

Gesundheits- und Sozialpolitik

GUS.nomos.de

4-5 | 2024

78. Jahrgang
Seiten 1–60

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

Herausgegeben von

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Dr. Bernadette Klapper
Franz Knieps

80 Jahre und kein bisschen leise

Aus dem Inhalt

- 5 Wir müssen die Innovationskraft unseres
überregulierten Gesundheitswesens entfesseln –
Plädoyer für einen Politikwechsel
Gerald Gass
- 8 Von Antinomien der Ökonomie und dem Privaten
im Gesundheitswesen
Bernhard Gibis
- 11 Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt –
dringlicher denn je!
Christopher Hermann, Klaus Jacobs
- 17 Die ökonomische Vernunft der Solidarität –
und was daraus wurde
Anne-Kathrin Klemm
- 20 Gesetzgebung auf dem Flur – Gedankensplitter
und Erinnerungen
Franz Knieps
- 23 Das Risiko Pflegebedürftigkeit – Prävention ein
Lösungsansatz?
Adelheid Kuhlmei
- 28 Psychische Störungen: Gesundheitsökonomische
Eckdaten und Dunkelfelder
Joseph Kuhn
- 42 Wie geht es weiter mit der Selbstverwaltung? –
Eine Chronik der vergangenen zwei Jahre
Robert Paquet
- 54 Die Krankenhausreform – Aufbruch in ein neues Kapitel
unseres Gesundheitswesens
Michael Weller



Nomos

Nomos
eLibrary

Gesundheits- und Sozialpolitik

GUS.nomos.de

4-5 | 2024

78. Jahrgang

Seiten 1–60

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

BEIRAT: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, Dr. Christopher Hermann, ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Dr. Johanna Hornung, Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern, Prof. Dr. med. David Klempner, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Prof. Dr. Alexandra Manzei-Gorsky, Universität Augsburg, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Universität Köln, Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster, Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München (TUM), Maïke Voss, Centre for Planetary Health Policy, Berlin, Prof. Dr. Sascha Wolf, Hochschule Pforzheim

HERAUSGEBER: Prof. Dr. Volker E. Amelung, Dr. Bernadette Klapper, Franz Knieps

REDAKTEUR: Stefan B. Lummer (ViSdP) und Ulrike Ertmann

EDITORIAL 3

THEMA

Wir müssen die Innovationskraft unseres überregulierten Gesundheitswesens entfesseln – Plädoyer für einen Politikwechsel

Gerald Gass 5

Von Antinomien der Ökonomie und dem Privaten im Gesundheitswesen

Bernhard Gibis 8

Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt – dringlicher denn je!

Christopher Hermann, Klaus Jacobs 11

Die ökonomische Vernunft der Solidarität – und was daraus wurde

Anne-Kathrin Klemm 17

Gesetzgebung auf dem Flur – Gedankensplitter und Erinnerungen

Franz Knieps 20

Das Risiko Pflegebedürftigkeit – Prävention ein Lösungsansatz?

Adelheid Kuhlmeiy 23

Psychische Störungen: Gesundheitsökonomische Eckdaten und Dunkelfelder

Joseph Kuhn 28

Antimikrobielle Resistenzen – Eine globale Herausforderung

Ralph Lägél, Corinna Heineke, Katrin Würfel, Gabriela Gilles 35

Wie geht es weiter mit der Selbstverwaltung? – Eine Chronik der vergangenen zwei Jahre

Robert Paquet 42

Krankenhausreform und Unterversorgung – eine drohende Zuspitzung

Matthias Schrappe 49

Die Krankenhausreform – Aufbruch in ein neues Kapitel unseres Gesundheitswesens

Michael Weller 54

Wir müssen die Innovationskraft unseres überregulierten Gesundheitswesens entfesseln – Plädoyer für einen Politikwechsel

Seite 5

Während die gesamten Jahrgänge der Baby-Boomer bis zum Jahr 2040 erheblich mehr Versorgung im Krankenhaus und Pflegeheim benötigen, werden nie mehr so viele Menschen im deutschen Gesundheitswesen arbeiten wie heute. Dr. Gerald Gass, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, skizziert das erforderliche neue Denken und plädiert für einen entschlossenen Politikwechsel.

