



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2021, 21. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Diego Hernández*, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg 2

Drei Fragen an

Elke Hertig, Medizinische Fakultät der Universität Augsburg 3

Buchtipps

von *Thomas Isenberg*, Deutsche Schmerzgesellschaft 4

WIDO

Klimawandel

Extremtemperaturen gefährden die Gesundheit 5

Pflege in der Pandemie

Weniger soziale Teilhabe in der ersten Corona-Welle 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Bundestagswahl 2021

Regulierungsperspektiven für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

Ingo Bode, Institut für Sozialwesen, Universität Kassel 7

Regionale Versorgungsgestaltung: keine Standardlösung für unterschiedliche Probleme

Robert Paquet, Berlin 15

Perspektiven für die GKV-Finanzierung

Stefan Greß und Christian Jesberger, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda 23

STUDIE IM FOKUS

Kooperation von Chirurgen und Geriatern senkt die Mortalität alter Patienten nach Hüftfraktur 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Sie haben die gleichen Initialen wie ich. Na, dann haben Sie den Job.“ Es ist 35 Jahre her, da hörte ich diese Worte. Fortan hatte ich also einen neuen Arbeitsplatz als Dozentin an einer Sprachschule an der englischen Südküste und einen Chef namens Ian King. Ich musste damals sehr an mich halten, das Entscheidungskriterium nicht zu monieren, schließlich war es offensichtlich absurd. Doch wie sagt man so schön: „Ich war jung und brauchte das Geld.“ Fortan machte ich mir immer wieder Gedanken darum, wie Entscheidungen zustande kommen. In der Ära Kohl vertraute mir einmal jemand an: „Der Kanzler ist ein gestandenes Mannsbild, den wähle ich.“ War das ein veritables Kriterium? Immer schon zu systematischen Antwortversuchen neigend, zog ich später mehrfach vor Bundestagswahlen den sogenannten Wahl-O-Mat zu Rate. Der stellt zu bestimmten Themen die Positionen der einzelnen Parteien vor, und man soll anklicken, welcher Aussage man am ehesten zustimmt. Komischerweise landeten bei der Auswertung meiner Antworten immer zwei sehr unterschiedliche Parteien vorn, zu denen es mich überhaupt nicht hinzog.

Fast noch wichtiger als die eigene Entscheidung am 26. September ist das, was die von uns gewählten Volksvertreter nach einer Wahl mit und aus ihrem Mandat machen. Genau darum geht es in dieser Ausgabe unseres Wissenschaftsmagazins. **Ingo Bode** beleuchtet die großen Linien der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre und zeigt auf, wohin die Reise gehen könnte. **Robert Paquet** wirft einen Blick auf ein Thema, dessen Diskussion uns noch eine Weile begleiten dürfte: die Regionalisierung von Versorgung. Zu guter Letzt machen **Stefan Greß** und **Christian Jesberger** Kassensturz: Sie analysieren, wie es derzeit um die GKV-Finanzien steht und was das für uns alle bedeutet.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Forschung**Neues Helmholtz-Institut für One Health**

Das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung hat PD Dr. Fabian Leendertz zum Gründungsdirektor des neuen Helmholtz-Instituts für One Health in Greifswald bestellt. Die Einrichtung soll sich der interdisziplinären Forschung an der Schnittstelle zwischen der Umwelt sowie der Gesundheit von Mensch und Tier widmen. ■

Mehr Informationen:

helmholtz.de > Über uns > Institute und Kooperationen > Helmholtz-Institute > Helmholtz-Institut Greifswald

Arzneimittel**Bund fördert Entwicklung von Corona-Therapeutika**

Damit erfolgversprechende Corona-Medikamente möglichst rasch in der Versorgung der Patienten ankommen, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung die klinische Entwicklung von Arzneimittelkandidaten zur Corona-Therapie. Förderfähig sind interdisziplinäre Vorhaben mit Beteiligung eines Industriepartners. Die Antragsfrist endet am 23. August 2021. ■

Mehr Informationen:

bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-3660.html

Prävention**Sexuelle Gewalt in der Pflege**

Die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ und die Deutsche Hochschule der Polizei untersuchen im Projekt „SeGEL – Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland“, wie es zu sexuellen Übergriffen in der Pflege kommt und wie ihnen vorzubeugen ist. Dafür sollen Arbeitsmaterialien für die Aus- und Fortbildung von professionell Pflegenden entwickelt werden. ■

Mehr Informationen:

zqp.de/praevention-sexuelle-gewalt

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Von

Dr. Diego Hernández,
Wissenschaftler am
Deutschen Krebs-
forschungszentrum

Adresse:

Im Neuenheimer
Feld 280
69120 Heidelberg
Telefon:
06221 42-1915

E-Mail: [d.hernandez@
dkfz-heidelberg.de](mailto:d.hernandez@dkfz-heidelberg.de)

Web: dkfz.de

> Forschung

> Forschungs-
schwerpunkte

> Krebsrisikofaktoren

und Prävention

> Gesundheitsökonomie

Einkommensverlust nach Krebserkrankung

Nach einer Krebsdiagnose stehen den Betroffenen oft langwierige Behandlungen bevor. Diese Therapien können nicht nur zu teilweise erheblichen Zuzahlungen führen, sondern verringern auch die Möglichkeit der Erwerbsarbeit und verursachen Einkommensausfälle. Gesundheitsökonom am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) analysierten nun, wie hoch diese Einbußen nach einer Krebsdiagnose bei deutschen Patienten tatsächlich sind. Dazu nutzten sie die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), einer der größten und am längsten laufenden ökonomischen Panelstudien in Deutschland. Sie errechneten, dass Betroffene im Jahr ihrer Krebsdiagnose im Durchschnitt mit einem Rückgang ihres Gehalts oder ihres Einkommens aus selbstständiger Arbeit zwischen 26 und 28 Prozent rechnen müssen. Für berufstätige Menschen bedeutet eine Krebserkrankung also offenkundig auch eine erhebliche finanzielle Herausforderung aufgrund von Einkommensverlusten. ■

Cancer Medicine 2021. doi: 10.1002/cam4.3913

Behandlungserfolge in zertifizierten Zentren

Die Zertifizierung von Krankenhäusern ist zu einer wichtigen Maßnahme für die Verbesserung von Krebsbehandlungen geworden. Anhand von administrativen Daten einer großen gesetzlichen Krankenversicherung in Sachsen in Kombination

mit Informationen über nicht erstattungsfähige Zusatzkosten führten die Autoren eine Kosten-Nutzen-Analyse durch, indem sie Darmkrebspatienten in zertifizierten Krankenhäusern (CHs) und in nicht zertifizierten Krankenhäusern (NCHs) verglichen. Die Evaluation einschließlich aller Sensitivitätsanalysen zeigte konsistent ein längeres Überleben und weniger Behandlungskosten in CHs verglichen mit NCHs. ■

International Journal of Cancer 2021, in Vorbereitung

Darmkrebs-Screenings zahlen sich aus

Großflächiges Screening zur Darmkrebs-Früherkennung hat die Häufigkeit und die Mortalität der Erkrankung reduziert. Mithilfe eines systematischen Reviews liefert eine Studie nun Belege für die Kostenwirksamkeit solcher Screenings. Die Ergebnisse zeigen, dass verbreitete Strategien für ein Darmkrebs-Screening – wie zum Beispiel ein Stuhltest auf verborgenes Blut jährlich oder alle zwei Jahre, eine Darmspiegelung alle zehn oder eine Sigmoidoskopie („kleine“ Darmspiegelung) alle fünf Jahre – kostenwirksamer sind als ein Verzicht auf ein Screening. In den Vereinigten Staaten kosten Darmspiegelungen alle zehn Jahre weniger und/oder sind wirksamer als andere gebräuchliche Strategien zur Früherkennung. ■

Clinical Gastroenterology and Hepatology 2019. doi: 10.1016/j.cgh.2019.01.014

Medizinstudium**Neue Spezialisierung:
Facharzt für Infektiologie**

Der Deutsche Ärztetag hat beschlossen, die Ausbildung zum Infektiologen auf Facharztniveau anzuheben. Der neue „Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ soll dazu beitragen, die infektiologische Ausbildung, Forschung und Versorgung in Deutschland zu stärken. Bislang beschränkte sich die Spezialisierung in der Infektiologie auf eine einjährige Zusatzweiterbildung. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news768335

Versorgung**Unterstützung für
Demenzpatienten**

Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen erforscht im Rahmen des Studienprojekts „InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung“, ob Pflegefachkräfte einzelne ärztliche Tätigkeiten im Bereich der ambulanten Demenzversorgung übernehmen können. Dazu werden die Fachkräfte innerhalb der Studie geschult und weiterqualifiziert, um dann eine umfassende Versorgung im Häuslichen zu gewährleisten und die Ärzte zu entlasten. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses fördert das Studienprojekt mit rund 4,3 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

dzne.de > **Forschung > Studien**

> **Projekte der Versorgungsforschung**

> **InDePendent**

Kommunikation**Evidenzbasiertes Wissen
verständlich vermitteln**

Beim Wissenstransfer aus der Forschung in die Praxis spielt die Wissenschaftskommunikation eine Schlüsselrolle. Die Volkswagenstif-

tung fördert darum für fünf Jahre mit insgesamt 15 Millionen Euro den Aufbau von vier Zentren für Wissenschaftskommunikationsforschung. Zwei davon richten

ihren Fokus auf die Vermittlung gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Inhalte. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news771539

DREI FRAGEN AN ...**Wetter, Luft und Klima wirken
sich auf die Gesundheit aus**

... Prof. Dr. Elke Hertig, Inhaberin der Professur „Regionaler Klimawandel und Gesundheit“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg

Forschungsschwerpunkte:
regionale Klimavariabilität
und Klimawandel;
statistisches Downscaling;
Temperaturrextreme, Hitze-
wellen, thermische Belastung;
biogene und anthropogene
Luftinhaltsstoffe;
Klima- und Umweltfaktoren
vektorübertragener Krankheiten

Jahresetat:
keine Angaben

**Zahl und Qualifikation
der Mitarbeitenden:**

1 Professorin,
7 wissenschaftliche Mitarbeite-
rinnen und Mitarbeiter
(2 Postdoc,
5 Doktorandinnen
und Doktoranden)

Adresse:
Universität Augsburg
Medizinische Fakultät
Professur für Regionalen Klima-
wandel und Gesundheit
Werner-von-Siemens-Straße 6
86159 Augsburg
Telefon: 0821 598-2752
E-Mail: elke.hertig@med.uni-augsburg.de
uni-augsburg.de > Fakultäten
> Medizinische Fakultät
> Lehrstühle und Professuren
> Professur für Regionalen
Klimawandel und Gesundheit

**Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche
Fragestellung?**

An meiner Professur „Regionaler Klimawandel und Gesundheit“ beschäftigen wir uns mit der Fragestellung, wie sich Wetter, Luft und Klima auf die Gesundheit des Menschen auswirken und welche Veränderungen sich unter dem Klimawandel ergeben. Konkrete Forschungsfragen sind zum Beispiel: Wie verändert sich die thermische Belastung des Menschen aufgrund zunehmender Hitze? Welche Zusammenhänge bestehen mit der Luftqualität, insbesondere im Hinblick auf das bodennahe Ozon? Welche Anpassungsmaßnahmen sind geeignet, vor allem in urbanen Räumen? Wie verändern sich die Verbreitungsmuster vektorübertragener Krankheiten?

**Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher
Disziplinen und die Netzwerkbildung?**

Meine Professur ist in den Forschungsschwerpunkt der Environmental Health Sciences an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg eingebunden. Wir arbeiten dabei hochgradig interdisziplinär an der Schnittstelle zwischen Umweltwissenschaften und Medizin. Darüber hinaus wurde jüngst an unserer Universität das Zentrum für Klimaresilienz gegründet. Das Forschungskonzept dieses Zentrums orientiert sich an der notwendigen Inter- und Transdisziplinarität einer umfassenden Klimaresilienz-Forschung und stellt die Interaktionen von Mensch, Klima und Umwelt in den Fokus.

**Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissen-
schaft hört?**

Im besten Falle befruchten sich beide Bereiche gegenseitig. Wissenschaftliche Expertise ist für gute politische Entscheidungen unerlässlich. Gleichzeitig zeigen aktuelle politische und gesellschaftliche Diskurse Forschungsbedarfe auf.

Studium I
Medizinstudium jetzt auch in Bielefeld

Ab dem kommenden Wintersemester bildet auch die Universität Bielefeld Ärztinnen und Ärzte aus. Der kompetenzorientierte Modellstudiengang Medizin gliedert sich in einen ersten Studienabschnitt mit sechs und einen zweiten mit vier Fachsemestern. Daran schließt sich das Praktische Jahr an. Angehörige des diesjährigen Abiturjahrgangs können sich noch bis zum 31. Juli auf einen der 60 Studienplätze bewerben. ■

Mehr Informationen:
uni-bielefeld.de > **Universität**
 > **Fakultäten** > **Medizinische Fakultät OWL** > **Studium und Lehre**
 > **Modellstudiengang Medizin**

Studium II
Sozialethik im Gesundheitswesen

Einen dualen, interdisziplinären Masterstudiengang „Sozialethik im Gesundheitswesen“ haben die Goethe-Universität Frankfurt und die Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen gemeinsam konzipiert. Die Absolventen des praxisorientierten Studiengangs, der im Wintersemester 2021/22 startet, sollen eine fundierte ethische Expertise in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen einbringen. Die Bewerbungsfrist endet am 31. Juli 2021. ■

Mehr Informationen:
uni-frankfurt.de > **Fachbereiche wählen**
 > **Fachbereich 07 Katholische Theologie**
 > **Neuer Master-Studiengang**

Studium III
Master Kommunale Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung als kommunale Aufgabe steht im Mittelpunkt eines neuen, auf vier Semester angelegten Masterstudiengangs an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Das Studium „Kommunale Gesundheitsförderung“ soll die Studierenden dazu befähigen, auf kommunaler Ebene Rahmenbedingungen zu planen und zu schaffen, die zur Gesundheit, zum Wohlbefinden und zur gesellschaftlichen Teilhabe aller Menschen beitragen. Der Studiengang wird erstmalig zum Wintersemester 2021/22 angeboten. ■

Mehr Informationen:
www.ph-heidelberg.de/gefoe

BUCHTIPPS

Zum Thema Schmerz



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Thomas Isenberg**, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Alt-Moabit 101 b
 10559 Berlin
 Telefon: 030 394096891
 E-Mail: isenberg@schmerzgesellschaft.de
 Web: schmerzgesellschaft.de

Autoren und Titel	Inhalt
<p><i>Hans-Günter Nobis, Roman Rolke, Toni Graf-Baumann (Hrsg.)</i> Schmerz – eine Herausforderung Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige</p>	<p>In dritter, erweiterter Auflage richtet sich dieser Ratgeber in gut verständlicher Sprache an Patienten und Angehörige. Über 50 namhafte Schmerzexperten liefern mit mehr als 70 Beiträgen und anschaulichen Abbildungen das Einmal-</p> <p>eins der Patienteninformation zum Thema Schmerz. Das Buch ist die offizielle Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft; viele der Texte sind auch online unter www.schmerzgesellschaft.de zu finden. (Springer 2020)</p>
<p><i>Ralf Baron, Wolfgang Koppert, Michael Strumpf, Anne Willweber-Strumpf (Hrsg.)</i> Praktische Schmerzmedizin Interdisziplinäre Diagnostik – Multimodale Therapie</p>	<p>Dieses Fachbuch beleuchtet viele Aspekte zum Thema Schmerz – von Grundlagen und Forschung über Diagnostik, Therapie, Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zum Gutachterwesen, zu Codierung, Qualitätssicherung und Versorgungskon-</p> <p>zepten – interdisziplinär und immer mit Bezug zum aktuellen Stand des besten verfügbaren Wissens: ein Buch für alle Berufsgruppen, die in der Schmerzmedizin tätig oder an dieser interessiert sind. (4. Auflage, Springer 2019)</p>
<p><i>Harro Albrecht</i> Schmerz Eine Befreiungsgeschichte</p>	<p>Etwa 23 Millionen Deutsche leiden unter chronischen Schmerzen, bei 2,2 Millionen stellt der Schmerz ein eigenständiges Krankheitsbild dar. In intensiv weltweit recherchierten Kapiteln mit oftmals packend berichteten Interviews nähert sich der Autor dem Thema Schmerz aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Spann-</p> <p>end schildert er konkret die gesellschaftliche, wissenschaftliche, politische, aber auch die kulturelle, die historische und die individuelle Dimension des Schmerzes. All das ist so kurzweilig geschrieben, dass dieses Buch selbst sonst eher Lesefaula zum Weiterlesen motiviert. (Droemer 2016)</p>

Foto: Deutsche Schmerzgesellschaft

Klimawandel

Extremtemperaturen gefährden die Gesundheit

Jeder vierte AOK-Versicherte über 65 Jahre ist überdurchschnittlich gefährdet, an heißen Tagen gesundheitliche Probleme zu bekommen und ins Krankenhaus zu müssen. Das zeigt eine Studie zu hitzebedingten Krankenhauseinweisungen des Mercator Research Institute on Global Commons and Climate Change (MCC).

Der aktuelle Versorgungs-Report „Klima und Gesundheit“ belegt, wie stark der Klimawandel die Gesundheit beeinträchtigt. Eine im Report veröffentlichte Analyse demonstriert: Ein Viertel der älteren Bevölkerung ist besonders gefährdet, an Hitzetagen ins Krankenhaus zu müssen. Ein Hitzetag mit über 30 Grad Celsius führt im Durchschnitt am gleichen Tag zu 40 zusätzlichen Klinikeinweisungen je eine Million Einwohner in der Bevölkerung ab 65 Jahren. Bei den am stärksten gefährdeten Personen sind es sogar 550 zusätzliche Klinikeinweisungen. Die Studienautoren betonen, dass es sich dabei um eine konservative Schätzung aller hitzebedingten Klinikeinweisungen handelt, da solche Einweisungen auch an Folgetagen auftreten und anhaltende Hitzeperioden den Effekt verstärken können. Eine Risikokarte für Deutschland zeigt für das Hitzejahr 2018 große regionale Unterschiede. Hotspots mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl hitzebedingter Krankenhauseinweisungen sind vor allem entlang zweier geografischer Bänder zu erkennen: vom Weser-Ems-Gebiet zur Niederlausitz und vom Rhein-Main-Gebiet nach Niederbayern. Doch auch die nördlichen Regionen Deutschlands, die heute weniger betroffen sind, könnten zukünftig deutliche Veränderungen erleben. Die Studie prognostiziert für Deutschland bis zum Jahr 2100 eine Versechsfachung der Zahl der hitzebedingten Klinikeinweisungen, wenn die Erderwärmung ungebremst voranschreitet.

