondern mit der nächsten Umgehungsstraße (*Nößler 2014*). Zumindest kurzfristig sollte Corona diese Sicht spürbar verändert haben – wie lange das hält, bleibt indes abzuwarten.

3 Zentrale Aspekte zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen

So einhellig alle gesundheitspolitisch relevanten Akteure nach den Corona-Erfahrungen übereinstimmen, dass der ÖGD strukturell und personell massiv gestärkt werden muss, so unterschiedlich und teilweise gegensätzlich sind die Schlussfolgerungen, die hieraus für andere Bereiche des Gesundheitssystems gezogen werden, zumindest im Hinblick auf mittel- und langfristig wirksame Anpassun-

gen der Versorgungsstrukturen. Von einem „Pakt für moderne Krankenhausstrukturen“ oder einem „Pakt für eine patientenorientierte sektorenübergreifende (integrierte) Versorgung“ ist jedenfalls bislang noch nirgends die Rede gewesen. Das liegt natürlich daran, dass es starke Interessen gibt, an den bestehenden Versorgungsstrukturen möglichst unverändert festzuhalten. Wer sich im Status quo vergleichsweise gut eingerichtet hat, sieht in jeder möglichen Veränderung in erster Linie ein Risiko, auf gewohnte Besitzstände womöglich verzichten zu müssen. Zu dieser Sicht passt die verbreitete Aussage natürlich bestens, dass Deutschland vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen sei und ohnehin über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfüge. Diese Sicht macht sich vom Grundsatz her etwa die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zu eigen, wenn sie feststellt: „Die dezentralen, nach Versorgungsaufgaben gestuften Krankenhausstrukturen haben sich in der Krise als flexibel und leistungsfähig erwiesen. Darauf wollen wir aufbauen“ (DKG 2020, 3). Aber auch aufseiten der ambulanten Versorgung gibt es ähnliche Äußerungen, etwa von Andreas Gassen, dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der in einem fast schon martialisch klingenden Ton vom „Schutzwall unseres Gesundheitswesens“ gesprochen hat, den die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gebildet hätten (KBV/KZBV 2020).

3.1 Ein „Richtungspapier“

Diesen von – durchaus verständlichem – Eigenlob geprägten Einschätzungen der Interessenvertretungen des sektoralen Status quo der Gesundheitsversorgung stehen aber auch deutlich kritischere Töne gegenüber, die insbesondere aus der Wissenschaft stammen. So gibt es etwa ein kluges Papier zu mittel- und langfristigen Lehren aus Corona-Erfahrungen, das ein aus vier ausgewiesenen Fachleuten (Boris Augurzyk, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach und Gabriele Meyer) zusammengesetztes Team 2020 nach der ersten Welle der Pandemie vorgelegt hat; es wird als „Richtungspapier“ bezeichnet, weil es darin vor allem um strukturelle Reformperspektiven geht, die über die aktuelle Krisenbewältigung hinausreichen. In insgesamt sieben Kapiteln zu bestimmten Aspekten der Gesundheitsversorgung erfolgt zunächst eine kurze Analyse der spezifischen Corona-Erfahrungen, die in Empfehlungen mit unterschiedlicher Zeitperspektive münden (siehe die Übersicht in Tabelle 1). Hier soll ein kurzer Blick speziell auf einige der Empfehlungen zu mittel- und langfristigen Strukturanpassungen erfolgen; auf Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die unmittelbare Pandemiebewältigung wird hier dagegen nicht eingegangen. Das gilt auch für die Vorschläge zur Digitalisierung; deren Notwendigkeit wird nicht in Zweifel gezogen, doch sollten sie besser nicht isoliert, sondern in ihrem jeweiligen funktionalen Kontext betrachtet werden (aktuell dazu SVR-G 2021).