Einheitlicher Krankenversicherungsmarkt – dringlicher denn je!

Seite 11

Den strukturellen Stillstand der Gesundheits- und Pflegepolitik in Deutschland zementieren in hohem Maße politische Mythen. Zwei Urgesteine des deutschen Gesundheitswesens betrachten das besonders mythenbeladene duale System der sozialen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung: Dr. Christopher Hermann, dem zehn Jahre im NRW-Ministerium die Aufsicht über Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen oblag und der zuletzt bis Ende 2019 Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg war und Prof. Dr. Klaus Jacobs, bis Februar 2023 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, legen der neugewählten Bundesregierung nahe, das Thema der gesetzlichen oder privaten Versicherung nun endlich entschlossen anpacken. Es geht um das Versprechen der Finanzierung einer Gesellschaft des langen Lebens.

Das Risiko Pflegebedürftigkeit – Prävention ein Lösungsansatz?

Seite 23

Strategische Überlegungen zur Gestaltung von Prävention im Alter. Das Gesundheits- und Pflegesystem ist in Deutschland nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Die Gerontologin und Medizinsoziologin Univ.-Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy, bis 2024 Wissenschaftliche Direktorin des CharitéCentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften, ehemalige Prodekanin für Studium und Lehre an der Charité und seit Juli 2024 Gründungsvorstand Wissenschaft der Universitätsmedizin Lausitz – Carl Thiem beschreibt den für eine Weiterentwicklung nötigen Paradigmenwechsel: Hin zu einer Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen altwerdender Menschen.

Psychische Störungen: Gesundheitsökonomische Eckdaten und Dunkelfelder

Seite 28

Der Gesetzentwurf der gescheiterten Ampel-Koalition zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit hat für die gesamte kontinuierliche systematische Beobachtung, Analyse, Interpretation und Berichterstattung von Gesundheitsdaten nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich der psychischen Störungen 750.000 Euro jährlich vorgesehen. 100 Meter Autobahnbau kosten mehr. Gesundheitswissenschaftler Dr., Dipl.-Psych. Joseph Kuhn diskutiert dieses Missverhältnis und erörtert Entwicklungspotentiale der Behandlung psychischer Störungen mit Blick auf die von Hartmut Reiners geprägte „ökonomische Vernunft der Solidarität“ für die sozialstaatliche Organisation der Versorgung.

Die Krankenhausreform – Aufbruch in ein neues Kapitel unseres Gesundheitswesens

Seite 54

Die Krankenhausreform ist für Michael Weller, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit, die wesentliche Herausforderung bei der Gestaltung von Versorgung in Deutschland. Allerdings müssen für diesen geplanten Umbruch die Gesetze zur ambulanten Versorgung, zur Notfallreform und auch das Gesundes-Herz-Gesetz klug mit der längst überfälligen Neugestaltung der Krankenhauslandschaft „und der Reform der Vergütungsstrukturen verzahnt werden. Weller beschreibt die Krankenhausreform als lernendes System, das neue Grundlagen für Finanzierung, Krankenhausstrukturen, Qualität, eine sektorübergreifende und integrierte Versorgung sowie für mehr ambulante Versorgung schafft.

Sozialpolitische Funktionen der Verbraucherpolitik



Verbrauchersozialpolitik

Über sozialpolitische Funktionen der Verbraucherpolitik und vergleichbare Vermischungen

Herausgegeben von Prof. Dr. Kai-Uwe Hellmann

2024, 275 S., brosch., 69,- €

ISBN 978-3-7560-0821-6

E-Book 978-3-7489-1575-1

(Verbraucherforschung, Bd. 9)

Verbraucherpolitik stellt ein sehr kleines Politikfeld dar und spielt in Deutschland eine eher untergeordnete Rolle, sowohl was Einflußmöglichkeiten, Institutionalisierungsgrad, Stellenzahl oder Budgetvolumen betrifft. Dabei übernimmt Verbraucherpolitik immer wieder Aufgabenstellungen, die im Grunde sozialpolitische Funktionen wahrnehmen, vor allem in Krisenzeiten wie heute. Damit schließt Verbraucherpolitik dem Anschein aber zum größten Politikfeld auf, der Sozialpolitik. Der Tagungsband geht der Frage auf den Grund, inwieweit Verbraucherpolitik solche sozialpolitischen Funktionen erfüllt, was das für die strategische Stellung der

Verbraucherpolitik bedeuten könnte, und ob es ggf. noch weitere vergleichbare Vermischungen zwischen Verbraucherpolitik und anderen Politikfeldern in Deutschland gibt.