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Studie: Individuelle Risikofaktoren, die eine Krankenhauseinweisung im Zusammenhang mit Hitze wahrscheinlicher machen, sind Demenz und Alzheimer, aber auch Niereninsuffizienz, Depression, Diabetes oder chronische Atemwegserkrankungen. Zudem leben gefährdete Versicherte verstärkt in ländlichen Regionen mit mehr Altersarmut, in denen weniger

Pflegebedürftige ambulant oder stationär versorgt werden. Basis für die Studie waren die Abrechnungsdaten aller Krankenhausbehandlungen von AOK-Versicherten in den Jahren 2008 bis 2018, die mit umfassenden Wetter- und Luftverschmutzungsdaten sowie weiteren soziostrukturellen Daten in Beziehung gesetzt wurden.

Der aktuelle Versorgungs-Report gibt in 16 Fachbeiträgen einen Überblick über die globale Bedeutung des Klimawandels für die Gesundheit und über dessen Auswirkungen und Herausforderungen für die medizinische Versorgung in Deutschland. Thema sind die daraus resultierenden Gesundheitsbelastungen und der sich ergebende Handlungsbedarf – auf struktureller und organisatorischer Ebene des Gesundheitswesens und auf der Ebene des individuellen Verhaltens. ■



Günster C, Klauber J, Robra BP, Schmucker C, Schneider A (Hrsg.):
Versorgungs-Report:
Klima und Gesundheit.
Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021; 282 Seiten,
59,95 Euro
ISBN 978-3-95466-626-3

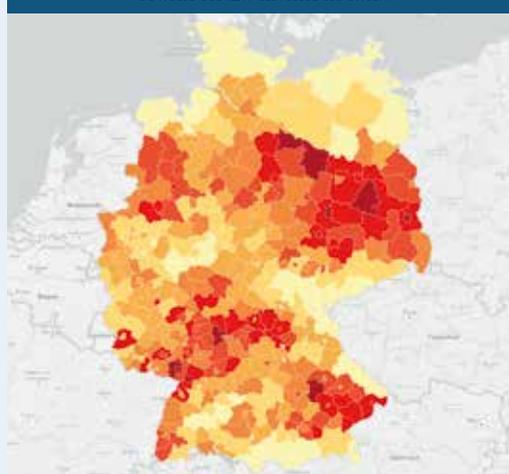


Foto: AOK-Bundesverband

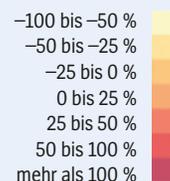
Caroline Schmucker ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Qualitäts- und Versorgungsforschung des WIDO und Mitherausgeberin des Versorgungs-Reports.

„Die zunehmenden Extremtemperaturen sind eine wachsende Herausforderung für die Gesundheit und erfordern verstärkt Maßnahmen im Bereich der Prävention und des Gesundheitsschutzes.“

Wenn Hitze krank macht



Die hitzebedingten Krankenhauseinweisungen je Million Versicherte weichen um



vom Mittelwert ab.

Quelle: Versorgungs-Report

Wido-TICKER: Anmeldung zum Wido-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ **Aktuelle Stellenausschreibungen** unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ **GGW auf der Wido-Website** unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ **Kontakt zum Wido** unter Telefon 030 34646-2393



Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen.* Berlin: Springer, 292 Seiten, 42,79 Euro; ISBN 978-3-662-63106-5
E-Book 978-3-662-63107-2, kostenloser Download: springer.com/shop

Pflege in der Pandemie

Weniger soziale Teilhabe in der ersten Corona-Welle

Eine Online-Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) hat untersucht, wie Pflege- und Bezugspersonen die Situation in der ambulanten und stationären Pflege empfunden haben. Dabei zeigt sich: Sowohl zwischen den Versorgungsarten als auch in der Gruppe der Pflegebedürftigen nahmen die Befragten Verschlechterungen wahr. Das gilt für die pflegerische und ärztliche Versorgung ebenso wie für die soziale Teilhabe.

Die Maßnahmen, die in der ersten Welle der Covid-19-Pandemie erlassen wurden, um die Infektionszahlen zu senken, trafen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen besonders. Das bestätigt eine Befragung von rund 1.000 Haushalten für den Pflege-Report 2021 „Bedarfslagen und Angebotsstrukturen“. Im ambulanten Versorgungsbereich nutzte demnach ein Großteil der Haushalte wichtige Unterstützungsleistungen, sowohl profes-

sioneller als auch informeller Art, nur noch eingeschränkt. Zudem haben sich die psychische Gesundheit, die geistige Fitness und die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen den Befragten zufolge verschlechtert.

Für Pflegebedürftige im stationären Versorgungsbereich ging die erste Pandemie-Welle mit besonders starken Einschränkungen der sozialen Teilhabe einher. Ein Großteil der Betroffenen konnte weder die Pflegeeinrichtung noch das eigene Zimmer verlassen, und Kontakte zu den Bezugspersonen waren nicht möglich. Hier sah rund ein Drittel der befragten Personen zusätzlich Verschlechterungen in der Gesundheitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Diese schlug sich zusammen mit der sozialen Isolation in einer ausgeprägten Verschlechterung des Zustands der pflegebedürftigen Menschen nieder, so die Wahrnehmung der Bezugspersonen.

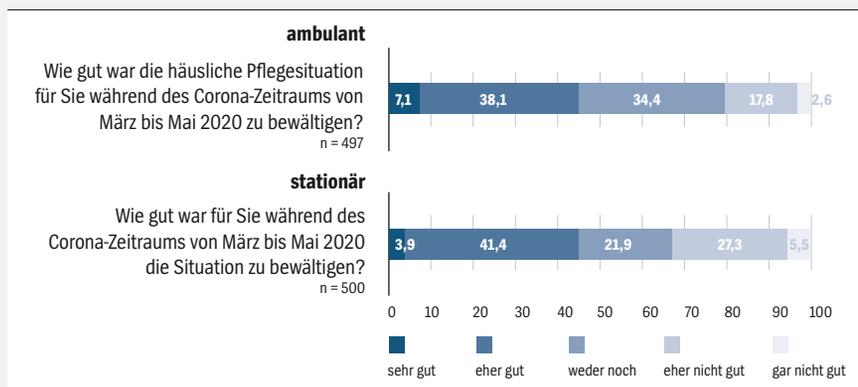
Gleichzeitig zeigten sich auch bei den Bezugspersonen der vollstationär Pflegebedürftigen hohe Belastungswerte. Zwei von drei befragten Personen gaben an, dass sie sich häufiger hilflos fühlten als vor der Pandemie. Außerdem sagte jede dritte Bezugsperson – im ambulanten Bereich nur jede fünfte –, dass die Pflegesituation nicht gut zu bewältigen gewesen sei (siehe Abbildung). Das verweist auf die hohe emotionale Belastung, die die erheblichen Kontaktbeschränkungen mit sich brachten.

Insgesamt zeichnet die Befragung für die erste Pandemie-Welle ein kritisches Versorgungsbild der ohnehin vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Maßnahmen, die die pflegebedürftigen Menschen vor einer Ansteckung mit Covid-19 schützen sollten, führten gleichermaßen zu erheblichen Einschnitten in der Versorgung, zu einer starken sozialen Isolation und zu einer Zunahme psychischer Belastungen. Das spricht dafür, die Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und ihr Umfeld in Pandemiekonzepten künftig stärker zu berücksichtigen.

Die Corona-Krise hat die Probleme, die in der Pflege bereits seit Jahren existieren, sichtbarer gemacht denn je. Daher beschäftigt sich der Pflege-Report 2021 neben bestimmten Aspekten der Pandemie auch generell mit den spezifischen Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen sowie mit bestehenden Angebotsstrukturen für einzelne Teilgruppen. Er zeigt dabei auch Potenziale auf, durch deren Nutzung sich gute Pflege nach der Covid-19-Pandemie gewährleisten lässt. ■

Belastungssituation der Pflege- und Bezugspersonen*

* im ambulanten und vollstationären Versorgungsbereich während der ersten Covid-19-Pandemiewelle 2020



In der ersten Corona-Welle empfand im stationären Bereich etwa ein Drittel der Befragten die Pflegesituation als „eher nicht gut“ oder „gar nicht gut“. Im ambulanten Bereich war etwa ein Fünftel dieser Ansicht.

Regulierungsperspektiven für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

von Ingo Bode¹

ABSTRACT

Aktuell diskutierte Herausforderungen an die Regulierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland stehen im Mittelpunkt dieses Beitrags. Hintergrund ist eine Verunsicherung bislang hegemonialer Ordnungskonzepte, auch in der jüngeren Gesundheitspolitik. Die Analyse erfolgt aus dem Blickwinkel der politischen Soziologie und umreißt beispielhaft Debatten zum Steuerungsmix im Versorgungssystem, besonders mit Bezug auf Tendenzen institutioneller Vermarktlichung und durch sie hervorgerufene Irritationen. Sie mündet in eine kurze Einschätzung zu möglicherweise pfadbrechenden Reformen nach der Bundestagswahl.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystemsteuerung, Ordnungsmodelle, Krankenhausversorgung, Krankenversicherung, Public Health

Current challenges concerning the regulation of healthcare provision in Germany are the centrepiece of this article. They are sketched against the backdrop of growing concerns about hitherto hegemonic regulatory concepts, also with respect to recent healthcare reforms. From a perspective rooted in political sociology, the analysis draws on a selection of examples to portray debates about the evolving governance mix in the German healthcare system, particularly with regard to tendencies of institutional marketization and induced irritations. It feeds into a short reflection on potentially path-breaking reforms after the upcoming general elections.

Keywords: healthcare sector management, regulatory models, inpatient care, healthcare insurance, public health

1 Einleitung

Folgt man der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Entwicklung moderner Gesundheitssysteme, so scheinen diese sich zwischen einer generalisierten Erwartung staatlicher Gemeinwohlförderung und den Beharrungskräften eingefahrener Macht- und Rollenstrukturen zu bewegen. Einerseits bleibt auf der Dauerbaustelle Gesundheitspolitik vieles Stückwerk, auch weil die Bauleitung vieles nicht beeinflussen kann und die verschiedenen Gewerke je eigene Ziele verfolgen, die stets neu austariert werden müssen. Andererseits hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass in diesem Schwebestadium vieles möglich ist, inklusive direkter(er) Maßnahmen staatlicher Instanzen – so wie es auch schon weit vorher, während der „Phase wettbewerblicher Struktur-reformen“ (Gerlinger 2019, 522), durchaus grundlegende

Systemumstellungen gegeben hatte. Kurzum: Strukturwandel qua Regulierung ist stets möglich, es kommt auf die Großwetterlage an.

Der vorliegende Beitrag wagt eine Diagnose der gegenwärtigen Regulierungsperspektiven im Kontext der anstehenden Bundestagswahl. Aus dem Blickwinkel der politischen Soziologie wird erörtert, inwieweit seit den 1990er-Jahren vorherrschende Ordnungskonzepte zuletzt unter Druck geraten sind und was – auch vor dem Hintergrund von Erwartungshaltungen der Bevölkerungsmehrheit – daraus folgen könnte. Beschrieben werden zunächst Grundelemente der seinerzeit entwickelten Steuerungsphilosophie sowie deren Labilität im Spiegel der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre. Sodann wird am Beispiel ausgewählter gesundheitspolitischer Kernthemen erörtert, von welchem Resonanzboden im Hinblick auf aktuelle Agenden auszuge-

¹ Prof. Dr. rer. pol. Ingo Bode, Institut für Sozialwesen am Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel · Arnold-Bode-Str. 10 · 34109 Kassel · Telefon: 0561 8042923 · E-Mail: ibode@uni-kassel.de

hen ist. Den Abschluss bilden Beobachtungen dazu, welche Optionen zur Wahl stehen und wohin sie führen könnten.

2 Zweifel am alten Mainstream und unentschiedene Gesundheitspolitik

Die Regulierungsphilosophie, die die Steuerung und Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems bis vor kurzem dominiert hat, lässt sich holzschnittartig vor allem in drei miteinander verschränkten Dimensionen charakterisieren. Erstens hat sich im Experten- und Politikmainstream seit den 1990er-Jahren die Überzeugung durchgesetzt, dass eine dezentralere und stärker differenzierte Ausgestaltung systemrelevanter Versicherungs- und auch Vertragsbeziehungen der Gesundheitsversorgung insgesamt zuträglich sei. Grundlegerend für entsprechende, auch jenseits der orthodoxen Gesundheitsökonomie populären Ordnungskonzepte (siehe etwa *Braun und Welti 2019*) war beziehungsweise ist noch immer die Idee eines sozialgesetzlich gerahmten Versorgungswettbewerbs – sowohl zwischen Kostenträgern als auch zwischen Leistungserbringern und hier zudem intersektoral. Zweitens galt es vielen als opportun, privatwirtschaftliche Anbieter zu stärken – unter anderem in der Hoffnung, dass von dort aus mehr Innovations- und Leistungsdruck auch in Richtung gemeinnütziger Träger ausgeht und so mobilisierte Effizienzgewinne erwartbare Zusatzkosten für Marketing und Unternehmerlöhne beziehungsweise Dividendenzahlungen übersteigen. Drittens wurde auf eine managerielle Verschlinkung von Versorgungsprozessen gesetzt, konkret: auf enger geführte und standardisierte Abläufe in Verbindung mit sanktionsbewehrten Qualitätsprüfungen. Man hielt es für sinnvoll und möglich, Leistungen ex ante konkret(er) zu definieren sowie ex post zu messen und so Redundanz und Laxheit im Versorgungsgeschehen zu bekämpfen. Wettbewerb und Privatisierung galten hier als ideale Instrumente, aber auch Auflagen in (selektiven) Qualitätsverträgen (zwischen Kostenträgern und Gesundheitseinrichtungen) sowie mit Geld hinterlegte Leistungsbewertungen (Stichwort: *pay for performance*, kurz: p4p). Gleichzeitig sollte das über das Solidarprinzip operationalisierte Universalversprechen bestmöglicher Gesundheitsversorgung für alle bewahrt bleiben oder sogar perfektioniert werden.

Wenngleich die so abgesteckte Marschroute unterschiedlich weitgehend befolgt worden ist, hat sie im Steuerungs- und Versorgungsalltag des Systems mittlerweile tiefe Spuren hinterlassen – und zuletzt vermehrt Zweifel geweckt, ob sich das oben genannte Versprechen mit dem gewählten Rüstzeug tatsächlich realisieren lässt. So scheint die Politik mittlerweile, so *Knieps (2020, 323)*, „von Markt und Wettbewerb enttäuscht“. Debatten über die regional misslingende Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, den Personalnotstand be-

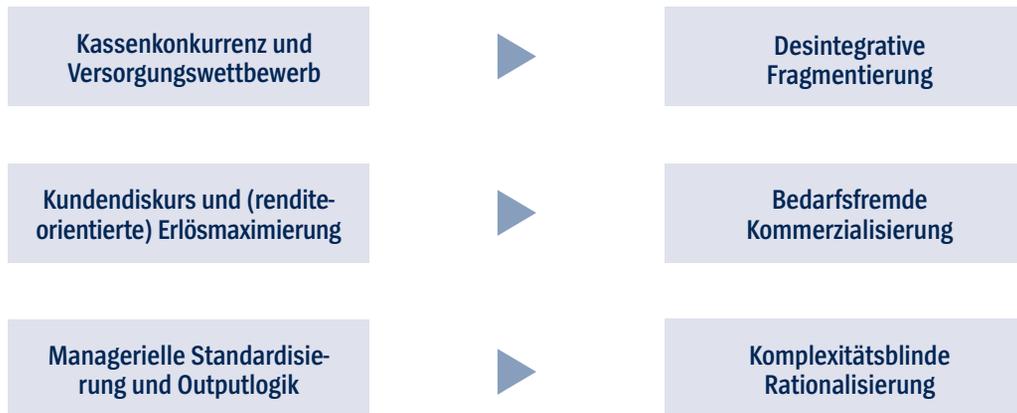
ziehungsweise Arbeitsstress vor allem in stationären Settings sowie das Geschäftsgebaren verschiedener Krankenkassen beziehungsweise Privatversicherungen haben das Augenmerk auf perverse Effekte der beschriebenen Regulierungsphilosophie gelenkt (Abbildung 1). Im Kern geht es erstens um die durch den oben genannten Dezentralismus angefeuerte Selbstbezüglichkeit wesentlicher Träger und Instanzen, also die durch verstärkte Konkurrenzorientierungen untermauerte, letztlich desintegrative Fragmentierung des Versorgungssystems. Als mittlerweile problematisch gilt zweitens die Ausrichtung vieler Instanzen und Anbieter auf Erlösmaximierung im Kontext starker (kaum vermeidbarer) Informationsasymmetrien, welche eine oft bedarfsfremde Kommerzialisierung der Leistungserbringung und ihrer Administration befördert. Prominente Beispiele sind sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), elektive Chirurgie und Wellness-Lockangebote. Diskutiert wird drittens die Strapazierung von Versorgungseinrichtungen durch Steuerungsprotokollen, die auf den Abbau operativer Reserven hinauslaufen und Strukturen beziehungsweise Prozesse auf eine Output-Logik ausrichten (zum Beispiel qua Dokumentations- und Kodierregeln, Mengencontrolling und Vorgaben zur Proportion guter Risiken) – kurzum eine Dynamik der komplexitätsblinden Rationalisierung, die im Organisationsalltag viel Energie bindet und wenig auf Ergebnisse schaut – und so die Verschlungenheit salutogener Prozesse leicht ignoriert. All dies hat verbreitet das Gefühl aufkommen lassen, es ginge bei der Krankenbehandlung nicht mehr primär um die Befriedigung von Versorgungsbedarfen.

Die genannten Entwicklungstendenzen unterfüttern nicht nur klassische Vorbehalte der Gesundheitsprofessionen gegenüber Versuchen der Feinsteuerung ihrer Versorgungspraxis von außen. Auf wachsendes Unverständnis stößt auch der durch bestehende Anreizsysteme und Professionskulturen unterfütterte „Sektoregoismus“ (*Knieps 2020, 328*), also der Mangel an interprofessioneller und organisationsübergreifender Kooperation (*Schmitz et al. 2020*). Mehr noch: Das etablierte Ordnungsmodell provoziert in Expertenkreisen Fundamentalkritik. So plädieren Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer (2020) für einen Totalumbau in Richtung lokale Selbstorganisation mit einem Primat beruflicher Fachkunde sowie festen Strukturvorgaben (zum Beispiel Akkreditierungen statt Mindestmengen). Sie fordern ferner eine direkte transsektorale Schnittstellenkoordination (statt fallweiser Individualeinweisung) und eine durch ein Zentralinstitut verantwortete Systemsteuerung abseits der existierenden Selbstverwaltungsinstanzen.