3.2 Ambulante Primärversorgung und Pflege

Nach dem ÖGD im ersten Kapitel steht die (gestufte und vernetzte) ambulante Primärversorgung im Mittelpunkt des zweiten Kapitels, das unverkennbar die Handschrift von Ferdinand Gerlach trägt, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Was in diesem Kapitel an strukturellen Reformperspektiven aufgeführt wird, ist großenteils nicht wirklich neu – gleichwohl gibt es natürlich spezifische Corona-Erfahrungen, die die Zweckmäßigkeit der genannten Maßnahmen und Instrumente umso mehr unterstreichen, wie zum Beispiel das *home monitoring* von wichtigen Vitalparametern als Frühwarnsystem für den Krankheitsverlauf von chronisch Kranken oder die Durchführung von Videosprechstunden. Zu wünschen wäre in jedem Fall, dass die teilweise erschreckenden Corona-Erfahrungen in stationären Pflegeeinrichtungen auch Konsequenzen für die künftige Organisation der medizinischen Versorgung der Heimbewohnenden haben. Hier sind in der Tat neue Konzepte erforderlich, denn diesbezügliche Defizite waren bei dieser wachsenden Gruppe von Patienten auch schon vor Corona evident (Räker 2019). Wenn etwa im Durchschnitt – vor Corona – fast 60 verschiedene Hausärzte 100 Heimbewohnende versorgt haben und in einem Viertel der Pflegeheime sogar über 80 (Schwinger et al. 2018, 114), ist allein der damit verbundene Koordinations- und Kooperationsaufwand für das Pflegepersonal selbst unter „normalen“ Bedingungen schlicht nicht zu leisten. Dies darf jedoch nicht länger achselzuckend mit dem Hinweis auf die freie Arztwahl (der überdies oftmals dementen Patienten) abgetan werden.

Zu diesem Punkt gehören unmittelbar auch die im sechsten Kapitel des Richtungspapiers – mutmaßlich primär verantwortet von Gabriele Meyer, Pflegeexpertin im Sachverständigenrat Gesundheit – geforderten erweiterten Kompetenzen von besser, also insbesondere auch verstärkt akademisch ausgebildeten Pflegekräften. Nicht nur das Zuständigkeitsgerre zwischen den Sektoren, sondern auch zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen muss ein Ende haben, wenn Versorgung tatsächlich in erster Linie vom Bedarf her gedacht und gestaltet werden soll. Dabei geht es auch um die Frage der Heilkundeübertragung, das heißt der Übertragung von bestimmten ärztlichen Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegefachkräfte (Substitution). Entsprechende Vorstöße hierzu haben in der Vergangenheit nicht wirklich gefruchtet. Nun gestattet jedoch § 5a des Infektionsschutzgesetzes – wenngleich nur vorübergehend – in gewissem Umfang, dass qualifizierte Pflegefachkräfte und Notfallsanitäter bestimmte ärztliche Tätigkeiten eigenständig und eigenverantwortlich wahrnehmen. Überdies enthält ein Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung vom 15. März 2021 einen neuen § 64d Sozialgesetzbuch V zur verpflichtenden Durchführung von „Modellvorhaben zur

Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte“ (BMG 2021). Auch wenn sich das weitere Schicksal dieses Gesetzesvorhabens derzeit noch nicht abschätzen lässt, scheint das hiermit verbundene Signal eindeutig und perspektivisch kaum umkehrbar.