Mit Beiträgen von

Christian Bala | Rolf Heinze | Kai-Uwe Hellmann | Miriam Jaquemoth | Jörn Lamla | Olaf Langner | Kathrin Loer | Frank Nullmeier | Michael-Burkhard Piorkowsky | Günther Rosenberger | Jürgen Schupp | Christoph Strünck



80 Jahre und kein bisschen leise

Eine politische Zeitschrift lebt von der Neugier und der Kreativität ihrer Autorinnen und Autoren. Dies gilt erst recht, wenn das Produkt mehr an der Relevanz für die Ausgestaltung der Politik als an sogenannten Impact-Punkten für junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ausgerichtet ist. Gesundheits- und Sozialpolitik ist deshalb in besonderem Maß auf die langwierige Zusammenarbeit mit Skribenten angewiesen, die wissenschaftliche Grundierung, politisches Verständnis und pragmatische Lösungsorientierung miteinander verweben. Ein Paradebeispiel für eine solche Kooperation ist der Berliner Gesundheitsökonom Hartmut Reiners, der am 9. Februar 80 Jahre alt geworden ist. Aus diesem Anlass ist das vorliegende Heft diesem treuen Autor gewidmet, der das Profil unserer Zeitschrift wie kein Zweiter geprägt hat. Sein gelungenes Leben ist es wert, einige Zeilen zum beruflichen und persönlichen Werdegang zu verlieren.

Hartmut Reiners wurde kurz vor Kriegsende in Osnabrück geboren und erlebte eine karge, aber nicht unglückliche Kindheit dort und später in Wilhelmshaven. Nach dem Abitur studierte er in Münster und an der Freien Universität Berlin Volkswirtschaftslehre, als dieser Zweig der ökonomischen Wissenschaften noch nicht dem Diktat der Neoklassik und im Griff des Modellplatonismus der Mikroökonomien gefangen war. Er kam früh mit der Geschichte der sozialen Ideen und speziell mit den Werken von Karl Marx und Friedrich Engels in Berührung, ohne dem Sektierertum der K-Gruppen in den wilden sechziger Jahren zu verfallen. Besonders beeindruckt hat ihn in Berlin der Geldpolitiker und Wirtschaftshistoriker Hajo Riese. Schließlich beeinflusste ihn die Marburger Schule um den Juristen Wolfgang Abendroth und den Ökonomen und Soziologen Werner Hofmann, dessen Ideengeschichte der sozialen Bewegung jede Leseempfehlung von Hartmut Reiners schmückte.

Leider war Hartmut Reiners eine akademische Karriere aus diversen Gründen nicht vergönnt, aber für die Gesundheitspolitik und für das Gesundheitssystem war es besser so. Das West-Berlin der siebziger Jahre war politisch und intellektuell ausgelaugt. Hartmut Reiners kehrte in die alte Bundesrepublik zurück und ließ sich im Ruhrgebiet nieder, das ihn aus sozialen, ökonomischen und kulturellen Gründen faszinierte. Er wurde wissenschaftlicher Mitarbeiter bei einem Institut im Umfeld der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Von der Ideengeschichte des Sozialen war es ein kurzer Weg zu den praktischen Fragen der Selbstverwaltung in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Hartmut Reiners fiel dem legendären Abteilungsleiter für Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand Alfred Schmidt auf. Der lotste ihn