Die Gesundheitspolitik scheint vor diesem Hintergrund stark verunsichert, insbesondere seit dem Ausbruch der Corona-Krise. Das betrifft zunächst Finanzierungsfragen. Gewiss entfalten die unverdrossen – so in einem Prognosegutachten für die „Initiative Neue Marktwirtschaft“ vom

ABBILDUNG 1

Regulierungsansätze im Mainstream und diskutierte Folgeprobleme



Insbesondere die drei auf der linken Seite benannten Ansätze und Orientierungen haben das Versorgungsgeschehen im deutschen Gesundheitssystem in der jüngeren Vergangenheit geprägt. Alle drei haben als problematisch geltende Konsequenzen gehabt, die auf der rechten Seite resümiert sind.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

April 2021 – vorgetragenen Warnungen vor einer Überlastung des Gemeinwesens durch steigende Gesundheitsausgaben weiterhin Wirkungen. Jedenfalls folgt die jüngst regierungsseitig bekräftigte „Sozialgarantie“ (insbesondere das Einfrieren parafiskalischer Finanzierungsbeiträge gerade auf Arbeitgeberseite) der wirtschaftsliberalen Devise der Entkopplung der Gesundheits- von den Lohnzusatzkosten. Gleichzeitig spiegelt sich im Umgang mit der Corona-Pandemie die gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass Gesundheit eben keinen (prohibitiven) Preis haben soll. Längst gilt der Weg über größere Bundeszuschüsse auch mittelfristig als zielführend, während das seit Jahrzehnten verkündete Mantra, demzufolge eine funktionierende Gesundheitsversorgung zukünftig nur mit einer weniger stark sozialisierten Ressourcengenerierung zu haben sei, zusehends verhallt. Zumindest können jene, die einst auf Kopfpauschalen und Praxisgebühren (also weniger Sozialausgleich und mehr Belastung für Kranke) gesetzt hatten, damit schon länger nicht mehr durchdringen. Vielmehr bestehen weiterhin hohe Solidaritätserwartungen, was bereits vor Corona Wirkung gezeigt hat, zum Beispiel mit der Rückkehr zu paritätischen Krankenkassenbeiträgen und dem Leistungsausbau beim Zahnersatz. Dennoch schien die Politik in Finanzfragen zuletzt vielfach unentschieden: Die stärkere Steuerfinanzierung über Kreditaufnahmen wirkt provisorisch, mögliche Alternativen wie etwa die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung (GKV) sowie deren Ausdehnung galten bislang als inopportun.

Geht es um die Regulierung des Versorgungsgeschehens, besteht eine ähnliche Unentschiedenheit, wenn nicht gar ein „ordnungspolitisches Vakuum“ (Jacobs 2021, 12). Zwar hat die Corona-Krise das Gesundheitswesen als Infrastruktur erfahrbar gemacht, die einem gesellschaftlichen Auftrag verpflichtet ist und eben nicht primär Formalziele verfolgen soll. Auch hat diese Krise die Selbstverpflichtung des Gemeinwesens auf den Schutz der Schwächsten bekräftigt, besonders mit Blick auf alte Menschen (Albert et al. 2021). Entsprechend wurde mehr Geld in die Hand genommen, um zum Beispiel den Pflegenotstand in stationären Versorgungssettings zu bekämpfen. Auch die Herauslösung des Pflegebudgets aus dem Regime der Diagnosis Related Groups (DRG) des Kliniksektors (so wie schon vorher der Verzicht auf die Einführung von Fallpauschalen für die Psychiatrie) reagiert auf das oben skizzierte Unbehagen an regulatorischen Fehlanreizen im gegenwärtigen Gesundheitswesen.

Ansonsten scheinen indes die Gesetzesinitiativen der vergangenen Legislaturperiode die Fragmentierungs-, Kommerzialisierungs- und Rationalisierungstendenzen allenfalls scheinbar zu bearbeiten (Tabelle 1). Das gilt zum Beispiel für Maßnahmen wie die erweiterte Terminvergabe durch niedergelassene Ärzte, die Vereinheitlichung des Hilfs-

mittelvertragsgeschäfts oder die stärker (und sauberer) morbiditätsorientierte Ausrichtung des Risikostrukturausgleichs (RSA). Grundlegendere soziale Verwerfungen haben die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre indes eher wenig bekümmert. Das gilt zum Beispiel für den Mangel an *health literacy* (Schaeffer und Pelikan 2017) in erheblichen Teilen der Bevölkerung, der die im Gesundheitswesen oft bemühte Kundenlogik ad absurdum führt, wie auch für die Debatte über die wachsende soziale Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheitschancen. Insofern hinterlässt die vergangene Legislaturperiode zahlreiche Baustellen und viele offene Agenden.

3 Ein diffuser Resonanzboden für neue Agenden

Für alternative Regulierungsansätze scheint es aktuell einen neuen Resonanzboden zu geben – wohl aber nicht für Umbaumanöver, die tief verwurzelte Governance-Traditionen aushebeln. Das betrifft zum Beispiel die Teilsouveränität von Ländern und Kommunen im deutschen Föderalismus, die – wenngleich sie während der Pandemie vielfach als lähmend wahrgenommen wurde – nicht zuletzt in ihrer Check-and-balance-Funktion weiterhin populär bleiben dürfte. Gleiches gilt für die institutionelle Organisation der Gesundheitsversorgung unter Beteiligung systemrelevanter Stakeholder. Ungeachtet der immer wieder beobachtbaren „klientelbezogenen Formelkompromisse“ (Piwernetz und Neugebauer 2021, 258) sowie der zunehmenden Komplexität der transsektoralen Selbstverwaltung (Gerlinger 2019) bleibt das Leitbild korporatistischer Steuerung für den Legitimationshaushalt des deutschen Sozialmodells zentral. Tatsächlich ist heute etwa die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses so weitreichend wie nie zuvor – zum Beispiel bei der preisrelevanten Nutzenbewertung von Arzneimitteln oder bei der Qualitätssicherung im Rückgriff auf die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Anschlussfähige Ersatzlösungen sind hier nicht in Sicht.

Die schon länger thematisierte „Ausweitung hierarchischer Steuerung“ (Gerlinger 2019, 531) durch staatliche Instanzen ist auf einzelne Bereiche der Bedarfsplanung und potenzielle ministerielle Eingriffsrechte beschränkt geblieben. Weitere Impulse für „zentralistische ... Regulierungen“ (Hermann und Graf 2020, 21) wurden bis zum Ausbruch der Pandemie weitgehend ausgebremst. Irritationen scheint eher die institutionell beförderte Vermarktlichung von Koordinationsprozessen im Gesundheitswesen hervorzurufen. Auch wenn diese manchen nicht weit genug geht, bewegen sich diese Prozesse, verglichen mit den Verhältnissen bis hinein in die 1990er-Jahre, insgesamt vermehrt „im freien Spiel der Kräfte“ (Piwernetz und Neugebauer 2020, 33). Es wird stärker über den

Mechanismus Bewerben und Verkaufen koordiniert, auch unter Beteiligung neuer Akteure mit ganz eigenen Rationalitäten – konkret: Finanzinvestoren und börsennotierte Unternehmen mit expliziter Renditeorientierung und Zukäufen in den unterschiedlichsten Sektoren, etwa wenn es um medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Reha und Pflege geht (Scheuplein et al. 2019).

An drei Beispielen lässt sich zeigen, wie diffus sich vor diesem Hintergrund die gesundheitspolitische Auseinandersetzung mit den sich aktuell stellenden regulatorischen Herausforderungen darstellt. Im Krankenhaussektor kontrastiert die Anerkennung für die Aufopferung der Kliniken während der Pandemie mit einer schon lange schwelenden Vertrauenskrise bezüglich des Sektors als Ganzem. Symptomatisch dafür ist das Medienecho auf die im Mai 2021 von einem Expertenkreis erhobenen (aber schlecht belegten) Vorwürfe, das Gros der Akutkliniken habe sich an der Pandemie (durch die gezielte Akquise von Freihaltepauschalen und unnötige Aufnahmen in Intensivstationen) bereichert (Schrappe et al. 2021). Unruhe stiftet zudem, dass mit Sozialversicherungsgeldern die Renditen privater Konzerne alimentiert werden – zuletzt angefacht durch Medienberichte, Häuser der größten deutschen privaten Klinikette hätten ihre Ertragslage durch gezielte Kürzungen (auch) beim ärztlichen Personal und die Inkaufnahme von Unterbesetzungen optimiert (Hamann und Polke-Majewski, 2021). Ganz allgemein hat die Fixierung des Krankenhausmanagements auf einen optimalen Case Mix im DRG-Regime (zum Beispiel über Mengensteuerungen oder schnelle Überleitungen) innerhalb zunehmend gestresster Belegschaften für massiven „Ambivalenzdruck“ (Bode 2019) gesorgt, was immer mehr auch nach außen gedrungen ist.

Zugleich kollidiert das aus der Gesundheitsökonomie und dem Kassenlager immer wieder vorgetragene Plädoyer für die Ausdünnung der Kliniklandschaft, zum Beispiel durch rigide(re) Mindestmengenregelungen mit Bevölkerungspräferenzen für Kapazitätsvorhaltung und Behandlungsreserven in der Fläche. Die diese Agenda adressierenden Reaktionen im Krankenhaussektor wiederum – zum Beispiel das Basteln an der Indikationsqualität oder die Kampfansage an die ambulante Facharztschiene (etwa im aktuellen Konzept der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft zu regionalen krankenzentrierten Versorgungsnetzen) – erscheinen ihrerseits wenig vertrauensstiftend. Gleiches gilt für das gesetzlich vorangetriebene Experiment einer ergebnisabhängigen Vergütung über Qualitätsverträge (beziehungsweise p4p), welches unter anderem die Frage aufwirft, wie angesichts drohender Verlustspiralen bei Wettbewerbsverlierern die Gleichmäßigkeit der Versorgung sichergestellt werden soll – zumal Zweifel an der Treffsicherheit einer so arrangierten Qualitätskonkurrenz bestehen (Schmacke 2019). Kurzum: Es gibt eher wenig Resonanz für ein „Weiter so“ im Krankenhauswesen, aber es fehlt eine klare Alternativagenda.

TABELLE 1

Inhalte wesentlicher Gesetzesvorhaben während der 19. Legislaturperiode

	Hauptmaßnahmen
Diverse Corona-Gesetze	<ul style="list-style-type: none"> · Ausgleichszahlungen und Entgelte diverser Art · Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (temporär) · Corona-Prämien · längerer Bezug von Pflegeunterstützungsgeld und Lohnersatz bei akuten privaten Pflegeverpflichtungen · Infektionsschutzgesetzgebung
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege · erweiterter Zugang zu geriatrischer Rehabilitation
Pflegelöhneverbesserungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · mehr Kompetenzen der Pflegekommission bei Mindestentgeltsätzen · neuer Pflegemindestlohn
Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Modifikation des RSA und Maßnahmen für mehr „Manipulationsresistenz“ · Aufbau eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband
MDK-Reformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · organisatorische Trennung des Medizinischen Dienstes von den Kassen · Neufassung des Katalogs ambulanter Operationen und Regelungen zur Masernimpfung
Terminservice- und Versorgungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · mehr ambulante Mindestsprechstunden · Streichung von Zulassungssperren für Ärzte auf dem Land · Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf 60 Prozent · einheitliche(re)s Vertrags- und Preisregime für Heilmittel
Psychotherapeutenausbildungsreform	<ul style="list-style-type: none"> · Studium mit Approbationsprüfung und anschließender Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten beziehungsweise zur Fachpsychotherapeutin
Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> · Stärkung der Bundesaufsicht bei Qualitätsmängeln
Versichertenentlastungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags
Pflegepersonalstärkungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Herauslösung der Pflege aus dem Fallpauschalen-Regime · Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen · Weiterführung des Krankenhausstrukturfonds
Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Qualitätsverträge · Entlastung von Pflegeversicherten · Tariflohnbindung in der Pflege
Lancierte Pläne	<ul style="list-style-type: none"> · Reform der Notfallversorgung · Stiftungslösung für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) · Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Ein zweites Thema mit Irritationspotenzial ist die Entwicklung des Versicherungssystems. Die Legitimität der privaten Vollversicherung scheint seit einiger Zeit (weiter) angegriffen, unter anderem wegen überdurchschnittlicher Prämiensteigerungen und der Krise der Kapitalmärkte für sichere Anlagen. Eine wichtige Rolle spielt hier zudem die immer wieder neu aufflammende Debatte über für Privatversicherte bestehende Privilegien zum Beispiel bei Wartezeiten für Behandlungser-

mine, die bereits den Gesetzgeber auf den Plan gerufen hat. Die gesetzlichen Krankenkassen sind ebenfalls ins Gerede gekommen. Die aus ihren Rängen bis heute geforderte (noch) stärkere Verankerung der Kundenlogik im Ordnungsrahmen des Gesundheitswesens kann schwerlich als Ausdruck eines „zivilgesellschaftlichen Staatsverständnisses“ (Hermann und Graf 2020, 19) gelten. Jedenfalls hat die im Kassenwesen breit entfachte „Konkurrenz um Gesunde“ (Knieps 2020, 333) qua

risikoselektiver Versichertenakquise (Yogakurse, intransparente Bonusleistungen, Rabatte für gute Risiken) in Verbindung mit deutlich gestiegenen Werbebudgets dafür gesorgt, dass wiederholt staatlich dagegehalten werden musste. Gleiches gilt für die von einzelnen Kassen initiierte Kodierberatung von Vertragsärzten im Zusammenhang mit Chronikerprogrammen mit dem Ziel der Erlangung von Sonderzuweisungen im Rahmen des RSA. Auch mediengängige Erfahrungen mit einer „geizigen“ Bewilligung von Leistungen unter Genehmigungsvorbehalt (zum Beispiel Psychotherapien oder Hilfsmittel) sowie die „Trickserei bei Widersprüchen“ (Woratschka 2019), also eine taktische Informationspolitik bei Leistungsanträgen, haben den Glauben an das Universalversprechen der sozialen Krankenversicherung belastet.

Zwar bekräftigt der neue § 4a SGB V die Grundidee der Kassenkonkurrenz. „Positionsbestimmungen unter dem Gesichtspunkt ... einzelwirtschaftlicher Interessen“ (Gerlinger 2019, 529) erweisen der Gemeinwohlverpflichtung der GKV jedoch einen Bärendienst. So dürfte es für die im Kassenlager vielfach propagierte Differenzierung von Versicherungsleistungen qua kostenträgerorientiertem Versorgungswettbewerb aktuell wenig öffentliche Sympathien geben. Dass der bei diesem Ansinnen durchscheinende Marktglaube an Grenzen stößt, zeigt auch die Karriere der Mitte der 2000er-Jahre als Rechtsinformationsstelle für Patienten gesetzlich eingeführten „Unabhängigen Patientenberatung“ (UPD). Diese war zuletzt vom GKV-Spitzenverband an einen hedgefondsnahe Bieter vergeben worden und hat seitdem, etwa wegen Gewinnentnahmen, Fehlinformationen und Leistungsabbau, für so viele Turbulenzen gesorgt, dass das Einkaufs- beziehungsweise Ausschreibungsverfahren nun zugunsten eines Stiftungsmodells aufgegeben werden soll.

Ein drittes Thema ist eher indirekt mit den Marktkapriolen der jüngeren Vergangenheit verbunden. Im Kontext der Corona-Pandemie gab es vermehrt Diskussionen über die Notwendigkeit einer klareren institutionellen Verankerung von Public-Health-Strategien zur Sicherung des universellen Versorgungsauftrages des Gesundheitssystems. Unter anderem scheint die Pandemie eine „Renaissance des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (ÖGD) (Jacobs 2021, 8) zu befördern, nachdem der ÖGD trotz erster Belebungsversuche mit dem sogenannten Beirats-Pakt zum systeminternen Fremdkörper mutiert war. Allerdings haben sich auch andere (zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen) als Pandemiemanager betätigt, und die Reichweite des ÖGD scheint – ungeachtet der pandemiebedingten Personalaufstockung – nicht nur bei der Hygieneberatung, sondern auch in der Gesundheitsförderung stark begrenzt. Letztere findet überwiegend an anderen Orten statt, und zwar meist in einem wenig nachhaltigen Kleinprojektbetrieb, der teilweise mit Strategien des Krankenkassenmarketings durchsetzt bleibt.

Mit der Pandemieerfahrung wächst nun zwar die Sensibilität für die sozialmedizinische Perspektive auf die Gesundheitsversorgung. Diese richtet sich auch auf die schon lange evidenten pathogenen Wirkungen vieler Arbeitsverhältnisse (Ohlbrecht 2021), vor allem in der (sozioökonomisch betrachtet) unteren Hälfte der Gesellschaft (Abbildung 2). Zugleich findet die Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung solcher und anderer Gesundheitsbelastungen in sämtlichen Politikfeldern nach Maßgabe sogenannter Health-in-all-Ansätze (Böhm et al. 2020) zunehmend Beachtung. Gleiches gilt für die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die zuletzt immer weniger gesundheitsfördernd wirken konnte und etwa in Krankenhäusern häufig nur mehr als Erfüllungshilfe eines DRG-getriebenen Entlassmanagements (Märker und Turba 2016) fungierte. Allerdings ist bislang kein Masterplan erkennbar, mit dem die neue Public-Health-Agenda den Marsch durch die Kerninstitutionen des Gesundheitssystems antreten könnte.