3.3 Zukunftsfähige Krankenhausstrukturen

Kommen wir zu einem anderen wesentlichen Bereich der Empfehlungen. Bei Mitautoren wie Boris Augurzky und Reinhard Busse kaum überraschend, gilt ein weiterer zentraler Fokus einer durch Konzentration und Spezialisierung bei gleichzeitiger Ambulantisierung von Krankenhausleistungen gekennzeichneten Neuordnung der Krankenhauslandschaft. Auch diese Erkenntnisse sind keineswegs neu, sollten aufgrund der Corona-Erfahrungen in den Krankenhäusern (aus der ersten Welle etwa Karagiannidis et al. 2020) jedoch umso dringlicher in konsequentes Handeln umgesetzt werden. Nicht nur zur Behandlung von Covid-19-Erkrankten, sondern auch bei Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und vielen anderen Behandlungsanlässen ist es eminent wichtig, dass nur solche Krankenhäuser Behandlungen durchführen, die die notwendigen Voraussetzungen sowohl in Bezug auf die technische Ausstattung als auch auf die personelle Expertise aufweisen, und zwar rund um die Uhr. Nicht die räumliche Nähe, sondern ausschließlich diese Ausstattungsmerkmale dürfen für die Versorgung der entsprechenden Patienten entscheidend sein. Dass dies noch längst nicht der Fall ist, haben einschlägige Analysen des WIdO immer wieder gezeigt (zuletzt etwa Drogan und Günster 2020). Insoweit springt auch eine aktuelle Aussage Spahns noch zu kurz, der anlässlich der ersten Lesung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) am 26. Februar 2021 im Deutschen Bundestag sagte, dass nicht jede Klinik jede Station haben müsse (Deutscher Bundestag 2021, 26184). Richtiger wäre es zu sagen, dass nicht jede Klinik jede Station haben darf.

Gefordert wird vor diesem Hintergrund eine Strukturplanung der Krankenhauslandschaft, die vom primär durch die Morbiditätsstruktur bestimmten Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgeht. Hierzu sollte die Krankenhausplanung der Länder generell zu einer leistungsorientierten Planung unter Berücksichtigung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen weiterentwickelt werden, wie es in Nordrhein-Westfalen in der durch den Landtag am 3. März 2021 verabschiedeten Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes angelegt ist: „Durch diesen klareren Leistungsbezug und die bessere Leistungssteuerung kann eine Über- oder Unterversorgung reduziert werden. Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollen die Leistungsgruppen an Qualitätskriterien, die beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss oder medizinische Fachgesellschaften festgelegt ha-

ben, gekoppelt werden. Diese neue Krankenhausplanung soll Veränderungen in der Krankenhauslandschaft bewirken, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen“ (Landtag NRW 2021). Es wäre zu hoffen, dass dieses Beispiel im Weiteren konsequent umgesetzt wird und über Nordrhein-Westfalen hinaus Schule macht. Zu große Erwartungen sollte man aber wohl nicht haben, dass die Erfahrungen mit der Behandlung von Covid-19-Erkrankten tatsächlich – wie es die Autorengruppe postuliert – zu neuem Schwung bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft führen. Das zeigen etwa aktuelle Äußerungen des bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek, der weithin faktenresistent behauptet: „Die kleinen Krankenhäuser werden dringend gebraucht. Ich halte nichts davon, sie zu schließen. Das hat die Pandemie gezeigt. Wir haben viele Covid-Patienten gerade auch auf Normalstationen. Die kleinen Kliniken in Bayern waren in der Corona-Hochphase unentbehrlich“ (gg-digital 2021).

Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft sind kein Kinderspiel. Das wissen die erfahrenen Mitglieder der Autorengruppe genau. Darauf verweist ein weiterer Vorschlag, der hier schließlich noch betrachtet werden soll. Dabei geht es um die im vierten Kapitel dargestellte Perspektive für kleinere Grundversorger im Krankenhausmarkt, für die eine Zukunft als integrierte Versorgungszentren skizziert wird, und zwar – abhängig vom regionalen Bedarf – mit ganz unterschiedlichen Leistungsangeboten. Bereits bei der Lektüre fällt auf, dass hier plötzlich ein Perspektivwechsel erfolgt. Heißt es im (dritten) Krankenhauskapitel noch explizit, dass die Versorgung künftig von der Bevölkerung her und nicht vom einzelnen Krankenhaus gedacht werden müsse, geschieht hier offenbar das genaue Gegenteil. Es scheint nämlich in erster Linie sehr wohl um die Zukunftssicherung bestimmter Krankentypen zu gehen, die – zumindest im Kontext der Versorgung von Covid-19-Erkrankten, aber auch darüber hinaus – als „reguläre“ Krankenhäuser nicht mehr gebraucht werden.