zum Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Bonn. Dort verfasste er seine erste große, Aufmerksamkeit erregende Publikation zur „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“, die bis heute ihresgleichen sucht. Ich bin persönlich stolz darauf, dass ich Hartmut gleich in der ersten Woche meiner Tätigkeit beim AOK-Bundesverband kennenlernen durfte, als erster das Manuskript der Ordnungspolitik zu lesen bekam und den Beginn einer lebenslangen produktiven Freundschaft erleben konnte. Gleichzeitig war der Wissenschaftler Reiners in den Fokus der Politik geraten. Im Umfeld der Blümschen Gesundheitsreform richtete der Deutsche Bundestag eine Enquetekommission „Strukturreform der GKV“ ein und Hartmut Reiners wurde sachverständiges Mitglied dieser Kommission. Seine Expertise speziell auf dem Gebiet der Finanzierung sollte nicht nur in den Berichten der Kommission Niederschlag finden, sondern auch wesentlich zum historischen Kompromiss von Lahnstein für eine epochale Gesundheitsreform mit Einführung der Kassenwahlfreiheit und eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs beitragen. Später nutzte er ein kurzes Sabbatical, um am Wissenschaftszentrum Berlin dem „Hauch von Sozialgeschichte“ in dieser spannenden Reformphase mit Rudolf Dressler und Horst Seehofer nachzuspüren.

Da war Hartmut Reiners längst näher an die Schaltstellen der politischen Gestaltung in einem föderalen System gerückt und von Bonn nach Düsseldorf als Leiter des gesundheitspolitischen Grundsatzreferats im nordrhein-westfälischen MAGS (Ministerium für Gesundheit und Sozialpolitik) gewechselt. Nur folgerichtig war auch der nächste berufliche Schritt, der ihn vom Rhein an die Havel und zur „Mutter Courage des Ostens“ Regine Hildebrandt führte. Reiners übernahm in der Brandenburgischen Landesregierung eine ähnliche Position, wie er sie in NRW innehatte. Hier erlebte er hautnah die „schönste Nacht“ von Horst Seehofer und Ulla Schmidt und kam den „Mythen der Gesundheitspolitik“ auf die Spur. Die Mythen erlebten mehrere Auflagen und sind damit Reiners erfolgreichstes Buchprojekt. Sie sind von Ironie durchtränkt und zeigen beispielhaft ideologisch bedingte Verzerrungen bei der Analyse von (Fehl-) Entwicklungen im Gesundheitssystem auf.

Die Tätigkeit in Potsdam umfasste auch die Beziehungen zwischen dem Bund und den Ländern und führte zu fruchtbaren Kontakten auf der Fachebene mit vielen Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe von Gesundheits- und Sozialpolitik. Allen ist gemein, dass sie nur im konstruktiven Zusammenwirken der verschiedenen Akteure von Politik und Selbstverwaltung die Hebel zur Veränderung im komplexen und verkrusteten Gesundheitswesen verorten, wie es Hartmut Reiners gemeinsam mit dem Verfasser in dem Grundlagenwerk zu „Gesundheitsreformen“ hervorgehoben hat. Da hatte er längst seine berufliche Arbeitslast im Rahmen der vorgezogenen Altersteilzeit reduziert, um mehr Raum für seine politische Publizistik zu gewinnen. Diese setzt sich kritisch mit der neoliberalen Kritik am Sozialstaat auseinander und betont „Die ökonomische Vernunft der Solidarität“. Die Wandlung des Gesundheits- und Sozialsystems vom sozialen Umverteilungssystem hin zum wesentlichen Pfeiler der öffentlichen Daseinsvorsorge findet ebenso sein Interesse wie die Kraft der sozialen Ideen in der aktuellen Debatte. Auch die Frage nach der Wirksamkeit ordnungspolitischer Steuerungsversuche über staatliche Administration, Korporatismus und

Kollektivverträge sowie Markt und Wettbewerb hat für ihn nichts an Aktualität eingebüßt.

Hartmut Reiners war, ist und bleibt ein gefragter Ratgeber für Politik, Akteure und Öffentlichkeit. Seine didaktischen Fähigkeiten beeindrucken Journalisten, Selbstverwalter und Studierende. Er ist ein geachteter Erklärer des wichtigen Feldes Gesundheits- und Sozialpolitik in seriösen Medien und in den Hochschulen dieses Landes. Er ergreift das Wort, speziell im Magazin MAKROSKOP – dem Forum für keynesianische Wirtschaftspolitik – und eben in dieser Zeitschrift, wann immer sich politische Fehlentwicklungen abzeichnen. Er bleibt dabei immer norddeutsch gelassen und pragmatisch am Machbaren orientiert.