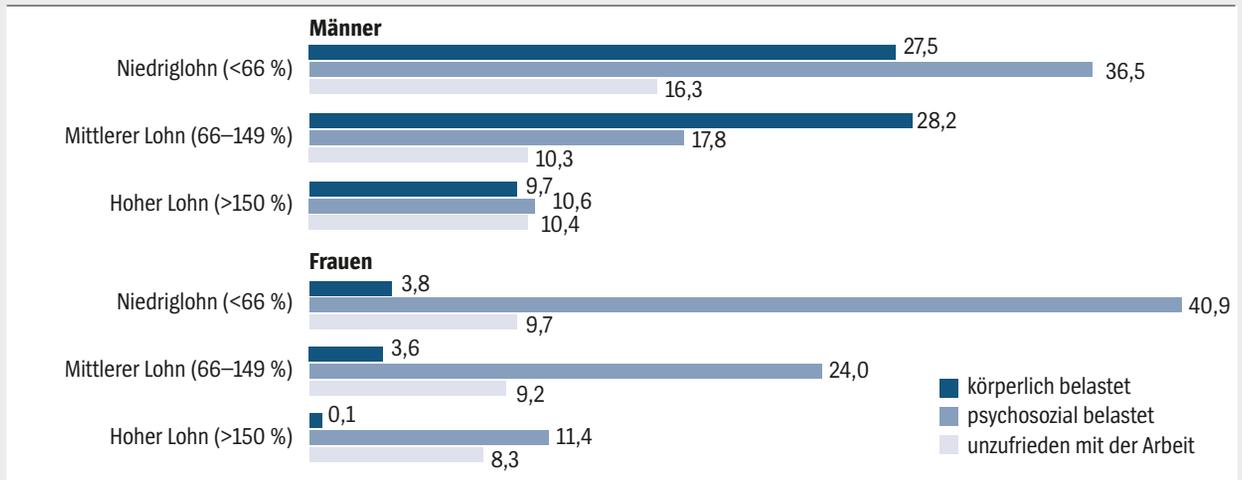
Ähnlich diffus erscheint die Gemengelage auch bei anderen Agenden. Im Bereich der Altenpflege zeichnet sich – nach einer klassisch korporatistisch arrangierten „Konzertierten Aktion“ – ein Bruch mit der dort lange Zeit vorherrschenden Schmalspurstrategie ab. Freilich treffen die kürzlich lancierten Initiativen (Tariflöhne, Pflegebedarfsmessung, Begrenzung von Eigenanteilen bei der Finanzierung) auf den Widerstand vor allem von Wirtschaftsverbänden. Bewegung gibt es auch beim Patientenrecht auf Zweitmeinungen oder im Bereich der ärztlichen Kompetenzübertragung, vorerst allerdings mit begrenztem Radius. Latentes Konfliktpotenzial schafft die schleichende Normalisierung von IGeL-Leistungen oder des durch Google und andere betriebenen zweiten (digitalen) Gesundheitsmarktes. Gleiches gilt für die wachsenden Zuzahlungen (+9 Prozent zwischen 2016 und 2018) sowie für offensichtliche Phänomene der Unterversorgung, etwa in Gestalt von Engpässen bei der Psychotherapie, der Dauererfahrung kurzer Sprechzeiten im ambulanten Sektor oder einer zunehmenden Überforderung der medizinischen Rehabilitation infolge gehetzter Krankenhausentlassungen.

4 Schluss: Regulierungsperspektiven zur Wahl

Auch nach der Bundestagswahl wird sich die Gesundheitspolitik im Korsett wohlbehüteter Erbhöfe und wirtschaftlicher Vermachtung bewegen, sodass pfadbrechende Systemveränderungen wohl großer Anstrengungen bedürfen. Geldfragen sind dabei natürlich zentral. Unter Wahrung des Solidarprinzips eignen sich letztlich wohl nur Finanzierungsmodelle, die wohlhabendere Minderheiten (wie auch immer) stärker in Anspruch nehmen. Obwohl der Wertehaushalt in Großteilen der Bevölkerung dafür durchaus empfänglich wäre, sind Wi-

ABBILDUNG 2

Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit mit der Arbeit nach Bruttostundenlohn bei 30- bis 64-jährigen Erwerbstätigen 2018 in Prozent



Insbesondere im Niedriglohnbereich sind Belastungen und Unzufriedenheit hoch. Fühlen sich in diesem beispielsweise 36,5 Prozent der Männer und 40,9 Prozent der Frauen psychosozial belastet, so sind es im Hochlohnbereich nur 10,6 Prozent der Männer und 11,4 Prozent der Frauen.

Quelle: Datenreport 2021, 339; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

derstände absehbar. Gleiches gilt für Einkommensbegrenzungen bei überdurchschnittlich prosperierenden Leistungserbringern (Fachärzte, Privatkliniken, Pharmabranche). Im Bereich des Möglichen scheint eine Bürgerversicherung light in Form eines durchlässigen und pluralen Kassenwesens in Verbindung mit einkommensabhängigen Beiträgen auch außerhalb der heutigen GKV, wie es die Grünen fordern. Ansonsten kommt es darauf an, wie sich vor dem Hintergrund der Corona-Schulden das verteilungspolitische Klima insgesamt entwickelt.

Was den zukünftigen Steuerungsmix betrifft, so implizieren einige der aktuell kursierenden Umbaukonzepte mehr Markt – auch das oben genannte Bürgerversicherungsmodell, bei dem alle Instanzen (inklusive neuer Solidargemeinschaften) noch spitzfindiger um Versicherte konkurrieren. Zudem stehen der auf den Output fixierte Mess-Optimismus sowie die damit verbundene Rationalisierungslogik kaum zur Disposition. Selbst alternative Ordnungsmodelle setzen auf „evidenzbasierte Behandlungspfade“ (Piwernet und Neugebauer 2021, 121), obwohl in puncto Standardisierbarkeit vieles ungeklärt ist (Haring und Siegmüller 2018). Dabei scheint durchaus fraglich, wie sich die von vielen geforderten „kooperativen Strukturen“ (Messerle und Schreyögg 2021, 196) – also sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Behandlungsroutinen – unter Bedingungen kleinteiliger Leistungsevaluationen und -grafifikationen realisieren lassen.

Vieles spricht dafür, dass hier nur mehr öffentliche Koordination hilft. Zwar könnte der Staat als Regisseur einen Teil seines „Corona-Kredits“ infolge des Maskenkorruptionsskandals und administrativer Koordinierungsprobleme schon wieder verspielt haben. Dennoch haben Reformkonzepte an Attraktivität gewonnen, die den sukzessiven Aufbau lokalstaatlicher oder gemeinnütziger Pflege- und Primärversorgungszentren (zum Beispiel nach nordeuropäischen Vorbildern) beinhalten. Für die ebenfalls vorgeschlagene Stärkung des kommunalen Kliniksektors und das Verbot von Gewinrentnahmen aus Krankenhausbetrieben wird es wohl keine parlamentarischen Mehrheiten geben. Denkbar hingegen erscheint eine neue Grundfinanzierung (jenseits des DRG-Regimes) für Maximalversorger und kleine Häuser im ländlichen Raum, damit diese Sonderlasten der Spitzenmedizin schultern und Kapazitätsreserven auch für die wohnortnahe Versorgung mit Regelangeboten vorhalten können. Die Corona-Krise hat zudem dafür sensibilisiert, dass sich zukünftige ökologische Großrisiken wohl nur mit einer stärkeren Public-Health-Orientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik bewältigen lassen (Bode 2021) – was Anstrengungen in diese Richtung wahrscheinlich macht.

Wie mutig das politische und gesundheitspolitische Establishment samt sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung die bestehenden Herausforderungen angeht, hängt am Ende immer auch davon ab, welche gesellschaftlichen Kräfte mit

welchen Ambitionen durchdringen. Die im zeitgenössischen Politikbetrieb (neben den Wirtschaftseliten) tonangebenden gebildeten Mittelschichten haben den Vermarktlichungstrend der jüngeren Vergangenheit gestützt oder zumindest toleriert, jetzt scheinen aus ihren Reihen auch andere Impulse zu kommen. Es ist gut möglich, dass sie beim Lavieren zwischen Richtungswechsel und „Weiter so“ zum Züngeln an der Waage werden.

Literatur

Albert A, Bode I, Parschick S (2021): Corona, Pflege und Gesellschaft: Soziologische Perspektiven auf zugespitzte Krisenzustände und den Umgang mit ihnen. In: Breitbach V, Brandenburg H (Hrsg.): Corona und die Pflege. Wiesbaden: Springer VS, i. E.

Bode I (2019): DRGs oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen. In: Braun B, Dieterich A, Gerlinger T, Simon M (Hrsg.): Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS 2019, 47–65

Bode I (2021): Den Klimawandel bewältigen: Herausforderungen an die institutionelle Organisation des Gesundheitswesens. In: Günster C et al. (Hrsg.): Versorgungsreport Klima und Gesundheit. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 219–232

Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS

Braun B, Welti F (2019): Infrastruktur des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens: Eigentum, Verfügung und Steuerung. spw – Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft, Heft 235, 40–48

Gerlinger T (2019): Gemeinsame Selbstverwaltung: Bedingungen der Aufgabenwahrnehmung. Sozialer Fortschritt, Jg. 68, Heft 6–7, 519–536

Hamann G, Polke-Majewski K (2021): Weniger Ärzte, hohe Gewinne. Die Zeit, Nr. 20 vom 11. Mai 2021, 22

Haring R, Siegmüller J (Hrsg.) (2018): Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung. Berlin: Springer

Hermann C, Graf J (2020): Versorgungswettbewerb zwischen Krankenkassen – nur noch ein rhetorisches Relikt in der Großen Koalition? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 1, 18–23

Jakobs K (2021): Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 2, 7–14

Knies F (2020): Impulse für eine innovative Regulierung des Gesundheitswesens – Eckpunkte eines neuen SGB V. In: Katzenmeier C (Hrsg.): Festschrift für Dieter Hart. Wiesbaden: Springer VS, 317–334

Märker M, Turba H (2016): „Pyrrhussieg“ einer Grenzstellenprofession? Sozialarbeit im Krankenhaus unter Wettbewerbsbedingungen. In: Bode I, Vogd W (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, 185–205

Messerle R, Schreyögg J (2021): Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Wiesbaden: Springer VS, 186–201

Ohlbrecht H (2021): Arbeit und Gesundheit. Arbeitsfreude und Arbeitsleid in der „schönen neuen Arbeitswelt“. Sozialer Fortschritt, Jg. 70, Heft 4, 189–206

Piwernetz K, Neugebauer EAM (2020): Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems. Berlin: De Gruyter

Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe

Scheuplein C, Evans M, Merkel S (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. IAT Discussion Paper No. 19/1. Duisburg: Institut für Arbeit und Technik (IAT)

Schmacke N (2019): Pay for Performance (P4P). Bilanz einer gesundheitsökonomischen Ideologie. Ein narrativer Review. IPP-Schriften 15. Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Schmitz C et al. (2020): Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In: Schmitz C et al. (Hrsg.): Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 183–198

Schrapppe M et al. (2021): Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ CoVID-19 – Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ CoVID-19-Epidemie. 3. Ad hoc-Stellungnahme; www.matthias.schrapppe.com → 16.5.2021

Woratschka R (2019): Kassen lassen Patienten auflaufen. Tagespiegel vom 25. Juni 2019

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Juni 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Ingo Bode,

Jahrgang 1963, ist seit 2009 Professor für Sozialpolitik mit Schwerpunkt organisationale und gesellschaftliche Grundlagen im Institut für Sozialwesen am Fachbereich für Humanwissenschaften der Universität Kassel. Nach einem Studium der Politikwissenschaften promovierte und habilitierte er sich am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen. Seine Forschungs- und Lehrtätigkeiten führten ihn zudem an verschiedene Hochschulen in Deutschland (Universitäten Marburg, Trier, Duisburg und Wuppertal), Frankreich (Institut d'Études Politiques Nancy), Großbritannien (University of Edinburgh, University of Kent) sowie Kanada (Université de Montréal).

Regionale Versorgungsgestaltung: keine Standardlösung für unterschiedliche Probleme

von Robert Paquet¹

ABSTRACT

Regionale Versorgungsgestaltung ist in aller Munde. Dabei sind jedoch viele Fragen offen: Was wird unter Region verstanden? Welche Probleme sollen in den Regionen besser gelöst werden als bisher oder andernorts? Wer sollen die entscheidenden Akteure sein? Welche Konsequenzen ergeben sich für das Finanzierungssystem? Am weitesten ausgearbeitet ist ein Konzept zu „Gesundheitsregionen“ von Bündnis 90/Die Grünen. In der Auseinandersetzung damit zeigt sich, was geht und was nicht. Selektivverträge können regionale Versorgungsaufgaben gezielt ansteuern. Bei bestimmten Rahmenbedingungen sind wettbewerbliche Lösungen sinnvoll.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem, integrierte Versorgung, Selektivverträge, Kommunen, Krankenkassen

Regional care-planning is on everyone's lips. However, many questions remain unanswered: What is meant by region? Which problems should better be solved in the regions (better than before or better than elsewhere)? Who should be the key players? What are the consequences for the financing system? The concept on "health regions" by Bündnis 90/Die Grünen is the most extensive so far. Close scrutiny reveals which parts of it work and which do not. Selective contracts are able to target regional supply tasks. Under certain framework conditions, competitive solutions make sense.

Keywords: health system, integrated health care, selective contracts, municipalities, health insurance companies

1 Einleitung

Seit einigen Jahren wird immer mehr über eine dezentrale beziehungsweise regionale Gestaltung der Gesundheitsversorgung gesprochen. Das gilt für die Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, aber auch zunehmend für die Politik. Damit wird angeknüpft an eine lange Tradition der Beschäftigung mit kommunaler beziehungsweise regionaler Gesundheitspolitik, die bis in die 1980er-Jahre zurückreicht (Schröder et al. 1986). Zudem ist durch die Corona-Pandemie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wieder stärker ins Bewusstsein gerückt. Der „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll das Ansehen und die Aufgaben der 376 kommunalen Gesundheitsämter aufwerten (BMG 2020).

Bei der CDU/CSU ist die Stärkung des ÖGD inzwischen Regierungsprogramm. Auch die SPD plant, den ÖGD zu stärken. In ihrem „Zukunftsprogramm“, das ein außerordentlicher Bundestag am 9. Mai 2021 beschlossen hat, wurde

in letzter Minute und wohl als Reaktion auf die Grünen noch der Satz eingebaut: „Wir stärken die Kommunen bei der Einrichtung und beim Betreiben der integrierten medizinischen Versorgungszentren.“ Außerdem wird den öffentlichen Krankenhäusern eine zentrale Rolle zur „Stärkung des Gemeinwohls“ zugewiesen (SPD 2021, 18). Bei der FDP sollen „Integrierte Gesundheitszentren ... dabei unterstützen, die regionale Grundversorgung“ zu sichern (FDP 2021, 37). Die Linke will die Krankenhäuser rekommunalisieren und „die Kommunen dabei unterstützen, eigene Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu betreiben und so die Versorgung zu sichern, gerade im ländlichen Raum“ (Die Linke 2021, 25–28). Zur Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Lande will sogar die AfD den „Ausbau von Arztpraxen/Polikliniken/MVZ mit angestellten Ärzten auch unter der Trägerschaft der Kommunen“ (AfD 2021, 48).

Mit der größten Kontinuität und Konsequenz propagieren allerdings die Grünen eine stärkere Rolle der Regionen bei

¹ Dr. rer. pol. Robert Paquet, Duisburger Str. 7 · 10707 Berlin · Telefon 030 88680734 · E-Mail: rp@robert-paquet.de

der Gestaltung der Versorgung. Dem Wahlprogramm zufolge sollen „Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden. ... Insbesondere die Einrichtung von kommunalen Gesundheitszentren“ soll unterstützt werden (*Bündnis 90/Die Grünen 2021, 63*). Besonders ernst zu nehmen ist diese Zielsetzung, weil sich auch die Kanzlerkandidatin Annalena Baerbock in ihrer ersten Rede nach der Nominierung explizit hinter das Konzept gestellt hat (*Baerbock 2021*). Zugrunde liegt dabei der Antrag der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen „Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung“ von August 2020 (*Deutscher Bundestag 2020*). Hinter diesem Antrag wiederum steht ein detaillierter Plan, der von einer Autorengruppe um Helmut Hildebrandt ausgearbeitet worden ist (*Hildebrandt et al. 2020 a und b*). Wegen seines exemplarischen Charakters kommen wir später auf dieses Konzept zurück.

In den Gesundheitsregionen soll alles das gelingen, was bisher stets versprochen wurde, aber selten eingelöst werden konnte: die Integration der Sektoren, der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, eine wirksame Prävention und die gleichberechtigte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe – einschließlich des Versprechens, dass damit Effizienzgewinne eingefahren werden können oder sich die Regionalisierung mindestens kostenneutral gestalten lässt. Dabei bleiben viele Fragen offen, denn wenn man über die Banalität hinauskommen will, dass jede Versorgung in Raum und Zeit stattfindet, das heißt immer auch einen örtlichen Bezug hat, ist (vor allem) zu klären, was das spezifisch Regionale der Probleme ist und wer die entscheidenden Institutionen beziehungsweise Akteure auf dieser Ebene sein sollen.

2 Was wird eigentlich unter Region verstanden?

Bei fast allen politischen Äußerungen zum Thema bleibt etwas changierend, was mit Region eigentlich gemeint ist. Klar ist das jedoch bei den Ländern, die in der immerwährenden Auseinandersetzung mit dem Bund zum Beispiel 2011 den § 90a SGB V („gemeinsames Landesgremium“) durchgesetzt haben. Die damit verbundenen Hoffnungen auf eine bessere Integration der Sektoren in der Versorgung oder eine bessere Abstimmung der Krankenhaus- und kassenärztlichen Bedarfsplanung wurden jedoch bisher enttäuscht. Klar ist aber, dass für die Länder – so unterschiedlich sie auch sind – ihre Ebene die Region ist. Dann gibt es die über 120 sogenannten Planungsregionen, die aber nach Größe und Einwohnerzahl sehr heterogen sind und mit Gesundheitsversorgung wenig zu tun haben (*Destatis 2020*).

Angesichts der durch Corona bedingt erhöhten Aufmerksamkeit für den ÖGD wird oft auf die Landkreise und Kommunen als Region Bezug genommen. Bei einem Blick auf die bei Wikipedia sehr sorgfältig zusammengetragenen Rechtsgrundlagen für die Gesundheitsämter beziehungsweise ihre Organisation in den einzelnen Ländern zeigt sich dafür allerdings keine Einheitlichkeit (*„Gesundheitsamt“, 2021*). Träger sind zwar meistens die Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte (Tabelle 1), wenn man die jedoch betrachtet, fällt vor allem ihre Heterogenität auf. Der größte Landkreis in Deutschland, die Mecklenburgische Seenplatte, ist mit circa 5.500 Quadratkilometern und einer Einwohnerzahl von rund 250.000 doppelt so groß wie das Saarland mit der vierfachen Bevölkerungszahl und selbst sechs Landkreisen. Die Millionenstädte Berlin und Hamburg zählen jeweils als ein Kreis. Kreise wiederum sind Administrationseinheiten, die historisch aus den verschiedensten Gründen entstanden sind. Nur bilden sie keine gesundheits- beziehungsweise versorgungsbezogenen Regionen ab.

Eine regionale Versorgungssteuerung kann somit nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich auf Gebietseinheiten bezieht, die tatsächlich ein Netzwerk der Inanspruchnahme (im ambulanten und stationären Bereich) abbilden beziehungsweise abbilden sollten. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sich dafür deutschlandweit ein einheitlicher Standard definieren lässt. Dafür sind die jeweiligen Ausgangsbedingungen und Problemstellungen zu unterschiedlich. Die bevorzugte Größenordnung im Regionalmodell der Grünen liegt dementsprechend bei 150.000 Einwohnern, was manchen Landkreisen entspricht, gegebenenfalls aber auch anders kombiniert werden müsste. Das BrAVo-Konzept der Barmer mit seinem Benchmarking regionaler Arztnetz-Versorgung soll in einer ländlichen Region mit circa 80.000 Einwohnern erprobt werden (Landkreis Rhön-Grabfeld) (*Augurzky et al. 2018*). Das Projekt „Gesundes Kinzigtal“, das für viele Regionalisierungs-Ideen Pate steht, bezieht sich auf eine Region mit 71.000 Einwohnern (*Gesundes Kinzigtal 2021*). Die Unterschiedlichkeit der regionalen Planungsaufgaben zeigt sich auch an der gegensätzlichen Bevölkerungsentwicklung, die bei der Steuerung der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden muss (Abbildung 1).