Dies ist nicht als Kritik an den Empfehlungen der Autorengruppe zu verstehen, denn hier zeigt sich natürlich eine zentrale Krux vieler grundlegender Umstrukturierungen: Ohne Verlierer wird das kaum gehen. Anders ist das beim ÖGD, bei dem es auf absehbare Zeit nur nach oben gehen dürfte und der dabei vermutlich auch niemandem etwas wegnehmen wird. Aber das gilt nicht für die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft, inklusive der Ambulantisierung von (Noch-)Krankenhausleistungen. Darauf haben etwa schon in der Vergangenheit Auseinandersetzungen im Kontext der ambulanten-sensitiven Krankheitsfälle einen Vorgeschmack gegeben. Warum finden diese grundsätzlich als vermeidbar geltenden Behandlungen derzeit überhaupt im Krankenhaus statt? Ist der ambulante Sektor nicht in der Lage, die betreffenden Patienten angemessen zu behandeln? Oder – die an-

TABELLE 1

Zentrale Strukturempfehlungen im „Richtungspapier“ von Augurzky et al.

Nr.	Gegenstand	Inhalt (Auswahl)
1	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Stärkung als eigenständige Säule der Gesundheitsversorgung, auch durch die Ausweitung der Public-Health-Perspektive, mit besserer Verknüpfung zu Wissenschaft und Primärversorgung; Ausbau als Baustein zur Umsetzung von <i>health in all policies</i>
2	Ambulante Primärversorgung	Gestufte und vernetzte Primärversorgung als Anlaufstelle; Forcierung dauerhaft flankierender Maßnahmen der digitalen Vernetzung; Prüfauftrag für die (gebündelte, teamorientierte) Neuordnung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
3	Stationäre Gesundheitsversorgung	Ausstattung von Krankenhausstandorten wichtiger als Nähe; bevölkerungsbezogene Versorgungsplanung (sektorenübergreifend, bedarfs-, leistungs-, qualitätsorientiert); Koordination, Kooperation, Konzentration als Leitplanken für neue Krankenhausstruktur
4	Integrierte Versorgungszentren	Perspektiven für Krankenhäuser mit Grundversorgungsfunktion in der regionalen Versorgung, speziell im ländlichen Raum; Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern; auf die Gesamtversorgung bezogene Vergütungssysteme als Voraussetzung
5	Vergütung und Finanzierung	Partieller Ersatz der Leistungsvergütungen durch Vorhaldebudgets; verstärkte Berücksichtigung von Versorgungsqualität bei Planung und Vergütung; Erprobung sektorenübergreifender Vergütungsmodelle im ländlichen Raum
6	Pflegfachpersonen	Neuer Qualifikationsmix bei Personalbemessung für die Pflege in Krankenhaus und Langzeitpflege; Kompetenzerweiterung qualifizierter Pflegfachpersonen im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit komplexer Multimorbidität
7	Digitalisierung im Gesundheitswesen	Rückenwind für Digitalisierungsschub; Basis für mehr Transparenz, unter anderem zur bedarfsgerechten Steuerung von Patienten; kein falsch verstandener Datenschutz, der Risiken höher bewertet als Chancen

Augurzky et al. zogen aus und nach der ersten Corona-Welle Lehren für das deutsche Gesundheitswesen. Ihr „Richtungspapier“ wurde im November 2020 veröffentlicht und zeigt unter anderem Strukturdefizite im Klinik-Sektor auf. Die Autoren machen zahlreiche Verbesserungsvorschläge.