Auch wenn Hartmut Reiners nach dem Ausscheiden aus dem Bewertungsausschuss von Krankenkassen und Vertragsärzten kein offizielles Amt mehr innehat, behält sein Wort Gewicht. Seine Mitstreiterinnen und Mitstreiter, speziell die, die sich in dieser Ausgabe von Gesundheits- und Sozialpolitik mit den

Anliegen des Jubilars auseinandergesetzt haben, Herausgeber sowie Autorinnen und Autoren unserer traditionsreichen Zeitschrift freuen sich auf die nächsten Beiträge von Hartmut Reiners.

Zum Schluss bleibt noch anzumerken, dass Hartmut Reiners kein nerdiger Fachidiot ist. Seine literarische Neugier und vor allem sein umfassendes Wissen über das unendliche Spektrum der Musik von Klassik über Jazz und Blues bis hin zu Rock sind mehr als beeindruckend. Vor allem führen sie zu gemeinsamen Konzerterlebnissen, von denen viele der hier Genannten berichten können. Seine Leidenschaft für Fußball und seine Begeisterung für großes Kino sind ansteckend. Wir alle gratulieren Hartmut Reiners herzlich zum runden Geburtstag und wünschen ihm und uns noch viele Gelegenheiten, denjenigen in die Parade zu fahren, die den Sozialstaat für übergriffig oder gar überflüssig halten.

Franz Knieps

Wir müssen die Innovationskraft unseres überregulierten Gesundheitswesens entfesseln – Plädoyer für einen Politikwechsel

DR. GERALD GAß

Vorstandsvorsitzender der
Deutschen Krankenhausge-
sellschaft, Berlin

In den kommenden 15 Jahren bis zum Jahr 2040 wird sich unsere Gesellschaft deutlich verändern. Die demographische Herausforderung wird ihren Höhepunkt erreicht haben. Der geburtenstärkste Jahrgang seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland, die 1964 Geborenen, werden 76 Jahre alt und damit voraussichtlich schon über zehn Jahre im Ruhestand sein. Die gesamten Jahrgänge der Baby Boomer sind dann in einem Alter, in dem sie nicht nur dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen, sondern gleichzeitig auch ein Alter erreicht haben, in dem die Menschen üblicherweise mehr Gesundheitsleistungen als in der zurückliegenden Zeit ihres Lebens in Anspruch nehmen müssen.

Wir müssen neu denken, denn wir werden mit weniger Beschäftigten eine deutlich größere Krankheitslast zu bewältigen haben. Es werden nie wieder so viele Menschen im deutschen Gesundheitswesen arbeiten wie heute. Der Versorgungsbedarf, den wir zukünftig zu bewältigen haben, wächst aber gleichzeitig enorm an. Es gibt heute fast doppelt so viele Sechzig- wie Zwanzigjährige. Gleichzeitig wissen wir: Die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit von Menschen über 80 Jahren liegt um das 2,5fache höher als bei Menschen um die 60 Jahre. Selbst, wenn es gelänge, 20 Prozent der heute vollstationären Fälle ambulant zu versorgen, hätten wir in 20 Jahren wegen der demographischen Entwicklung einen mindestens vergleichbaren akutstationären Versorgungsbedarf wie heute. Blickt man allein auf die statistischen Daten,

könnte man in Pessimismus und Resignation verfallen angesichts der Dimension der Herausforderung, die auf das Gesundheitswesen und damit auch auf die Krankenhäuser zukommt.

Aber Pessimismus und Resignation sind keine Antworten auf diese Herausforderung. Blickt man auf unser heutiges Versorgungssystem, so wird man leicht erhebliche bisher ungenutzte Potenziale erkennen, die eine optimistischere Sicht auf die mögliche Bewältigung der demographischen Herausforderung bieten. Wir haben die Chance, die Effizienz unseres Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung zu steigern, auch in den Krankenhäusern. Wir können, wenn uns das gelingt, mit weniger Personal mehr Gesundheitsversorgung schaffen. Diese Effizienzsteigerung wird auch keine negativen Auswirkungen auf die

Qualität der Versorgung haben, wenn die Prozesse gut geplant und digital unterstützt neu aufgestellt werden. Es gibt viele internationale Beispiele, die zeigen, dass uns die Gesundheitssysteme und die Krankenhausversorgung anderer Länder mehrere Schritte voraus sind. Von diesen positiven Beispielen können wir lernen, ohne der Versuchung zu erliegen, sie einfach kopieren zu wollen.