3 Regionale Probleme und Zielsetzungen

Im Hinblick auf die Defizite der Versorgung werden üblicherweise drei typische Probleme genannt, die einen regionalen Bezug haben:

- In bestimmten ländlichen (und meistens dünn besiedelten) Regionen gibt es einen schon manifesten oder mindestens drohenden Mangel in der Grundversorgung. Lokale Hausarztpraxen können nicht besetzt oder nachbesetzt werden.

TABELLE 1

Die Organisation der deutschen Gesundheitsämter

Land	Träger der Gesundheitsämter	Zuständige Behörden im Sinne des Infektionsschutzgesetzes
Baden-Württemberg	35 Landkreise und 3 der 9 Stadtkreise als untere Gesundheitsbehörden	Ortspolizeibehörden
Bayern	71 Landratsämter und 5 der 25 weiteren Kreisverwaltungsbehörden als untere Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz	96 Kreisverwaltungsbehörden
Berlin	12 Bezirksämter	12 Bezirksämter
Brandenburg	14 Landkreise und 4 kreisfreie Städte	14 Landkreise und 4 kreisfreie Städte
Bremen	Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven	Ordnungsamt, Magistrat Bremerhaven, Hafenamtsamt
Hamburg	7 Bezirksämter	7 Bezirksämter
Hessen	19 Landkreise, 4 kreisfreie Städte und ein Zweckverband	21 Landkreise und 5 kreisfreie Städte
Mecklenburg-Vorpommern	6 Landkreise und 2 kreisfreie Städte	6 Landkreise und 2 kreisfreie Städte
Niedersachsen	35 Landkreise, 7 kreisfreie Städte und ein Zweckverband	35 Landkreise, 8 kreisfreie Städte und ein Zweckverband
Nordrhein-Westfalen	31 Kreise und 22 kreisfreie Städte als untere Gesundheitsbehörden	Städte und Gemeinden (örtliche Ordnungsbehörden)
Rheinland-Pfalz	24 Kreisverwaltungen als untere Gesundheitsbehörden	24 Kreisverwaltungen und 12 Stadtverwaltungen
Saarland	6 Gemeindeverbände als untere Gesundheitsbehörden	Ortspolizeibehörden
Sachsen	10 Landkreise und 3 kreisfreie Städte	10 Landkreise und 3 kreisfreie Städte
Sachsen-Anhalt	11 Landkreise und 3 kreisfreie Städte	11 Landkreise und 3 kreisfreie Städte
Schleswig-Holstein	11 Kreise und 4 kreisfreie Städte (Fachdienst Gesundheit und andere)	11 Kreise und 4 kreisfreie Städte
Thüringen	17 Landkreise und 6 kreisfreie Städte	17 Landkreise und 6 kreisfreie Städte

Die Organisation der Gesundheitsämter ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Die Träger sind oft Landkreise und kreisfreie Städte, die zuständigen Behörden jedoch zum Teil völlig andere Instanzen, etwa Ortspolizeibehörden.

Fachärzte sind weit entfernt. Die örtlichen Krankenhäuser sind meist klein, oft wenig leistungsfähig und haben ebenfalls Probleme bei der Personalgewinnung.

In den Ballungszentren gibt es oft das Phänomen der Überversorgung, gleichzeitig mit einer nicht bedarfsgerechten Verteilung der ambulanten ärztlichen Angebote.

Oft wird eine Konzentration vor allem der Fachärzte in den „besseren“ Stadtteilen beklagt, bei gleichzeitiger Unterversorgung der sozial schwächeren Teilgebiete. Meist konkurrieren in den Zentren mehrere Krankenhäuser mit gleichen Leistungsangeboten, statt sich zu spezialisieren und zu kooperieren beziehungsweise sich nach dem Leistungsbedarf im Stadtgebiet abzustimmen.

- Für die qualifizierte Versorgung chronisch Kranker stellen sich besondere Probleme: Wenn die Erkrankung oder ihre jeweilige Ausprägung weniger häufig ist, muss die Versorgung über die kleinräumigen Einheiten der Grundversorgung hinaus organisiert werden. Fachlich spezialisierte, jedoch überregionale Netzwerke in Verbindung mit Zentren der Spitzenmedizin müssen hier entwickelt werden. Gleichzeitig müssen diese die Verzahnung mit der örtlichen Grundversorgung der Patienten organisieren.

Die Steuerung im deutschen Gesundheitswesen ist bekanntlich fragmentiert; die einzelnen Institutionen, soweit sie überhaupt ernsthaft steuern wollen, handeln nicht abgestimmt (*Richard 2020, 895 ff.*). Hier setzen viele Überlegungen zur Problemlösung an. So wünschenswert die Zielsetzung einer integrierten Versorgung (IV) auch ist: Sie bleibt abstrakt und ist wenig zielführend, wenn sie nicht für die unterschiedlichen Situationen mit unterschiedlichen Instrumenten angegangen wird. Einen versorgungspolitischen Passepartoutschlüssel bietet dafür auch die Regionalisierung nicht.

Entscheidend ist die Frage: Wer kann was in den jeweiligen Gebieten tun? So müsste die Krankenhausbedarfsplanung leistungsbezogen umgestaltet werden, wie es in Ansätzen bereits in einigen Ländern umgesetzt wird (*PD 2019*). Außerdem brauchte die Steuerung wirksamere Instrumente; Ansätze mit einer Weiterführung des Strukturfonds und mit einem Umbau der Investitionsfinanzierung werden diskutiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssten mehr Verantwortung für eine regional bedarfsgerechte Planung der ambulanten Versorgung übernehmen, verbunden mit einer Schärfung der Steuerungsinstrumente und dem ökonomischen Druck, sie tatsächlich anzuwenden. Die Krankenkassen sollten das Recht zu Selektivverträgen, die die Zuständigkeit der Planungsinstanzen an regionalen Punkten überschreiten können, stärker nutzen. Mit der Neufassung von § 140a SGB V sind die Voraussetzungen dafür deutlich verbessert worden. Nach Absatz 1 Satz 3 wurde der regionale Bezug sogar explizit als Möglichkeit eröffnet.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich traditionelle, aber nicht chancenlose Antworten für die drei genannten Handlungsfelder:

- Die Versorgungsprobleme in den ländlichen Regionen müssen eigentlich im Rahmen des Sicherstellungsauftrages gelöst werden. Untätigkeit bleibt bei den KVen jedoch bisher ohne Konsequenzen. Der im Prinzip mögliche

Betrieb von Arztpraxen in Eigenregie findet so gut wie nicht statt. Die Kommunen sind kaum in der Lage, selbst medizinische Versorgungszentren zu gründen und zu betreiben. Die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben müssten zielorientiert geändert werden. Für die fachärztliche Versorgung bietet das Konzept der „Integrierten Versorgungszentren“ (*Schmid et al. 2018*) einen guten Ansatz. Dieser könnte angesichts des erfolgreichen Digitalisierungsschubs im Gesundheitswesen mit telemedizinischen Versorgungselementen ergänzt werden. Sinnvoll wäre es, wenn in unterversorgten Regionen die Krankenkassen bei kompensatorischen Versorgungsverträgen gemeinsam agieren würden. Für Versorgungswettbewerb ist hier das Angebot zu knapp.

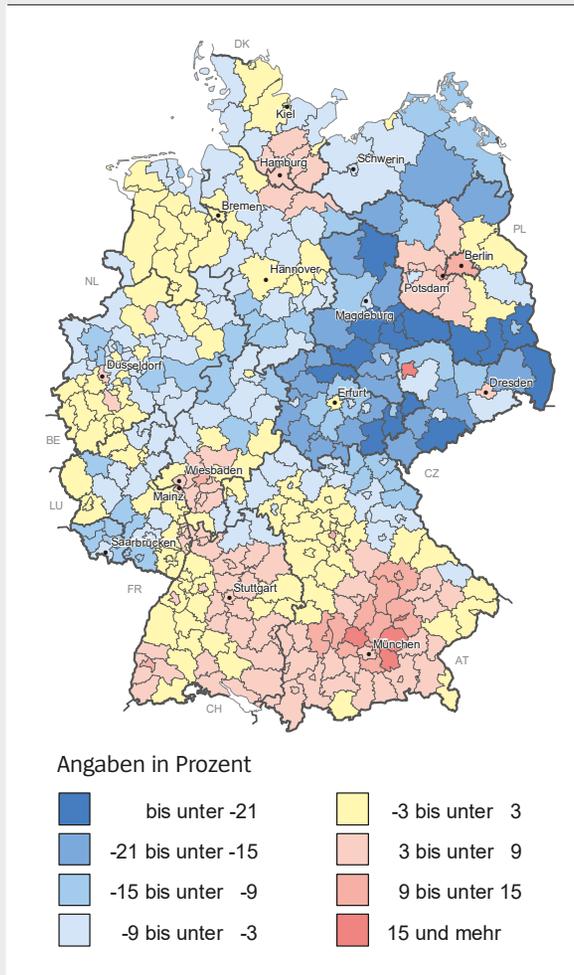
- In den Ballungszentren und großen Städten müssten die KVen kleinräumiger in die Verantwortung für die Sicherstellung genommen werden. Unter dem Gesichtspunkt der Effizienz könnte hier der Wettbewerb der Kassen eine tragende Rolle spielen. In unterschiedlichen Netzwerken von Haus- und Fachärzten sollten (und könnten) qualitätsgesicherte Kooperationsverbände organisiert werden, und zwar mit Managed-Care-Elementen, die auch die Versicherten oder die Patienten durch die Einschreibung in Wahltarife in die Effizienzstrategie einbeziehen. Ohne ihre aktive Mitwirkung und Mitverantwortung sind grundlegende Verbesserungen der Versorgung ohnehin nicht zu erwarten (*Amelung et al. 2020, 42 ff.*). Dabei sollten auch die Krankenhäuser einbezogen werden, um deren Orientierung auf den spezifischen (stationären) Leistungsbedarf zu stärken.
- Für den Bedarf chronisch Kranker könnten ebenen- und regionsübergreifende Versorgungsnetze gebildet werden. Sie haben zwar immer einen regionalen Anker. Oft braucht es aber die individuelle Unterstützung durch Kümmerer vor Ort, beispielsweise *social care nurses* als koordinierende Pflege- und Beratungskräfte (*Schlingensiepen 2021*; viele Beispiele im Sammelband *Hahn und Kurscheid 2020*). Es gilt aber auch, darüber hinaus die spezielle und bisweilen überregionale Fachkompetenz zu nutzen, wie es etwa beim Parkinson-Netzwerk Ostsachsen gelingt (*PANOS 2021*). Dort wird die Betreuung in der Fläche mit der Therapieberatung durch die Universitätsklinik Dresden kombiniert. Erforderlich sind dazu unterschiedliche Verträge auf verschiedenen (regionalen) Ebenen. Grundsätzlich dürfte die Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf Case-Management im SGB V in der nächsten Legislaturperiode auf der politischen Tagesordnung stehen.

4 Wer sind die entscheidenden Akteure?

Eine regionale Steuerung der Versorgung braucht Akteure, die über die örtlichen Verhältnisse informiert, regional präsent und handlungsfähig sind. Das ist angesichts der insti-

ABBILDUNG 1

Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands nach Kreisen von 2017 bis 2040



Die Karte zeigt die prognostizierte Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands im Zeitraum 2017 bis 2040. Regionale Ebene sind die Landkreise beziehungsweise die kreisfreien Städte Deutschlands.

tutionellen Vielfalt im deutschen Gesundheitswesen keine kleine Herausforderung. Am ehesten infrage kommen die Kommunen, Gebietskörperschaften und die Krankenkassen.

Die Kommunen und Kreise sind zweifellos regional präsent, und bestimmte Versorgungsprobleme werden auch an die Amtsträger herangetragen, zum Beispiel an die Landräte. Bei den Kommunen und Kreisen gibt es jedoch kein systematisches Wissen zur regionalen Versorgung, also zum Leis-

tungsgeschehen und zu den Kosten. Ihre Einwirkungsmöglichkeiten beschränken sich auf die Trägerschaft einzelner Krankenhäuser und (marginal) auf das Gründungsrecht für medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder ärztliche Eigenrichtungen, wie in §§ 95 Abs. 1a und 105 Abs. 5 SGB V geregelt. Dabei müssen Krankenhäuser unternehmerisch geführt werden und eignen sich daher (ohne besondere Refinanzierung) nur wenig für gesundheitspolitische Initiativen.

Die in den Kommunen zuständige Behörde wäre das Gesundheitsamt. Die Corona-Pandemie hat überdeutlich gezeigt, dass der ÖGD personell und nach seiner Ausstattung in einem schlechten Zustand ist. Schon seinen eigentlichen Aufgaben ist er bisher nur bedingt gewachsen. Für die Versorgungssteuerung ist er nicht qualifiziert. Im Vorschlag der Autorengruppe (Hildebrandt et al. 2020 a), der den Regionalansatz der Grünen unterstützt, wird daher auch relativ viel Aufwand betrieben, für die Kommunen überhaupt eine dafür geeignete Informationsbasis zu schaffen. Versorgungssteuerung erfolgt im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem Vertragsprinzip. In diesem System spielen die Kommunen jedoch bisher keine Rolle.

Die Krankenkassen dagegen haben die entscheidenden Daten zum Versorgungsgeschehen und den gesetzlichen Auftrag zur vertraglichen Steuerung. Für die Kassen spricht auch, dass hier Planungs- und Finanzverantwortung in einer Hand liegen. Aus der Perspektive einer populationsorientierten Gesundheitspolitik ergibt sich jedoch das Problem der Kassenvielfalt. Nur Krankenkassen mit einem größeren Marktanteil haben ein Motiv und das Potenzial, regionale Selektivverträge zu schließen. In Ballungsräumen könnte aus dem Problem jedoch ein Vorteil werden: Bei einem großen und vielfältigen Leistungsangebot könnten durchaus mehrere kassenspezifische Integrationsmodelle nebeneinander im Wettbewerb stehen. In unterversorgten und ländlichen Gebieten wäre indessen zu erwägen, ob die Kassen zu einem gemeinsamen Vertragshandeln verpflichtet werden sollten. Die jüngste Umgestaltung des § 140a SGB V lässt alle erforderlichen Vertragsoptionen zu.

Die neue Vorliebe der Politik für eine regionale Steuerung ist teilweise nachvollziehbar. Grund ist eine gewisse Enttäuschung über die Krankenkassen und eine tendenzielle Wettbewerbsmüdigkeit. Als neue Hoffnungsträger bieten sich die Kommunen und Landkreise an. Im Denken unserer Gesundheitspolitiker gibt es inzwischen eine große Sympathie für die Gleichmäßigkeit der Versorgung und eine ebenso tiefe Skepsis gegenüber wettbewerblichen Unterschieden. Eine Gretchenfrage der Gesundheitspolitik lautet daher immer noch: Wie viel Unterschiedlichkeit hält das Gesundheitswesen beziehungsweise halten die Gesundheitspolitiker aus? Dabei müsste die Frage gerade umgekehrt gestellt werden: Sind die zu lösenden Probleme nicht so unterschied-

lich, dass man etwas anderes braucht als Standardlösungen? Dabei ist den Befürwortern regionaler Lösungen meist nicht bewusst, dass sie die ungeliebten Unterschiede im Wettbewerb der Kassen durch die Unterschiede ihrer regionalen Lösungen ersetzen wollen. Was bereitet dem Gerechtigkeitsempfinden mehr Schmerzen? Das Fazit kann nur heißen, dass es in beiden Fällen Leitplanken für die Bandbreite der erlaubten Variationen geben muss. Von einer Innovationskultur wie in der Schweiz mit einem Wettbewerb vielfältiger Managed-Care-Tarifmodelle (einschließlich finanzieller Anreize für die Versicherten) sind wir jedoch noch meilenweit entfernt (Amelung et al. 2020, 42 ff.).

5 Finanzierung und regionale Budgets

Die Idee der IV stellt die Trennung der sektoralen Vergütungssysteme und ihrer jeweiligen Anreizlogik infrage. In der ambulanten ärztlichen Vergütung gibt es – vor allem für die hausärztliche Vergütung – bereits einen Trend zur Pauschalierung. In einer sektorenübergreifenden Perspektive müsste die Vergütung stationärer Leistungen miteinbezogen werden. Für ein regionales Versichertenkollektiv könnte – zunächst rein rechnerisch – aus den individuellen Leistungsausgaben der Kassenmitglieder oder deren Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) ein Budget gebildet werden. Das ginge bereits über eine *capitation* hinaus und führte je nach Größe des Kollektivs zu einer erheblichen Risikonivellierung. In überwiegend staatlich organisierten Gesundheitssystemen, aus denen im Allgemeinen die (positiven) Regionalbeispiele zitiert werden, und ohne vielfältige privatwirtschaftliche Leistungserbringer sind regionale Budgets im Grundsatz einfach zu bestimmen und zur Steuerung einzusetzen. Auch dort bleibt aber das Problem, sie mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung zu administrieren und Unterversorgung zu vermeiden.

Im deutschen Gesundheitssystem kommt das zentrale Problem hinzu, dass man zur Bewirtschaftung des Budgets ein Konsortium von Leistungserbringern brauchte, das die Gesamtverantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung des Kollektivs übernimmt (Augurzy et al. 2018, 64 ff.). Im Regionalvertragsmodell der Grünen wird dafür eine Managementgesellschaft zwischengeschaltet, die für die Effizienz bei der Zusammenarbeit der Leistungserbringer sorgen soll und dementsprechend die Vergütung leistungs- und qualitätsgerecht zuteilt (Hildebrandt et al. 2020 b). Das wäre im deutschen Gesundheitssystem sehr voraussetzungsvoll – nicht nur, weil mehrere Kassen zusammenwirken müssten, um die relevanten Marktanteile zu erreichen, sondern auch, weil sich die beteiligten Leistungserbringer (durchaus mit dem Risiko von Umsatzverlusten) dem veränderten Vertragsregime unterwerfen müssten.

Regionale Gesundheitsbudgets in diesem Sinne sind bisher nur ein Gedankenexperiment (Benstetter et al. 2020; Stiftung Münch 2020). Als Rechengröße beziehungsweise Benchmark können sie aber nützlich sein. Punktuelle Zwischenschritte, etwa im Sinne von Pay-for-Performance-Modellen einzelner Kassen oder Kassenverbände, könnten schon heute für bestimmte Indikationsbereiche und Netzwerke von Leistungsanbietern angesteuert werden. Letzteres könnte auch ohne Managementgesellschaften, direkt mit Selektivverträgen der Kassen funktionieren (Augurzy et al. 2018).