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Augurzky et al. (2020); Grafik: G+G Wissenschaft 2021

gebotsinduzierte Sicht – „krallen“ sich die Krankenhäuser diese Leistungen und enthalten sie der Vertragsärzteschaft damit quasi vor? Wem „gehören“ also letztlich diese Leistungen beziehungsweise die entsprechenden Patienten? Wenn man es ernst meint mit der Absicht, die Versorgung vom Versorgungsbedarf der Patienten her zu betrachten, ist das natürlich eine absurde Frage. Gleichwohl dürfte die Zukunft von stationär nicht mehr gebrauchten Grundversorgern als integrierte Versorgungszentren angesichts der Interessenlage der niedergelassenen (Fach-)Ärzteschaft sicher kein Selbstläufer werden.

Ob die Corona-Erfahrungen wirklich dazu beitragen, schon seit Längerem für notwendig gehaltene Wege zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit neuem Schwung zu beschreiten, bleibt abzuwarten. Im Interesse der Patienten bleibt zu hoffen, dass am Ende nicht wieder einmal der bekannte Stoßseufzer gilt: „Wie schnell ist nichts passiert!“

4 Massive Finanzierungs- und Steuerungsprobleme

Zwei wesentliche Reformdimensionen sind nicht explizit Gegenstand des Richtungspapiers von Augurzky et al., sie spielen für jeden mittel- und langfristigen Reformerfolg jedoch eine maßgebliche Rolle: Zum einen geht es um Fragen der Finanzierung und zum anderen um Fragen der Versorgungssteuerung. Dabei macht allein schon die bereits jetzt absehbare Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Aufgabe der künftigen Leitung des BMG – ganz gleich, in welcher Koalitionskonstellation – zu einer wahren Herkulesaufgabe. Diese Einschätzung gilt unabhängig davon, welchen weiteren Verlauf die Corona-Pandemie noch nehmen wird, inklusive der Auswirkungen auf Wirtschaft und Beschäftigung, und wie viele der damit unmittelbar verbundenen Maßnahmen den Beitragszahlenden der GKV noch aufgebürdet werden.

4.1 Finanzierungsprobleme

Der im vergangenen Oktober für 2021 geschätzte Fehlbetrag der GKV von rund 16 Milliarden Euro wird in diesem Jahr rund zur Hälfte durch eine Kollektivierung der Rücklagen einzelner Krankenkassen ausgeglichen. Unabhängig davon, wie man zu diesem von Jens Spahn als „Solidarität“ gerühmten und von anderen als Zwangskollektivierung kritisierten Schritt steht: Wiederholbar ist er nicht. Wenn das GKV-Defizit im Nachwahljahr 2022 noch weiter zu steigen droht – schließlich ist es zu über drei Vierteln nicht coronabedingt, sondern struktureller Natur –, wird sich die neue Bundesregierung nach der Bundestagswahl schnell etwas einfallen lassen müssen, wenn sie einen Anstieg der Zusatzbeiträge der Kassen auf breiter Front verhindern will.

Ob die von der jetzigen Bundesregierung abgegebene „Sozialgarantie“ – also das Versprechen, durch Steuerzuschüsse zu verhindern, dass die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt über 40 Prozent steigen – auch nach 2021 gelten soll, muss die neue Bundesregierung ebenfalls entscheiden. Gesamtwirtschaftlich ist dieses Versprechen fragwürdig, und zwar gleich aus zwei Gründen (Reiners 2020). Zum einen ist es illusorisch zu glauben, dass sich die großenteils personalintensiven Dienstleistungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung ohne nennenswerte Einschnitte im Leistungskatalog längerfristig beitragsneutral finanzieren lassen; das gilt zumindest so lange, wie an den zentralen Stellschrauben der Beitrags-erhebung – einbezogener Personenkreis, zugrunde gelegter Einkommensbegriff und Beitragsbemessungsgrenze – keine Anpassungen erfolgen, wie es zur Stärkung der Finanzgrundlagen der solidarischen Beitragsfinanzierung längst geboten wäre und im Ergebnis automatisch zu niedrigeren Beitragsätzen führen würde. Zum anderen stellen die Sozialabgaben als vermeintliche „Lohnnebenkosten“ keineswegs den zentralen globalen Wettbewerbsfaktor dar, wie es als Begründung für die „Sozialgarantie“ unterstellt wird.