Chancen und Potentiale nutzen

Wir müssen die Chancen und Potentiale nutzen, die auf dem Tisch liegen.

1. Die Krankheitslast muss mit der älter werdenden Bevölkerung nicht linear steigen. Wir müssen konsequent die Potenziale intelligenter Präventionsstrategien nutzen. Dazu brauchen wir keine Schrotschusskampagnen, sondern gezielte zielgruppenspezifische Strategien, basierend auf unseren Gesundheitsdaten und mit der Unterstützung künstlicher Intelligenz.
2. Wir müssen Über- und Fehlversorgung beenden. Dafür brauchen wir eine gezielte, auch digital unterstützte Patientensteuerung, um die Versorgung so frühzeitig wie möglich am richtigen Punkt anzulegen.
3. Wir müssen unsere Versorgungsstrukturen an die knappen Ressourcen anpassen. Das bedeutet im Ergebnis auch weniger Krankenhausstandorte und weniger vollstationäre Kapazitäten, aber gleichzeitig mehr ambulante Versorgung an den Krankenhäusern. Wir werden uns im ambulanten Bereich die doppelte Facharztschiene in ihrer bisherigen Breite nicht mehr dauerhaft leisten können. Spezialfachärztliche ambulante Versorgung gehört – wie international üblich – an die Krankenhäuser. Die ambulante Medizin muss viel stärker durch Allgemeinmediziner und auch nicht-medizinische Gesundheitsfachberufe geprägt sein, denen gleichzeitig mehr Versorgungsverantwortung übertragen wird.
4. Wir müssen alle sich bietenden Chancen nutzen und in personalisierende Prozesse und Infrastruktur investieren. Dazu bedarf es weitreichender Anstrengungen, die deutlich über das bisherige Investitionsvolumen hinausgehen.

5. Wir müssen wieder Innovationsräume schaffen und uns von der Idee einer durchregulierten Versorgungslandschaft verabschieden. Effizienz entsteht durch Innovation infolge von agilem, unternehmerischem Handeln und kreativer Problemlösung. Der seit Jahren beschrittene Weg in kleinteilig regulierte Versorgungslösungen verhindert Innovation und Kreativität.

Agilität fördern, Ergebnisqualität in den Mittelpunkt stellen

Die gewaltige Herausforderung, mit deutlich weniger Menschen einen wachsenden Versorgungsbedarf abzudecken, lösen wir ganz sicher nicht durch zentrale dirigistische Vorgaben, die kleinteilig den gesamten Personaleinsatz im Krankenhaus unter dem Vorwand guter Qualität bestimmen. Wir brauchen Innovations- und Gestaltungsspielraum für die Unternehmen und deren Führungskräfte. Wir müssen Kreativität nicht nur zulassen, wir müssen die Innovationskraft unseres überregulierten Gesundheitswesens entfesseln. Die Politik muss den Mut haben, grundsätzlich neu zu denken. Agile, kreative Gesundheitsunternehmen werden die Herausforderungen besser meistern als Gesundheitsversorger, in denen verwaltet, aber nicht mehr gestaltet wird. Agile Unternehmen brauchen Handlungsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten. Weitgehende und kleinteilige Festlegungen im Bereich der Struktur- und Prozessanforderungen machen derartige Gestaltungsmöglichkeiten zunichte. Die Anstrengungen der Qualitätssicherung müssen deshalb zukünftig sehr viel stärker an der Ergebnisqualität ausgerichtet werden. Ergebnisqualität bedeutet in diesem Zusammenhang nicht grundsätzlich ausschließlich Behandlungsergebnisse am einzelnen Patienten risikoadjustiert darzulegen, sondern kann sich auch auf die Ergebnisse von Prozessen beziehen, so zum Beispiel optimale Arzneimitteltherapiesicherheit oder vergleichbare Aspekte. Ein eindrucksvolles Beispiel für die Agilität der Krankenhäuser zum Nutzen der Patienten war die Coronapandemie. In dieser Phase wurde in einem flexiblen Handlungsrahmen Hervorragendes für die Patienten geleistet.