6 Das Regionalmodell der Grünen

Das Modell der Gesundheitsregionen (Deutscher Bundestag 2020; Bündnis 90/Die Grünen 2021) zielt auf die Implementierung der IV und versucht, den Beteiligten neue Anstöße zum Handeln zu geben. Dabei findet eine intensive Auseinandersetzung mit vielen der oben genannten Aspekte statt, etwa zur Informationsbasis und Erfolgskontrolle der IV-Verträge oder zu den Zielen und der Ausgestaltung einer verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer (Hildebrandt et al. 2020 a). Als regionaler Rahmen wird die Kreisebene vorgeschlagen. Die Gebietskörperschaften sollen neben der Gesundheitsförderung die wesentlichen Vorgaben für die Versorgung machen. Die sollen über den Umweg realisiert werden, dass die Kommunen die Kassen zu entsprechenden Regionenverträgen verpflichten können. Im Kern soll eine gewinnorientierte Managementgesellschaft (MG) die Leistungserbringer so steuern, dass durch rationalen Mitteleinsatz (zum Beispiel Arzneimittel, Operationen) und eine bessere Koordination der Leistungen Effizienzgewinne entstehen. An diesen soll die MG beteiligt werden. Die Kassen sollen nach den Vorgaben der MG die Selektivverträge mit den Leistungserbringern beziehungsweise deren Netzwerken schließen. So weit der Plan.

Problematisch sind dabei vor allem vier Punkte:

1. Es ist zweifelhaft, ob die Kommunen und Kreise sachgerechte Vorgaben für IV-Verträge machen können. Dann sollen sie den Abschluss solcher Verträge forcieren, indem sie die Kassen öffentlich für deren Nichtzustandekommen rechtfertigen müssen. Dabei ist bemerkenswert, dass die Kassen die einzigen Institutionen sind, die unter Druck gesetzt werden, obwohl sie – im Unterschied zu allen anderen Beteiligten – im Grundsatz an IV-Verträgen interessiert sind. Die Widerstände kamen in der Vergangenheit doch meist von anderen: zum Beispiel von den Aufsichten; die KVen haben immer wieder Ärzte an der Teilnahme gehindert. Die größte Herausforderung ist ohnehin, die – ökonomisch weitgehend saturierten – Leistungserbringer zur Beteiligung zu motivieren. Ein System, das von Freiwilligkeit und besserer wissenschaftlicher Expertise leben soll, verträgt jedoch keine Pressionen

- (Rechtfertigungs- beziehungsweise Beitrittszwang), und schon gar nicht beim Einstieg.
2. Gemäß dem Bundestagsantrag der Grünen soll über den RSA ein Anreizmechanismus für die Kassenbeteiligung etabliert werden. Über zehn Jahre soll es für die Versicherten der vertragsbeteiligten Kassen erhöhte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geben, denen für die folgenden zehn Jahre entsprechende Abschläge gegenüberstehen. Diese sollen durch die vermuteten Effizienzgewinne (auch nach Abzug der MG-Kosten und bestimmter Investitionen) locker zu finanzieren sein. Bei der öffentlichen Anhörung zu dem Antrag im Bundestag warnten die Kassenvertreter allerdings nachdrücklich vor einer Funktionalisierung des RSA als Anreizinstrument für die Regionalverträge. Der RSA müsse transparent und versorgungsneutral bleiben. Incentives für solche Verträge könne man auch anders setzen. Außerdem seien dadurch – neben den umstrittenen Regionalfaktoren im RSA – zusätzliche Selektionsanreize im Hinblick auf die Regionen zu befürchten (*Deutscher Bundestag 2021: Knieps, 9, und Weller, 12 f.*).
 3. Kritisch zu sehen ist auch die vorgesehene Rolle der Managementgesellschaften: Eine professionelle Koordination im Versorgungsnetz ist sicher erforderlich und muss auch honoriert werden. Ob für diese Aufgabe jedoch privatwirtschaftliche Gesellschaften mit Gewinnabsichten geeignet sind, wird infrage gestellt (*Gruhl 2021*). Die Kassen dagegen sind im Antrag zu wenig eingebunden und auf die Rolle der Finanziere reduziert. Sie sollten und wollen aber inhaltlich mehr mitgestalten (*Deutscher Bundestag 2021: Mohrmann, 7 und 10 f.*).
 4. Die Ausgangssituation und damit die Bedarfslage für IV-Verträge ist sehr stark von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen abhängig. Das Konzept der Grünen sieht aber Standardverträge für die Beauftragung der MG durch die Kassen vor. „One size fits all“ werde nicht funktionieren, so formulierte es Matthias Mohrmann von der AOK Rheinland/Hamburg in der Anhörung (*Deutscher Bundestag 2021, 7*).

7 Zusammenfassung und Fazit

Regionalität ist en vogue, aber in vieler Hinsicht ein Gummibegriff. Auch was mit regionaler Versorgungsgestaltung gemeint ist, muss jeweils im Kontext näher betrachtet werden. Dabei ist im Ergebnis festzustellen:

- Die regionalen Problemlagen sind sehr unterschiedlich. Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung lässt sich nicht nach einem einheitlichen Schema oder einem Standardvertrag erreichen.
- Die Veränderung der Versorgungsstrukturen im Sinne einer stärkeren Integration wird nur schrittweise vorankommen. Dabei sind die Möglichkeiten regionaler Selektivverträge inzwischen deutlich verbessert. Die Politik kann die Rahmenbedingungen (zum Beispiel für die Aufsicht) und die Förderung dafür weiter verbessern. Eine Koppelung an den RSA wäre dabei kontraproduktiv.

- Die Kommunen und Kreise sind als Initiatoren und Verantwortliche für die regionale Versorgungssteuerung nicht geeignet. Ihnen fehlt die erforderliche Informationsbasis und die Kompetenz für das Vertragsgeschäft. Planung und Finanzverantwortung sollten aber in einer Hand liegen.
- Integrationsverträge lassen sich nicht erzwingen. Eine bessere Kooperation kann nur auf Freiwilligkeit beruhen. Profitorientierte Managementgesellschaften erscheinen für diese Aufgabe als problematische Akteure. Gemeinnützige Konstruktionen oder Gemeinschaftsunternehmen von Kassen und Leistungserbringern stiften mehr Vertrauen.
- Man wird Unterschiede in der Versorgung akzeptieren müssen. Ohne Differenzierung wird es keinen Fortschritt geben. Dabei wird es je nach Ausgangslage Unterschiede zwischen wettbewerblichen Modellen und Unterschiede zwischen Regionen geben. Beide dürfen jedoch den Rahmen der solidarischen Krankenversicherung nicht sprengen.
- Wettbewerbliche Lösungen für unterversorgte und ländliche Regionen sind wenig wahrscheinlich. Hier müssen die Kassen (neben den KVen etc.) gegebenenfalls zu gemeinsamem und einheitlichem Handeln verpflichtet werden.

Leistungserbringer und Kassen sind ideenreich und kooperationsbereit. Das haben die vielen (regionalen) Projektanträge zum Innovationsfonds gezeigt. Die Selbstverwaltung verdient mehr Vertrauen, als die Politiker ihr zugestehen wollen. Klar ist auch: Nicht alle Probleme lassen sich über veränderte Vertragsformen lösen. So muss zum Beispiel der Anspruch auf ein effektives Case-Management (Stichwort: Kümmerer) als Leistungsanspruch künftig stärker im Gesetz verankert werden.

Literatur

- AfD (2021):** Leitantrag der Programmkommission zum 12. Bundestag der AfD in Dresden, 10. bis 11. April 2021; www.afd.de/bpt-12/ → Tagesordnung + Leitantrag
- Amelung V et al. (2020):** Nachmachen erlaubt: Innovative Ansätze aus dem Schweizer Gesundheitssystem. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 74, Heft 6, 42–48
- Augurky B et al. (2018):** Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 72, Heft 4–5, 64–71

Baerbock A (2021): Verändern statt zu versprechen: Meine Kandidatur für das Kanzler*innenamt; annalena-baerbock.de → Beitrag 19. April 2021

Benstetter F et al. (2020): Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin: Springer, 69–90

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A-Z → Öffentlicher Gesundheitsdienst (Pakt)

Bündnis 90/Grünen (2021): Deutschland. Alles ist drin. Programmwurf zur Bundestagswahl 2021; gruene.de → Suche: Wahlprogramm

Destatis (2020): Planungsregionen nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2019; destatis.de → Themen → Länder und Regionen → Regionales

Deutscher Bundestag (2020): Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther et al. Drucksache 19/21881 vom 26. August 2020. Berlin; dip.bundestag.de → Dokumentenart: Bundestag-Drucksache, Dokumentennummer: 19/21881

Deutscher Bundestag (2021): Wortprotokoll der 148. Sitzung – Ausschuss für Gesundheit. Berlin, den 24. März 2021, Protokoll-Nr. 19/148; bundestag.de → Ausschüsse → Gesundheit → Öffentliche Anhörungen

FDP (2021): Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten; fdp.de → Programm → Bundestagswahlprogramm

Gesundes Kinzigital (2021): Daten & Fakten – Aus einem Modellprojekt wird ein gesundes Kinzigital; gesundes-kinzigital.de → Über uns → Daten & Fakten

Gesundheitsamt (2021): Wikipedia [online] <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Gesundheitsamt&oldid=211277437>

Gruhl M (2021): Glaubwürdigkeit statt unternehmerisches Eigeninteresse. Observer Gesundheit, 5. Februar 2021; observer-gesundheit.de → Politische Analysen

Hahn U, Kurscheid K (Hrsg.) (2020): Intersektorale Versorgung – Best Practice – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden: SpringerGabler

Hildebrandt H et al. (2020 a): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1. Welt der Krankenversicherung, Jg. 9, Heft 7–8, 164–172; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

Hildebrandt H et al. (2020 b): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 2. Welt der Krankenversicherung, Jg. 9, Heft 9, 210–219; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

Die Linke (2021): Leitantrag zum Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021. Vorabveröffentlichung; die-linke.de → Wahlen

PANOS (2021): Digitalisierte, sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Parkinsonpatient*innen in Ostsachsen; uniklinikumdresden.de → Das Klinikum → Universitätscentren → ZEVG → Projekte → Aktuelle Projekte → ParkinsoNetzwerk Ostsachsen (PANOS)

PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019): Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen; broschuerenservice.mags.nrw → Suche: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

Richard S (2020): Von der sektorenübergreifenden zur sektorenunabhängigen Versorgung. Der Internist, Jg. 61, Heft 9, 895–902

Schlingensiepen I (2021): Innovationsfonds-Projekt: „MoniKa“ verbessert Versorgung multimorbider Patienten nicht. Ärzte Zeitung, 30. März 2021; aerztezeitung.de → Politik → Versorgungsforschung

Schmid A, Hacker J, Rinsche F, Distler F (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Bayreuth, Oktober 2018

Schröder FW, Diekmann F, Neuhaus R, Rampelt J (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Stadtforschung aktuell, Bd. 13. Basel, Boston, Stuttgart: Birkhäuser Verlag

SPD (2021): Das Zukunftsprogramm – Wofür wir stehen. Was uns antreibt. Wonach wir streben; spd.de

Stiftung Münch (Hrsg.) (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Juni 2021)

DER AUTOR



Dr. rer. pol. Robert Paquet,

Jahrgang 1953, hat Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin studiert. Er ist seit 2008 freier Journalist im Gesundheitswesen und seit 2018 Mitarbeiter beim OBSERVER-Gesundheit. Von 2008 bis 2017 war er Redaktionsmitglied des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes (gid), zuvor Geschäftsführer Politik und Öffentlichkeitsarbeit des BKK-Bundesverbandes, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Niedersachsen sowie Referent für Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion. Von 1980 bis 1987 arbeitete er als wissenschaftlicher Projektleiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.

Perspektiven für die GKV-Finanzierung

von Stefan Greß¹ und Christian Jesberger²

ABSTRACT

Die Zeit der Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist auf absehbare Zeit vorbei. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann im Jahr 2021 nur durch einen ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss und einen gesetzlich verordneten Vermögensabbau bei den Krankenkassen einigermaßen stabil gehalten werden. Ursächlich für diese Finanzierungslücke sind einerseits pandemiebedingte Einnahmerückgänge und andererseits Maßnahmen des Gesetzgebers in den vergangenen beiden Legislaturperioden. Die Prognosen über die weitere Einnahmen- und Ausgabenentwicklung sind unsicher. Selbst bei günstigem Verlauf der Pandemie ist aber nicht mit einer substanziellen Verbesserung der Finanzlage der GKV zu rechnen. Die neue Bundesregierung steht daher in der Pflicht, die Finanzlage der GKV mittel- bis langfristig zu konsolidieren. Auf der Einnahmenseite ist eine weitere Erhöhung des Bundeszuschusses nicht alternativlos. Auf der Ausgabenseite zeichnet sich eine Renaissance der Kostendämpfungspolitik ab.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Beitragsfinanzierung, Kostendämpfungspolitik, Steuerfinanzierung

For the foreseeable future, the times of surpluses within the statutory health insurance are over. The average additional contribution rate can be kept reasonably stable only by way of a tax-financed federal subsidy in combination with a legally prescribed asset reduction within the health insurance funds. The reasons for this funding gap are twofold: on the one hand, the drop of income is caused by the pandemic, on the other hand, it is due to various legislative measures of the past two legislative periods. The prognoses on the development of income and expenditures are uncertain. Even with a mild progression of the pandemic, a substantial improvement of the financial situation of the statutory health insurance is not to be expected. The new federal government is therefore obliged to consolidate it in the medium to long term. On the income side, a further increase in federal subsidies is not the only alternative. On the expenditure side, a renaissance of cost containment policy is emerging.

Keywords: statutory health insurance, contribution financing, cost containment policy, tax financing

1 Einleitung: Die Zeit der Überschüsse ist vorbei

Die Ausnahmeperiode in der jüngeren Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat im Jahr 2020 einigermaßen abrupt ein Ende gefunden. Bis dahin konnten sowohl der Gesundheitsfonds als auch die Krankenkassen selbst von Jahr zu Jahr Überschüsse realisieren, die zu steigenden Reserven führten. Nennenswerte Reserven sind in der Kalkulation

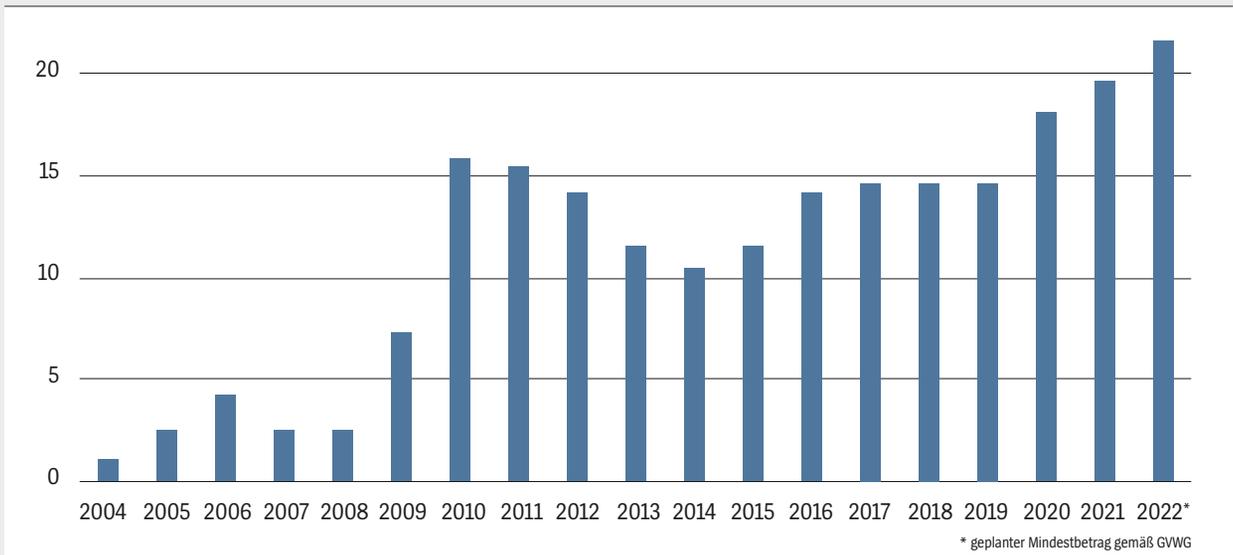
der GKV normalerweise nicht vorgesehen. Nichtsdestoweniger hatte der Gesundheitsfonds zum Jahresende 2019 eine Liquiditätsreserve von 10,3 Milliarden Euro aufgebaut – mehr als doppelt so viel wie gesetzlich mindestens vorgeschrieben. Die Finanzreserven der Krankenkassen beliefen sich zum gleichen Zeitpunkt sogar auf rund 20,6 Milliarden Euro. Letztere veranlassten den Gesetzgeber schon Ende 2018 im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG), die Finanzreserven der Krankenkassen nach oben auf eine

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 96406380
E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

² Christian Jesberger, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640618
E-Mail: christian.jesberger@pg.hs-fulda.de

ABBILDUNG 1

Entwicklung des Bundeszuschusses von 2004 bis 2022



Bis 2004 wurde die gesetzliche Krankenversicherung ausschließlich mit Beitragszahlungen finanziert, seitdem gibt es den Bundeszuschuss. Er wurde seitdem mehrfach aufgestockt und wieder abgesenkt. 2022 wird er voraussichtlich zum dritten Mal in Folge eine Rekordhöhe erreichen.

Monatsausgabe zu begrenzen. Höhere Rücklagen sollten innerhalb von drei Jahren durch Senkungen des Zusatzbeitragssatzes abgebaut werden. Ansonsten drohte eine Rückführung der überschüssigen Reserven an den Gesundheitsfonds.

Diese vergleichsweise komfortable Situation der gesetzlichen Krankenkassen wurde durch eine bis zum Jahresende 2019 dauerhaft wachsende Zahl an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen in Verbindung mit steigenden Löhnen und Gehältern ermöglicht. Konsequenz waren im langjährigen Vergleich überdurchschnittlich hohe Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen. Das ebenfalls sehr dynamische Ausgabenwachstum konnte von den Krankenkassen damit weitgehend problemlos finanziert werden. Einen Anstieg der Zusatzbeitragssätze hätten die meisten Krankenkassen unter normalen Bedingungen im Jahr 2020 durch einen Rückgriff auf ihre Reserven vermeiden können.