Dabei steht auf einem anderen Blatt, ob ein solcher Schritt aus GKV-Sicht eine auch nur halbwegs nachhaltige Problemlösung wäre. Nähme es die Politik mit der Absicht ernst, den GKV-Finanzen zu mehr Stabilität und Planbarkeit zu verhelfen, hätte sie etwa mit der im Koalitionsvertrag von 2018 vereinbarten schrittweisen Einführung von kostendeckenden GKV-Beiträgen für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln (CDU, CSU und SPD 2018, 101) beginnen können oder würde der Empfehlung des Bundesrechnungshofes folgen, Bundeszuschüsse nach dem Umfang klar definierter Leistungen zu bemessen statt nach der aktuellen Haushaltslage (Waschinski 2021). Bleibt der Vollständigkeit halber noch anzumerken, dass – zunehmende? – Steuerfinanzierung ganz sicher keinen Beitrag zur Stärkung der Finanzautonomie der GKV leisten, sondern die Rolle der (sozialen) Selbstverwaltung weiter schwächen dürfte.

4.2 Steuerungsprobleme

Während der aus der zugespitzten Finanzlage der GKV resultierende Handlungsbedarf der nach der Bundestagswahl gebildeten Bundesregierung nirgends bezweifelt wird, scheint die Frage der künftigen Steuerung der Gesundheitsversorgung auf kaum einer gesundheitspolitischen Agenda zu stehen. Sollte es sich die künftige Bundesregierung jedoch tatsächlich vornehmen, einige der im letzten Abschnitt vorgestellten Reformvorhaben – etwa die Schaffung einer gestuften und vernetzten ambulanten Primärversorgung oder moderner Krankenhausstrukturen – Realität werden zu lassen, stellt sich die Frage nach dem Wie. Welche Strukturen sowohl auf der Systemebene als auch auf der Ebene der Versorgungseinrichtungen erforderlich sind, um zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit einer in erster Linie auf den Versorgungsbedarf von Patienten ausgerichteten Versorgung zu kommen, ist seit vielen Jahren bestens bekannt (mit Ausnahme noch vergleichsweise junger Digitalisierungsoptionen). Der somit entscheidenden Frage, wie diese als zukunftsfähig erkannten Strukturen den Versorgungsalltag auch tatsächlich erreichen, wird dennoch nach wie vor viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In dieser Hinsicht ist die Gesundheitspolitik fast schon seit Jahrzehnten durch ein ordnungspolitisches Vakuum gekennzeichnet. Dem hat auch der von Spahn – ohne irgendeinen vorangehenden oder flankierenden ordnungspolitischen Diskurs – eingeschlagene Weg des „exekutiven Dirigismus“ (Hermann 2020) mit immer mehr zentralistischer Detailregulierung nicht abgeholfen – eher im Gegenteil.

Die einzige politische Partei, die sich aktuell überhaupt explizit mit Steuerungsfragen im Hinblick auf die künftige Versorgungsgestaltung zu befassen scheint, sind die Grünen, die – flankiert durch eine Initiative um Helmut Hildebrandt (Hildebrandt et al. 2020) – einen Vorschlag zur Implementierung von Gesundheitsregionen vorgelegt haben (Deutscher Bundestag 2020). Hierdurch soll der seit Langem auf der Stelle tretenden Implementierung von integrierter Versorgung ein Schub gegeben werden. Positiv an dem Konzept ist fraglos die Prämisse, dass Versorgung sinnvollerweise ganz überwiegend vor Ort unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen (und dabei häufig sehr unterschiedlichen) Ausgangskonstellationen und Herausforderungen gestaltet wird und nicht etwa durch zentralistische Detailvorgaben auf Bundesebene, weil so weder die Versorgung im ländlichen Raum noch in Ballungszentren gezielt gesteuert werden kann. Kritisch erscheint es allerdings – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Covid-Erfahrungen (Stichwort: Zustand des ÖGD) –, den speziell mit der Gesundheitsversorgung bislang kaum befassten kommunalen Gebietskörperschaften eine wichtige Steuerungsrolle zuzuschreiben. Damit schiene eine Überforderung der Kommunen hier bereits vorzeichnet.