Flexibler Personaleinsatz angesichts knapper werdender Fachkräfte

Wir müssen den Weg starrer Personalvorgaben dringend verlassen, wenn wir zukünftig auch nur annähernd die notwendigen Kapazitäten zur Behandlung der älter werdenden Bevölkerung aufrechterhalten wollen. Beispielhaft seien hier das Pflegebudget und die Pflegepersonaluntergrenzen erwähnt. Das Pflegebudget setzt einen quasi unbeschränkten Anreiz, zusätzliche Pflegekräfte zu akquirieren und ihnen eine Vielzahl an Aufgaben zu übertragen, die auch in gleicher Qualität von anderen Berufsgruppen mit zum Teil auch niedrigeren Qualifikationsgraden erfüllt werden können. Das Pflegebudget belohnt nicht die Krankenhäuser, die durch pflegeentlastende Maßnahmen und intelligente Behandlungsprozesse die Inanspruchnahme der Pflege auf das notwendige Maß reduzieren, sondern es begünstigt einen Ressourceneinsatz der im Zweifelsfall auch jenseits jeglicher Effizienz geplant und realisiert wird. Gleichzeitig wirken die Pflegepersonal-

Wir haben die Chance, die Effizienz unseres Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung zu steigern, auch in den Krankenhäusern.

untergrenzen an den Standorten extrem kapazitätsbeschränkend, die aufgrund der Knappheit der Pflegefachpersonen am Arbeitsmarkt keine Chance haben, diese Berufsgruppe ausreichend zu rekrutieren oder zu qualifizieren. Pflegepersonaluntergrenzen stellen eine starre rote Linie für die Patientenversorgung dar und schließen damit eine mögliche Delegation und Substitution von pflegerischen Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen oder auch in Richtung pflegeentlastender Maßnahmen aus.

Es ist für die Zufriedenheit der Fachkräfte von höchster Wichtigkeit, dass sie auf die Bedürfnisse ihrer Patienten reagieren können. Wegen starrer Regelungen dort eingesetzt werden zu müssen wo kein Bedarf ist, obwohl man in anderen Bereichen des Krankenhauses gebraucht würde, ist mit einem effizienten, agilen

und attraktiven Beschäftigungsumfeld nicht vereinbar.

Neue Kompetenzen und Verantwortlichkeiten

Die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Krankenhaustypen wird sich nicht nur im Bereich der Patientenversorgung ganz anders darstellen, sondern auch im Hinblick auf die gemeinsame Aus- und Fortbildung ihrer Fachkräfte im Bereich Medizin, Gesundheitsfachberufe und Pflege. Auch die Zusammenarbeit in der Ausbildung wird eine andere sein als heute. Die Ausbildung wird im regionalen Verbund erfolgen und damit einer stärker arbeitsteilig organisierten Krankenhausstruktur gerecht werden.

Wir werden auch nicht die gesamte Gesundheitsversorgung und Pflege ausschließlich in professionelle Hände legen können. Private Netzwerke und familiäre Bindungen werden auch zukünftig wichtig sein und sogar an Bedeutung zunehmen, um Gesundheit und Pflege im Zusammenspiel von privatem Engagement und Sorgearbeit zusammen mit professioneller Hilfe und Unterstützung zu bewältigen.

Digitalisierung, Kooperation und Patientensteuerung

Das Krankenhaus der Zukunft wird ein Ort sein, der die Möglichkeiten der Künstlichen Intelligenz aktiv nutzt und durch eigenes Zutun ihre Nutzung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung unterstützt. Das frühzeitige Erkennen von sich entwickelnden Krankheitsstadien noch bevor sie tatsächlich eingetreten sind, wird dabei helfen, Entwicklungen zu vermeiden, die für die Patientinnen und Patienten mit viel Leid verbunden sind und das Gesundheitssystem hoch belasten. Die in allen Krankenhäusern vorgehaltenen und zukünftig vernetzten Daten über den Verlauf von Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Einsatz unterschiedlicher Therapien werden dazu dienen, Erkenntnisse auf übergeordneter und globaler Ebene zusammenzuführen, die das Gesundheitssystem insgesamt effizienter werden lassen. Mit Hilfe Künstlicher Intelligenz werden Therapieentscheidungen und die Entscheidung über den idealen Behandlungsort in bestimmten Erkrankungsphasen sicherer auf der Basis unzähliger Praxiserfah-

rungen getroffen werden können. Die daraus resultierende, optimale Patientensteuerung wird dafür sorgen, dass die Patientinnen und Patienten besser als heute zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort Hilfe und Unterstützung erhalten. Fehl- und Überversorgung, die heute einen nicht unwesentlichen Teil der eingesetzten Ressourcen in Anspruch nehmen, können deutlich zurückgeführt werden.