Ein gutes Jahr nach diesem vergleichsweise günstigen Ausblick hat sich die Situation in der GKV drastisch verändert. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist zu Beginn des Jahres 2021 auf knapp sechs Milliarden Euro geschrumpft und liegt damit nicht mehr weit von der Mindestreserve von 4,3 Milliarden Euro entfernt. Auch die Finanzreserven der Krankenkassen sind um gut vier Milliarden Euro auf 16,3 Milliarden Euro geschrumpft. Ein deutlicher Anstieg der Zusatz-

beitragssätze im Laufe des Jahres 2021 konnte nur durch vergleichsweise drastische Maßnahmen des Gesetzgebers im Rahmen des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes (GKV-GPVG) Ende des Jahres 2020 verhindert werden. Unstrittig war die Einführung eines ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von fünf Milliarden Euro (zur Entwicklung des Bundeszuschusses siehe Abbildung 1). Für scharfe Kritik aus dem Lager der Krankenkassen sorgte dagegen eine drastische Verschärfung der Regelungen aus dem GKV-VEG zur Rücklagenreduzierung. Nunmehr müssen Krankenkassen zwei Drittel ihrer Rücklagen zurückführen, wenn diese 40 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten. Damit erhöhen sich aus Sicht des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig die Einnahmen um acht Milliarden Euro. Die außerordentlichen Einnahmen in Höhe von insgesamt 13 Milliarden Euro sorgen dafür, dass nach der Prognose des Schätzerkreises der rechnerische durchschnittliche Beitragssatz nur moderat von 1,1 auf 1,3 Prozent steigen wird (*Bundesamt für Soziale Sicherung 2020*).

Im weiteren Verlauf dieses Beitrags analysieren wir zunächst die Ursachen für diese doch sehr deutliche Kehrtwende in der Finanzsituation der GKV. Zweitens nehmen wir die kommende Legislaturperiode in den Blick und diskutieren unterschiedliche Optionen für die Stabilisierung der GKV-Finanzien auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite.

TABELLE 1

Finanzierung GKV 2021 (Prognose Gesundheitsfonds)

Einnahmen und Ausgaben	Betrag in Milliarden Euro
Beitragseinnahmen Gesundheitsfonds	223,7
Beiträge geringfügig Beschäftigte	3,0
Bundeszuschuss (regulär)	14,4
Bundeszuschuss (ergänzend)	5,0
Rückführung Reserven Krankenkassen	8,0
Zuführung aus Liquiditätsreserve	0,9
Summe der Einnahmen des Gesundheitsfonds	255,0
Summe der Ausgaben der Krankenkassen	274,9
Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben	19,9
Beitragspflichtige Einnahmen	1.532,2
Rechnerischer durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz	1,3 %

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung 2020; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

2 Ursachen der aktuellen Finanzsituation

Aus der Prognose des Schätzerkreises für das Jahr 2021 (vergleiche Tabelle 1) wird deutlich, dass ohne den ergänzenden Bundeszuschuss und die Rücklagenreduzierung der Krankenkasse der durch Zusatzbeiträge aufzubringende Finanzbedarf bei insgesamt etwa 33 Milliarden Euro gelegen hätte. Das entspricht rechnerisch einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,2 Prozent. Die Ursachen für diese Finanzierungslücke sind einerseits die Auswirkungen der Pandemie und andererseits Gesetzesvorhaben der laufenden Legislaturperiode (vergleiche Tabelle 2).

Auf der Einnahmenseite zeigt sich der Einfluss der Pandemie durch ein deutlich langsames Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen. Durch stabilisierende Maßnahmen des Gesetzgebers – vor allem im Rahmen der Kurzarbeit – konnte ein drastischer Einbruch der beitragspflichtigen Einnahmen zunächst verhindert werden. Kurzfristig ließ sich dieser Einnahmerückgang in Höhe von etwa vier Milliarden Euro im Jahr 2020 durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auffangen. Für die Folgejahre wird das geminderte Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen für die Krankenkassen hingegen beitragsatzrelevant.

Der Schätzerkreis prognostiziert somit für das Jahr 2021 nur ein moderates Wachstum von 2,4 Prozent für die beitragspflichtigen Einnahmen (*Bundesamt für Soziale Sicherung* 2020).

Dieses Wachstum wird allerdings nicht nur durch die Auswirkungen der Pandemie begrenzt, sondern auch durch Maßnahmen des Gesetzgebers. So hat dieser im Rahmen des GKV-VEG die Mindestbemessungsgrundlage für das Einkommen von Selbstständigen halbiert. In der Gesetzesbegründung wurde mit Mindereinnahmen von rund 800 Millionen Euro gerechnet. Da vor allem kleine Selbstständige von den Wirkungen der Pandemie in überdurchschnittlichem Ausmaß betroffen sind, dürfte der negative Effekt dieser Regelung auf die Einnahmen der GKV deutlich stärker sein als noch im GKV-VEG prognostiziert. Weitere 1,1 Milliarden Euro Mindereinnahmen entstehen durch die teilweise Beitragsfreistellung von Betriebsrenten im Rahmen des GKV-Betriebsrenten-Freibetragsgesetzes. Dieser Betrag wurde im Jahr 2020 noch vollständig durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, im Jahr 2021 sinkt die Zuführung aus der Liquiditätsreserve auf 900 Millionen Euro.

Die Ausgabenseite ist zunächst um die Vielzahl der nur vorübergehend vom Gesundheitsfonds finanzierten durchlaufenden Posten im Rahmen der Pandemie zu bereinigen. Dabei handelt es sich vor allem um die Ausgaben für PCR- und Schnelltests – auch für Privatversicherte – sowie die Ausgleichszahlungen für Leistungserbringer. Letztere sind aus Sicht des Gesetzgebers nötig geworden, um die Minderanspruchnahme im Rahmen der Pandemie auszugleichen. Finanziert werden diese Ausgleichszahlungen ebenso wie andere pandemieinduzierte Ausgaben aus Steuermitteln.

TABELLE 2

Geschätzte finanzielle Wirkungen ausgewählter Gesetze in der 19. Legislaturperiode für 2021

Gesetz	Maßnahmen	Finanzielle Wirkung p. a.
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (2018)	Senkung fiktives Mindesteinkommen insbesondere für Soloselbstständige	Mindereinnahmen von mindestens 800 Millionen Euro
GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (2019)	Einführung Freibetrag für Betriebsrenten	Mindereinnahmen von 1,1 Milliarden Euro
Pflegepersonalstärkungsgesetz (2018)	Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen sowie tariflich vereinbarter Entgeltsteigerungen	Mehrausgaben von 2,2 Milliarden Euro
Terminservice- und Versorgungsgesetz (2019)	Erhöhung Festzuschüsse Zahnersatz	Mehrausgaben 570 Millionen Euro
	Einführung Terminservicestellen und finanzielle Anreize für koordinierende Leistungen	Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Millionenbereich

Quelle: Jeweilige Gesetzesbegründungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Aus Sicht der GKV ergibt sich somit auf der Ausgabenseite kurzfristig der Effekt, dass die aus Beitragsmitteln zu finanzierende Inanspruchnahme der Versicherten zurückgeht und das Ausgabenwachstum damit begrenzt wird. Parallel werden die Kompensationszahlungen an die Leistungsanbieter – vor allem an die Krankenhäuser – aus Steuermitteln finanziert (*Bundesrechnungshof 2020*).

Bei der Ausgabenentwicklung überschneiden sich demzufolge derzeit die kurzfristig primär entlastenden Wirkungen der Pandemie und die belastenden Wirkungen diverser Ausgabengesetze. Vor der Pandemie warnten die Krankenkassen vor Mehrausgaben vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, in der stationären Versorgung und durch die Verordnungsfähigkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen in Höhe von etwa 7,5 Milliarden Euro in den Jahren 2021 und 2022 (*Senf 2019*). Es lässt sich vor dem Hintergrund der Veränderungen der Inanspruchnahme derzeit nicht abschätzen, ob diese Prognosen in vollem Umfang eintreffen werden.

3 Unsichere Prognosen

Die weitere Entwicklung der GKV-Finzen ist nicht zuletzt vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig. Die ersten Daten für das Jahr 2021 sind vor diesem Hintergrund wenig aussagekräftig. Es lässt sich allerdings begründet vermuten, dass das vom Schätzerkreis angesetzte Ausgabenwachstum von fast sieben Prozent für das Jahr 2021 nicht erreicht

wird. Der Grund liegt darin, dass das Ausmaß der Nachhol-effekte bei der Inanspruchnahme von zulasten der GKV finanzierten Leistungen weiterhin unklar ist und außerdem wegen der zweiten und dritten Welle der Pandemie deutlich später eintreten wird als prognostiziert. Damit ist eine Verlagerung dieses Effektes – wenn er denn eintritt – in die zweite Jahreshälfte 2021 und das Jahr 2022 wahrscheinlich. Dieser Effekt könnte dann zumindest teilweise kompensiert werden, wenn die gesamtwirtschaftliche Nachfrage und damit die beitragspflichtigen Einnahmen nach Überwindung der Pandemie wieder ansteigen. Auch dieser gegenläufige Effekt wird sich voraussichtlich durch das Andauern der Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen nach hinten verlagern.

Trotz aller Unsicherheiten der Prognosen lässt sich zu diesem Zeitpunkt aber bereits sicher vorhersagen, dass der aktuelle rechnerische Zusatzbeitragssatz nicht zur Deckung des Finanzbedarfs der GKV im Jahr 2022 ausreichen wird. Im Jahr 2021 liegt die prognostizierte außerordentliche Finanzierungslücke bei etwa 13 Milliarden Euro. Dieser Einschätzung liegt die Prognose des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesamtes für Soziale Sicherung zugrunde. Die traditionell etwas skeptischere Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes kommt sogar auf einen Finanzierungsbedarf von rund 14,6 Milliarden Euro (*Bundesamt für Soziale Sicherung 2020*). Für das Jahr 2022 hat der GKV-Spitzenverband in seiner schriftlichen Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom April 2021 das Defizit für 2022 bei konstantem Bundeszuschuss und konstantem Beitrags-

satzniveau auf 16 bis 19 Milliarden Euro beziffert. Begründet wird dies mit der sich weiter öffnenden Schere zwischen den sich pandemiebedingt ungewiss entwickelnden Einnahmen und stark wachsenden Ausgaben (*Deutscher Bundestag 2021 a*).

Diese eher skeptische Einschätzung stellt aus unserer Sicht einen tendenziell ungünstigen Verlauf dar. Bei einem günstigen Verlauf könnten die als Folge einer wirtschaftlichen Erholung steigenden Beitragseinnahmen in etwa gleichem Umfang wachsen wie die Ausgaben, bei denen ein pandemiebedingter Nachholeffekt weitgehend ausbleiben müsste. Insofern würden wir die Spannbreite auf das im Jahr 2022 entstehende Defizit eher auf den Bereich zwischen 13 und 19 Milliarden Euro ansetzen.

In der Systematik der GKV-Finanzierung müsste dieses Defizit normalerweise mittels steigender Zusatzbeitragssätze finanziert werden – rechnerisch wäre dies bei einer zusätzlichen Deckungslücke von 13 bis 19 Milliarden Euro ein durchschnittlicher Anstieg um 0,9 bis 1,2 Beitragssatzpunkte. Dieser Anstieg würde allerdings die von der Bundesregierung schon im Koalitionsvertrag vereinbarte Sozialgarantie verletzen, mit der die Beitragsbelastungen in den Sozialversicherungen für Beschäftigte und Arbeitgeber auf 40 Prozent gedeckelt werden. Die noch zur Verfügung stehenden Reserven im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen würden zur Deckung dieses Defizits nicht ausreichen, weil die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserven die Verfügungsmasse einschränken. Insofern ist es nicht überraschend, dass der GKV-Spitzenverband einen ergänzenden Bundeszuschuss von 18 Milliarden Euro für das Jahr 2022 fordert (*Deutscher Bundestag 2021 a*). Dieser Forderung will die Bundesregierung offensichtlich nicht ohne Weiteres folgen. So soll der ergänzende Bundeszuschuss für 2022 lediglich auf sieben Milliarden Euro statt wie ursprünglich geplant auf 12,5 Milliarden Euro angehoben werden. Darüber hinaus soll die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundestages durch Rechtsverordnung bis zum 31. Dezember 2021 einen abweichenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022 festsetzen können. Dessen Höhe soll sich aus dem Betrag ergeben, der zu Stabilisierung des rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 1,3 Prozent notwendig ist (*Deutscher Bundestag 2021 b*).

4 Steuern oder Beiträge?

Die nächste Bundesregierung wird in der neuen Legislaturperiode vor der Herausforderung stehen, das Verhältnis von Beiträgen und Steuern in der Finanzierung der GKV auszutarieren. Ergänzende Bundeszuschüsse sind bisher nur für die Jahre 2021 und 2022 beschlossen. Diese Ent-

scheidung gibt der neuen Bundesregierung immerhin Zeit, grundsätzliche Entscheidungen über Reformen auf der Einnahmenseite zu treffen.

Der Gesetzgeber setzt nun schon zum zweiten Mal erhöhte Steuerzuschüsse ein, um die finanzielle Situation der GKV in konjunkturellen Krisenzeiten zu stabilisieren. In den Jahren 2009 und 2010 erhielt die GKV zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen 13,4 Milliarden Euro mehr als ursprünglich geplant (*Bundesrechnungshof 2021*). Der derzeit geplante ergänzende Bundeszuschuss in Höhe von mindestens zwölf Milliarden Euro bewegt sich auf einem vergleichbaren Niveau. Wie schon in der Finanz- und Wirtschaftskrise will der Gesetzgeber mit der finanziellen Stabilisierung der GKV zusätzliche Belastungen für Beschäftigte und Arbeitgeber als Folge steigender Zusatzbeitragssätze vermeiden.

Die Krisenanfälligkeit der GKV-Finanzierung ist zwar akut vor allem auf pandemiebedingte Einnahmerückgänge und politisch induzierte Ausgabensteigerungen zurückzuführen. Ursächlich sind aber nicht zuletzt strukturelle Schwächen auf der Einnahmenseite (*Greß und Jesberger 2021*). Ökonomisch gesehen liegt diese strukturelle Einnahmenschwäche darin begründet, dass die gesetzlich definierten beitragspflichtigen Einnahmen nur einer Teilmenge des Volkseinkommens entsprechen. Es ist hinlänglich bekannt, dass sich die Beitragslast in der GKV beispielsweise durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage oder die Integration von gesetzlicher und privater Krankenversicherung stärker am Leistungsprinzip orientieren würde. Zudem würden die angesprochenen Maßnahmen den Beitragssatz einmalig nennenswert senken (vergleiche Tabelle 3) sowie durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage die Anfälligkeit der GKV-Finanzierung in Krisenzeiten reduzieren. In den vergangenen Legislaturperioden hat jedoch keine Bundesregierung ernsthafte Bemühungen gezeigt, auch nur eine der drei Maßnahmen umzusetzen und damit die Beitragsfinanzierung der GKV auf eine breitere Basis zu stellen.

Insofern ist auf der Einnahmenseite die Ausweitung der Steuerfinanzierung nicht alternativlos. Letztere stellt gesundheitspolitisch gesehen dennoch auch für den Zeitraum nach 2022 die einfachere Option dar. Dies gilt zumindest in der ökonomisch außerordentlich unüblichen Situation, in der die Ausweitung der Neuverschuldung für den Bund mit Zinseinnahmen verbunden ist. Es lässt sich außerdem argumentieren, dass die Steuereinnahmen des Bundes in der Summe – auch unter Berücksichtigung der regressiven Effekte von Konsumsteuern – im Gegensatz zur Beitragsfinanzierung leicht progressiv wirken (*Bach et al. 2017*) und zudem über das Steueraufkommen auch Privatversicherte zur GKV-Finanzierung beitragen. Durch eine

zunehmende Finanzierung über das für eine Umverteilung prädestinierte Steuer- und Transfersystem könnten die Gerechtigkeitsdefizite der Beitragsfinanzierung zumindest teilweise abgebaut werden.

Dieses Argument ist allerdings insofern zu relativieren, als dass selbst im Jahr 2021 gerade einmal sieben Prozent aller GKV-Ausgaben durch Steuermittel finanziert werden. Im Umkehrschluss werden 93 Prozent der Ausgaben durch Beiträge finanziert, deren Aufbringung an verschiedenen Stellen sowohl Grundsätze der vertikalen als auch der horizontalen Gerechtigkeit verletzt (Greß 2019). Eine massive Ausweitung der Steuerfinanzierung – wie kürzlich von Rainer Schlegel, dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, gefordert – würde folgerichtig deutliche Steuererhöhungen nach sich ziehen. Ob dies zu einer progressiveren Lastenverteilung führen würde, hängt dabei auch davon ab, auf welche Einkommensarten bei etwaigen Steuererhöhungen zurückgegriffen würde (Reiners 2020).

Durch den erneuten Einsatz von Steuermitteln zur konjunkturell bedingten Stabilisierung der GKV wird zudem die gesetzliche Begründung des Bundeszuschusses vollends obsolet. Es herrscht inzwischen weitgehend Einigkeit darüber, dass die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gemäß § 221 Abs. 1 SGB V als Begründung für die Höhe des Bundeszuschusses nur sehr eingeschränkt herangezogen werden kann (Bundesrechnungshof 2021; Jacobs 2020). Es gibt bisher weder eine Legaldefinition über das Ausmaß versicherungsfremder Leistungen noch einen gesundheitspolitischen beziehungsweise gesundheitsökonomischen Konsens darüber. So lässt sich bereits trefflich darüber streiten, ob die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern eine versicherungsfremde Leistung oder einen Kernbereich der solidarischen Absicherung darstellt.

Aus Sicht des Gesetzgebers hat diese unklare und im Kern funktionslose Definition des Verwendungszwecks des Bundeszuschusses den Vorteil, dass dessen Höhe nach Bedarf mittels eines einfachen Bundesgesetzes verändert werden kann. Dieser politischen Flexibilität steht allerdings die Angreifbarkeit eines Bundeszuschusses ohne einen halbwegs klaren Begründungszusammenhang gegenüber. Die Kritik der privaten Krankenversicherungswirtschaft am Bundeszuschuss für die GKV ist bisher folgenlos geblieben (Bahsen und Wild 2021). Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Nichtzahlung eines solchen Zuschusses an die PKV bei gleichzeitiger Heranziehung der Privatversicherten zur Finanzierung der GKV bei weiter steigenden Finanzierungsvolumina einer rechtlichen Prüfung unterzogen wird. Dieser Gefahr könnte durch eine klare Regelbindung des Bundeszuschusses – etwa in Höhe der Ausgaben von Kindern und Jugendlichen in der GKV – begegnet werden (Greß und Bieback 2014).

5 Renaissance der Kostendämpfungspolitik?

Gesundheitspolitik bestand in Deutschland lange Zeit vor allem aus Kostendämpfungspolitik. Die gemeinsame Eigenschaft der aus diesem Politikansatz resultierenden Gesetze bestand darin, durch geeignete Maßnahmen auf der Nachfrage- wie Angebotsseite die Ausgaben der Versichertengemeinschaft zu stabilisieren und damit den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 war das letzte Gesetzesvorhaben, das primär die Nachfrageseite in den Blick nahm. Im Geiste der sogenannten Hartz-Reformen wurde der Leistungsanspruch der Versicherten reduziert, unter anderem durch die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Erstattungsanspruch. Zudem hat der Gesetzgeber die Selbstbeteiligungen für Versicherte erhöht. In Erinnerung geblieben ist insbesondere die Einführung der Praxisgebühr in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die im Jahr 2012 wieder abgeschafft wurde. Auch der Erstattungsanspruch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zumindest für chronisch kranke Versicherte wurde durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sukzessive wiederhergestellt.