Ein anderes Steuerungsmodell als Alternative zu dem in vielerlei Hinsicht an seine Grenzen gestoßenen Status quo bundeseinheitlicher Detailregulierung hat im vergangenen Herbst die Kommission der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) „Zukunft der Sozialversicherungen“ vorgeschlagen. Hieran ist zunächst bemerkenswert, dass dieser Vorschlag im Kontext von Maßnahmen zur Stabilisierung oder gar Reduzierung der Beitragssatzbelastung in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen erfolgt. Es handelt sich also um einen Vorschlag zur Ausgabenbegrenzung, jedoch nicht durch Einschnitte im Leistungskatalog der GKV oder höhere Selbstbeteiligungen, sondern durch die konsequente Ausschöpfung von Effizienzreserven in der Versorgung – basierend auf der Erkenntnis, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung keineswegs zwangsläufig entgegengesetzt, sondern vielfach gleichgerichtet sind, etwa durch Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen. Die BDA-Kommission selbst spricht von „Kostendämpfungspotenzial durch selektivvertragliches Versorgungsmanagement“, das in Gestalt von Versorgungsmanagement-Tarifen interessierten Versicherten angeboten werden soll, die im Fall einer solchen – freiwilligen – Tarifwahl in den Genuss reduzierter Beiträge kommen können. Bei vergleichbaren Managed-Care-Modellen in der Schweiz lassen sich immerhin Einsparungen von bis zu 20 Prozent realisieren (Amelung et al. 2020, 45). Zwar ist in Bezug auf den Vorschlag der BDA-Kommission schon geunkt worden, dass sie womöglich „ebenso vernünftig wie aussichtslos“ seien, weil (vertrags-)wettbewerbliche Steuerungskonzepte nicht dem aktuellen Zeitgeist entsprächen. Aber wird es sich die Politik nach Corona wirklich leisten können, an untauglichen Steuerungsmodellen nach bundeseinheitlichem Schema F festzuhalten, mit denen es weder gelingt, echte Sicherstellungsaufgaben im ländlichen Raum zu erledigen, noch qualitäts- und effizienzorientierte Auswahlentscheidungen in Ballungszentren zu treffen, sondern lediglich überall mehr Geld in die bestehenden (in aller Regel sektoralen) Strukturen gesteckt wird?

5 Schlussbemerkung

Sollte Deutschland tatsächlich über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügen, wäre das angesichts der zahlreichen strukturellen Defizite hierzulande wohl eher ein Grund, die Menschen in anderen Ländern zu bedauern, als selbst die Hände in den Schoß zu legen. Allein der beklagenswerte Zustand des ÖGD verbietet jede Selbstgefälligkeit. Doch auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung darf es kein „Weiter so“ geben. Die Versorgung vom Bedarf der Patienten her zu gestalten klingt gut, hat mit der Realität aber leider meist wenig zu tun. Was nützt, ist lange bekannt: mehr Koordination und Kooperation, mehr Teamarbeit und

Multidisziplinarität, aber auch mehr Spezialisierung und Zentrenbildung. Allerdings greifen neue Versorgungsstrukturen gewohnte Besitzstände an, kommen nicht durch zusätzliche Paragraphen und Gremien in die Welt und erfordern Investitionen. Hierzu braucht es entsprechend politischen Mut, ordnungspolitische Konzepte und Startkapital. Ob die Ausichten hierfür nach Corona besser sind als vorher? Das wäre fast zu schön, um wahr zu sein.

Literatur

- Amelung V, Ex P, Hildebrandt H, Knieps F (2020):** Nachmachen erlaubt: Innovative Ansätze aus dem Schweizer Gesundheitssystem. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 42–48
- Augurzky B, Busse R, Gerlach F, Meyer G (2020):** Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Hrsg. von bifg, Robert Bosch Stiftung und Bertelsmann Stiftung; bifg.de → Publikationen → ePaper → 24. November 2020
- BamS (Bild am Sonntag) (2018):** „Demenz besiegen!“ Interview mit Gesundheitsminister Jens Spahn, 18. März 2018
- BDA-Kommission (2020):** Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen. Bericht der Kommission, 29. Juli 2020
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020):** Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z → O → Öffentlicher Gesundheitsdienst (Pakt)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021):** Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegereformgesetz), Arbeitsentwurf vom 15. März 2021, mimeo
- CDU, CSU und SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018
- Deutscher Bundestag (2020):** Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink u. a. Drucksache 19/21881 vom 26. August 2020. Berlin
- Deutscher Bundestag (2021):** Stenografischer Bericht, Plenarprotokoll 19/213, 26. Februar 2021. Berlin
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2020):** Lehren aus der Pandemie für gute Krankenhauspolitik. Pressemitteilung vom 30. Juni 2020
- Drogan D, Günster C (2020):** Eckdaten ausgewählter Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2020, Berlin: MWV, 263–318; mwv-open.de
- gg-digital (2021):** „Bei der Pflege brauchen wir Siebenmeilenstiefel“. Interview mit dem bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek, Ausgabe 3/2021; gg-digital.de

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“; gmkonline.de → Beschlüsse → 2018 → TOP: 10.21

Hermann C (2020): Narrativ im Kaffeesatz. Oder das GKV-System auf der Rutschbahn des exekutiven Dirigismus. Observer Gesundheit, 17. September 2020; observer-gesundheit.de → Politische Analysen

Hildebrandt et al. (2020): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. Stand September 2020; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C et al. (2020): Case Characteristics, Resource Use, and Outcomes of 10021 Patients with COVID-19 Admitted to 920 German Hospitals: An Observational Study. The Lancet Respiratory Medicine, Vol. 8, No. 9, 853–862; www.thelancet.com → The Lancet Respiratory Medicine → View archive

KBV und KZBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2020): Pandemie-Bewältigung und Handlungsbedarfe in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Pressemitteilung vom 2. Oktober 2020

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 20, Heft 4, 15–22

Landtag NRW (2021): Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Druck-

sachen 17/11162 vom 29.09.2020 und 17/12576 vom 04.02.2021; landtag.nrw.de → Dokumente & Recherche → Dokumentenabruf

Nöblier D (2014): Leitartikel zum ÖGD: Rettet die „Hausärzte fürs Volk“! Ärzte Zeitung, 28. Mai 2014

Paquet R (2020): BDA-Kommission zur Zukunft der Sozialversicherungen. In: Observer Gesundheit, 30. September 2020

Räker M (2019): Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 19, Heft 4, 23–30

Reiners H (2020): „Sozialgarantie“ als Perspektive? Anmerkungen zum Vorschlag, die GKV aus Steuern zu finanzieren. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 49–51

Schwinger A, Behrendt S, Tsiasioti C et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Heidelberg: Springer Open; link.springer.com → Titel des Beitrags eingeben

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021; svr-gesundheit.de → Gutachten 2021

Waschinski G (2021): Krankenkassen brauchen immer mehr Steuer-geld – Bundesrechnungshof fordert mehr Transparenz. Handelsblatt vom 3. Februar 2021

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. März 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) und leitet dort den Forschungsbe- reich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.