Die beiden Beispiele zeigen, dass es gesundheitspolitisch außerordentlich unpopulär ist, einmal eingeführte Leistungsansprüche wieder zu beschränken. Die Wirkungen von Selbstbeteiligungen sind zudem mindestens ambivalent zu beurteilen. Im günstigsten Fall führt die Finanzierungsfunktion von Selbstbeteiligungen dazu, dass die Versichertengemeinschaft finanziell entlastet wird. Gleichzeitig wird aber die finanzielle Schutzfunktion der Krankenversicherung ausgehöhlt. Die Steuerungsfunktion von Selbstbeteiligungen führt indes nicht unbedingt zu den Effekten, die in den meisten gesundheitsökonomischen Lehrbüchern prognostiziert werden. Spätestens seit dem „RAND Health Insurance“-Experiment wissen wir zwar, dass spürbare Selbstbeteiligungen die Inanspruchnahme reduzieren und damit kurzfristig Kosten dämpfen. Mittel- bis langfristig können allerdings Folgekosten entstehen, weil die Erkrankten in der Regel nicht zwischen medizinisch sinnvollen und nicht sinnvollen Maßnahmen unterscheiden können und die Inanspruchnahme in der Konsequenz auch für medizinisch sinnvolle Maßnahmen zurückgeht (RAND Health 2006). Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber sowohl aus einer gesundheitsökonomischen als auch aus einer gesundheitspolitischen Perspektive gut beraten, das vergleichsweise geringe Niveau von Selbstbeteiligungen in der GKV nicht spürbar auszuweiten.

Kostendämpfungspolitik setzt jedoch nicht nur auf der Nachfrage- sondern auch auf der Angebotsseite an. Das letzte zentrale Gesetz zur Kostendämpfung auf der Angebotsseite

TABELLE 3

Entlastungseffekte durch eine Reform der Beitragsfinanzierung

Maßnahmen	Entlastung Beitragssatz	Kumulierte Entlastung Beitragssatz
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-0,9	-0,9
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	-0,8	-1,8
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-1,5	-3,1

Quelle: Rothgang/Dornhoff 2017; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

war das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) aus dem Jahr 2011. Mit dem AMNOG hat der Gesetzgeber die freie Preisbildung der pharmazeutischen Industrie bei der Zulassung neuer Produkte massiv eingeschränkt und den Erstattungspreis an den nachgewiesenen Zusatznutzen gekoppelt. Die ebenfalls im AMNOG beschlossenen Rabattverträge üben bis heute massiven Preisdruck auf die Hersteller von Generika aus. Seitdem hat der Gesetzgeber in den vergangenen beiden Legislaturperioden auf Kostendämpfungsmaßnahmen auf der Angebotsseite – nicht nur in der Arzneimittelversorgung – weitgehend verzichtet und eher Leistungsausweitungen auf Kosten der Versichertengemeinschaft beschlossen.

Über die Ursachen dieses Paradigmenwechsels kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Ein Grund bestand sicher in der mit Ausnahme des Jahres 2020 vergleichsweise finanziell komfortablen Situation der GKV. Zudem war bis zum Beginn des Jahres 2019 der Druck auf den Gesetzgeber gering, weil Ausgabensteigerungen zulasten des ausschließlich von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrags beziehungsweise Zusatzbeitragssatzes finanziert werden konnten (*Gerlinger und Greß 2018*). Dies hat sich durch die Wiederherstellung der vollständigen Parität im Rahmen des GKV-VEG geändert. Seitdem haben auch die Arbeitgeber wieder ein klares Interesse an Ausgabenbeschränkungen. Insofern steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesetzgeber in der neuen Legislaturperiode auch die Ausgabenseite und damit die Leistungsanbieter stärker in den Blick nimmt. Das gilt insbesondere dann, wenn der Bund mit ergänzenden Bundeszuschüssen dauerhaft einen stabilen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz garantieren müsste. Dann entstünde die in der GKV historisch einmalige Situation, dass der Bund die finanziellen Auswirkungen seiner gesundheitspolitischen Reformvorhaben in Form steigender Bundeszuschüsse selbst tragen müsste.

6 Fazit

Die Zeit der Überschüsse in der GKV ist seit dem Jahr 2020 abgelaufen: Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schrumpft genauso wie die Rücklagen der Krankenkassen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann im Jahr 2021 nur durch einen ergänzenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss in Höhe von fünf Milliarden Euro und einen gesetzlich verordneten Vermögensabbau bei den Krankenkassen in Höhe von acht Milliarden Euro einigermaßen stabil gehalten werden. Ursächlich für diese Finanzierungslücke sind einerseits pandemiebedingte Einnahmerückgänge und andererseits Maßnahmen des Gesetzgebers in den letzten beiden Legislaturperioden. Diese Maßnahmen führen zu Einnahmenschwäche der GKV-Finanzierung. Auf der Ausgabenseite führen die Maßnahmen des Gesetzgebers zu Mehrausgaben vor allem in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Prognosen über die weitere Einnahmen- und Ausgabenentwicklung sind unsicher und vor allem vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängig. Für das Jahr 2022 ist aber ein mindestens so hohes Defizit wie im Jahr 2021 zu erwarten. Das Defizit dürfte in dem Bereich zwischen 13 und 19 Milliarden Euro liegen. Selbst bei günstigem Verlauf der Pandemie ist damit nicht mit einer substanziellen Verbesserung der Finanzlage der GKV zu rechnen. Das gilt auch für den Zeitraum nach 2022. Die bisher beschlossenen Maßnahmen des Gesetzgebers stabilisieren zwar kurzfristig den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Darüber hinaus wird die neue Bundesregierung in der Pflicht stehen, die Finanzlage der GKV zu konsolidieren. Eine weitere Erhöhung des Bundeszuschusses ist nicht alternativlos, zumal die Bindung an die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die erneute konjunkturbedingte Anpassung ad absurdum geführt wird. Bisher hat sich jedoch noch keine

Bundesregierung an Maßnahmen zur Überwindung der strukturellen Einnahmenschwäche gewagt. Auf der Ausgabenseite zeichnet sich eine Renaissance der Kostendämpfungspolitik ab, die allerdings politisch deutlich unpopulärer als die Ausgabengesetze der vergangenen beiden Legislaturperioden sein wird.

Literatur

Bach S, Beznoska M, Steiner V (2017): Wer trägt die Steuerlast? Verteilungswirkungen des deutschen Steuer- und Transfersystems. Study Nr. 347. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Bahnen L, Wild F (2021): Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV

Bundesamt für Soziale Sicherung (2020): Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2020 und 2021. Bonn: Bundesamt für Soziale Sicherung

Bundesrechnungshof (2020): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 88 Abs. 2 BHO. Teil 1: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die gesetzliche Krankenversicherung. Potsdam, den 13. November 2020; bundesrechnungshof.de → Suche: Finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesrechnungshof (2021): Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 88 Abs. 2 BHO. Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung. Potsdam, den 1. Februar 2021; bundesrechnungshof.de → Suche: Versicherungsfremde Leistungen der GKV

Deutscher Bundestag (2021 a): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.04.2021 zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversor-

gungsentwicklungsgesetz – GVWG), Ausschussdrucksache 19(14)311(28.1) vom 9. April 2021. Berlin

Deutscher Bundestag (2021 b): Änderungsantrag 20 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 19/26822, Ausschussdrucksache 19(14)320.1 vom 2. Juni 2021. Berlin

Gerlinger T, Greß S (2018): Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV. Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall. Soziale Sicherheit, Jg. 67, Extra Januar 2018, 10–21

Greß S (2019): Finanzierung der Gesundheitsversorgung. In: Haring R (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 749–760

Greß S, Bieback KJ (2014): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst, Jg. 67, Heft 7, 6–9

Greß S, Jesberger C (2021): SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ökonomische Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem. Public Health Forum, Jg. 29, Heft 1, 5–7

Jacobs K (2020): Beitrag oder Steuer. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 23, Heft 10, 21–25

RAND Health (2006): The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. Santa Monica: RAND

Reiners H (2020): „Sozialgarantie“ als Perspektive? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 49–51

Rothgang H, Domhoff D (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Die Linke und der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Bremen: Universität Bremen

Senf K (2019): Kassensturz bei Schwarz-Rot. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 22, Heft 9, 29–33

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Juni 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, studierte Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss war er als Berater für Krankenversicherungen tätig und promovierte an der Universität Bremen. Ab 2001 folgten Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 ist Greß Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda und seit 2016 außerdem Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Seine Forschungs- und Publikationsschwerpunkte sind Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, internationaler Gesundheitssystemvergleich und Gesundheitspolitik.



Christian Jesberger,

Jahrgang 1982, studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Freiburg und Mannheim (Diplom-Volkswirt). Anschließend war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Mannheim, Abteilung Volkswirtschaftslehre, sowie Dozent an verschiedenen Universitäten, unter anderem für Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung und Wirtschaftspolitik. Seit Juli 2019 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent im Studiengang Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Hochschule Fulda.

Kooperation von Chirurgen und Geriatern senkt die Mortalität alter Patienten nach Hüftfraktur

von Anja Debrodt*

Die Vereinten Nationen haben den Zeitraum 2021 bis 2030 zur Dekade des gesunden Alterns erklärt. Körperliche und psychische Einschränkungen können das subjektive Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und die Autonomie im Alter stark beeinträchtigen. Die wachsende Zahl alter und hochbetagter Menschen in Deutschland bedarf einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse.

1 Was ist das Problem?

Die Hüftfraktur ist eine typische, immer häufiger auftretende altersassoziierte Erkrankung mit hoher Mortalität. Der Grund sind oft Stürze bei einer bestehenden Osteoporose und einer damit einhergehenden Fragilität der Knochen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Rahmen der Qualitätssicherung Ende 2019 beschlossen, dass Patienten mit einer hüftgelenknahen Oberschenkelfraktur und positivem geriatrischen Screening nicht nur chirurgisch, sondern auch geriatrisch versorgt werden sollen.

2 Wie wurde untersucht?

Ob sich ein multiprofessioneller Ansatz auf die Sterblichkeit auswirkt, war Gegenstand einer Beobachtungsstudie auf Grundlage der Daten von 58.001 AOK-Versicherten im Alter von ≥ 80 Jahren, die zwischen dem 1. Januar 2014 und dem 31. März 2016 aufgrund einer Femurfraktur (ICD10: S72) in Deutschland stationär aufgenommen wurden. Krankenhäuser mit weniger als 80 Hüftfraktur-Patienten pro Jahr wurden ausgeschlossen. In die Analyse flossen Patientendaten aus 828 deutschen Kliniken ein, von denen 441 über ein orthogeriatrisches Co-Management ver-

fügten. In diesen Kliniken wurden mehr als 60 Prozent der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten behandelt. Patienten in Häusern mit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS-550) bildeten die Interventions-, die in Kliniken ohne diese Versorgungsform die Kontrollgruppe.

3 Was ist herausgekommen?

Die adjustierte 30-Tages-Mortalität fiel bei Patienten aus Kliniken mit orthogeriatrischem Co-Management um 22 Prozent geringer aus als in Häusern ohne diese Form der Mitbehandlung. Das galt sowohl für Männer als auch für Frauen, in unterschiedlichen Altersgruppen und auch bei Berücksichtigung der Pflegestufe. Die Dauer des stationären Aufenthalts betrug in Häusern mit orthogeriatrischem Co-Management durchschnittlich 19,8 Tage, in den anderen 14,4 Tage.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Größe des Datensatzes ist eine Stärke dieser Studie. Unklar ist, ob alle Patienten in Kliniken mit orthogeriatrischem Co-Management tatsächlich multiprofessionell behandelt wurden. Eine entsprechende

Kodierung fand sich nur bei 44 Prozent dieser Patienten. Die Beobachtungsstudie auf Basis von Sekundärdaten berücksichtigte zwar einige wichtige Störgrößen, etwa das Vorliegen einer Pflegestufe, Alter und Geschlecht. Für den soziökonomischen Faktor, Gebrechlichkeit und Demenz als wichtige Einflussvariablen wurde aber nicht adjustiert. Weitere randomisiert-kontrollierte Studien sollten sich anschließen, um den Einfluss der geriatrischen Mitbehandlung auf die Sterblichkeit auf einem höheren Evidenzniveau zu untersuchen. Daneben sollte den Bemühungen um die Prävention von Frakturereignissen durch Sturzprophylaxe, Förderung der Beweglichkeit und des Muskelaufbaus, gesunde Ernährung, eine regelmäßige Kontrolle des Medikationsplans hinsichtlich des Risikonutzen-Potenzials, aber auch um eine leitliniengerechte Behandlung der Osteoporose ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.

Quelle: Rapp K et al.: Assoziation von orthogeriatrischem Co-Management und Sterblichkeit nach Hüftfraktur. Eine Beobachtungsstudie mit 58.000 Patienten aus 828 Krankenhäusern. Dtsch Arztebl Int 2020;117: 53–9

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Diese Untersuchung zeigt erneut, wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit von spezialisierten Fachgruppen ist, gerade in Bezug auf unsere demografische Entwicklung. Zu den Herausforderungen gehört vor allem die Überprüfung der Medikation, die in ihrer Vielfalt und ihrem Ausmaß an eingenommenen Präparaten immer Chance und auch Risiko ist. Hier können Unfallchirurgie und Geriatrie (sowie weitere Fachgebiete) sinnvoll eng zusammenarbeiten, um Blutungsrisiko, postoperatives Delir, unerwünschte Wechselwirkungen, Stürze durch Somnolenz oder Bettlägerigkeit durch nicht adäquat behandelte Schmerzen zu vermeiden und dadurch sekundäre Komplikationen wie Pneumonien und Thrombosen zu reduzieren.

Dr. Christian Sturm,
Leitender Oberarzt an der
Klinik für Rehabilitationsmedizin
der Medizinischen
Hochschule Hannover



KÖPFE

Prof. Dr. Markus M. Lerch ist neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Nach dem Medizinstudium in Freiburg, Glasgow, Toronto und Massachusetts/USA sowie Stationen in Aachen, Harvard und Mailand war Lerch Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin der Universität Ulm. Seit 1997 lehrte er zunächst an der Universität Münster und ab 2003 in Greifswald. Seit Januar 2021 ist der Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie und Intensivmedizin Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Prof. Dr. Oya Beyan bekleidet die neu geschaffene Professur für Medizininformatik an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Beyan promovierte 2010 an der Technischen Universität des Nahen Ostens in Ankara/Türkei im Bereich Gesundheitsinformatik. Nach Stationen an den Universitäten Galway/Irland und

Aachen war die Soziologin und Informatikerin zuletzt Gruppenleiterin und stellvertretende Abteilungsleiterin am Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnologie (FIT).

Die SRH Hochschule für Gesundheit University of Applied Science hat **Dr. Kai Kolpatzik** die Professorenwürde verliehen. Nach dem Medizinstudium arbeitete Kolpatzik an Kliniken in Freiburg und am Bodensee. Weitere Studien an der Universität Bielefeld schloss er als Master of Public Health sowie European Master of Public Health ab. Nach einer Station bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf wechselte der Gesundheitswissenschaftler 2004 zum AOK-Bundesverband, wo er seit 2009 die Abteilung für Prävention leitet.

Prof. Dr. Oliver Rudolf Herber hat den neuen Lehrstuhl für Community Health Nursing im Department für Pflegewissenschaft der Univer-

sität Witten/Herdecke inne. Im Anschluss an eine Krankenpflegeausbildung in Wiesbaden erwarb Herber den Master of Community Health an der Liverpool School for Tropical Medicine. Nach einem Promotionsstudium der Pflegewissenschaften in Witten/Herdecke und einer Postdoc-Zeit in Dundee/Schottland forschte er seit 2013 an der Universität Düsseldorf.

Prof. Dr. Andreas Neu hat **Prof. Dr. Monika Kellerer** an der Spitze der Deutschen Diabetes Gesellschaft abgelöst. Neu studierte Medizin, absolvierte die Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und erwarb die Zusatzbezeichnung „Kinderendokrinologie, Kinderdiabetologie“. Als Kommissarischer Ärztlicher Direktor der Abteilung für Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie an der Kinderklinik des Universitätsklinikums Tübingen leitet Neu die dortige Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
33. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)	Interdisziplinäre Altersforschung, Neurogeriatrie, Alterstraumatologie, Stürze, Kognition	2.–4.9.2021, online	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. Kuniberts kloster 11–13 50668 Köln	geriatrie-kongress.de > Online-Teilnahme > Anmeldung Online-Teilnahme E-Mail: dgg2021@aey-congresse.de Telefon: 030 29006594
13. Deutscher Suchtkongress (DSK)	Somatische und psychische Komorbidität von Suchterkrankungen, neue Suchtphänomene	13.–15.9.2021, online	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., Postfach 1453, 59004 Hamm	deutschersuchtkongress.de > Registrierung E-Mail: sucht2021@cpo-hanser.de Telefon: 030 3006690
12th European Congress of Tropical Medicine and International Health	Migration, Klima und Gesundheit, infektiöse Erkrankungen, Prävention, Ernährung	28.9.–1.10.2021, online	Centre for International Health University of Bergen Postbox 7804 N-5020 Bergen/Norwegen	ectmih2021.no > Registration E-Mail: ectmih2021@uib.no
Deutscher Pfl egetag	Zukunft des Pflegeberufs, Pflege und Armut, Diskriminierung und Rassismus, Klimawandel	13.–14.10.2021, Hybrid-Kongress: Berlin und online	DPSG Deutscher Pfl egetag Servicegesellschaft mbH Mohrenstraße 34 10117 Berlin	deutscher-pfl egetag.de > Anmeldung E-Mail: info@deutscher-pfl egetag.de Telefon: 030 20671140
16. Fachkongress der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management	Sozialraumorientierung und Case Management, Unterstützungsformen im Quartier	22.–23.10.2021, Freiburg (oder ersatzweise online)	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e. V., Geschäftsstelle, Postfach 1705, 55007 Mainz	dgcc.de/anmeldung-zu-jahreskongress-und-fachtagung-2021 E-Mail: bufetova@dgcc.de Telefon: 01522 8682280
World Health Summit	Impfungen, Global Health und die EU, Lehren aus der Corona-Pandemie, Health for all	24.–26.10.2021, Berlin und online	WHS Foundation GmbH c/o Charité – Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin	Informationen unter worldhealthsummit.org E-Mail: contact@worldhealthsummit.org

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

21-0390

GGW Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
 Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
 E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de