Das Krankenhaus der Zukunft wird hochgradig vernetzt und über den akuten stationären Versorgungsbereich hinaus mit den weiteren Gesundheitsanbietern im Bereich der ambulanten Medizin, der Rehabilitation und der Langzeitpflege zusammenarbeiten. Die Informationen über die aktuelle Behandlungskompetenz und Behandlungskapazitäten werden jederzeit verfügbar sein. In den Regionen werden die unterschiedlichen Anbieter von Gesundheitsleistungen sehr eng über eine digitale Vernetzung und telemedizinische Möglichkeiten verbunden sein und zusammenarbeiten. Sektorengrenzen werden kaum noch eine Rolle spielen. Freiberufliche, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte werden dort, wo es Krankenhäuser gibt, vielfach unmittelbar am Krankenhausstandort angesiedelt sein und die Infrastruktur der Krankenhäuser für ihre Leistungen nutzen. Darüber hinaus werden diese niedergelassenen Mediziner auch in die Prozesse der Krankenhäuser integriert

Es ist für die Zufriedenheit der Fachkräfte von höchster Wichtigkeit, dass sie auf die Bedürfnisse ihrer Patienten reagieren können.

werden. Gemeinsame Leistungserbringung im Interesse der Patientinnen und Patienten wird angesichts knapper personeller Ressourcen die Normalität sein.

In ländlichen Regionen werden sich die Krankenhäuser sehr stark in ihrem Charakter wandeln. Sie werden Orte der sektorenübergreifenden Versorgung sein, die im Regelfall auch die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Diese Gesundheitszentren werden sehr eng mit überregionalen Kompetenzzentren im Bereich der Akutmedizin zusammenarbeiten. Die Kooperation von

Krankenhausstandorten unterschiedlicher Versorgungsstufen wird sehr viel enger als heute praktiziert werden und der Normalfall sein. Die Patientinnen und Patienten werden in diesen regionalen Verbundstrukturen, je nach Komplexität ihrer Erkrankung, wohnortnah oder auch hochspezialisiert in Zentren behandelt. Der Behandlungsprozess der Patientinnen und Patienten wird auch durch geeignete Verlegungen in beide Richtungen geprägt sein. Hochspezialisierte Zentren brauchen ihre Kapazitäten für die Versorgung schwerst- und komplex chronisch kranker Patientinnen und Patienten und werden deshalb nach Abschluss komplexer Behandlungsphasen die Patienten zurück in die wohnortnahen Strukturen verlegen.

Fazit

Die Vorstellungen der Politik, die heute ganz offensichtlich das politische Denken und Handeln prägen, dass es kleinteilige Standardprozesse und einheitliche Strukturen sind, die zu guten Behandlungsergebnissen führen, sind ein Irrtum. Selbstverständlich brauchen wir grundlegende Strukturen und Standards, aber gleichzeitig auch Freiheitsgrade, um mit innovativen Prozessen und optimalem Ressourceneinsatz die gewünschten Ziele zu erreichen. Krankenhäuser müssen zu agilen Gesundheitsdienstleistern werden, die innerhalb ihrer eigenen Organisation, aber besonders auch darüber hinaus in der kooperativen Leistungserbringung mit anderen die idealen Prozesse und Strukturen finden, um den Erwartungen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Um das zu erreichen, brauchen wir das Vertrauen der Politik in diese positive Selbstorganisation der Krankenhäuser und den vorrangigen Blick auf die erreichten Ergebnisse anstelle der heutigen Fokussierung auf Strukturvorgaben. Wir müssen Ziele gemeinsam festlegen und dann darauf aufbauend die Selbstverantwortung der Krankenhäuser und das Vertrauen der Politik in deren Fähigkeiten. Mit dem Blick auf die aktuelle Reformdebatte sind wir hier eindeutig auf dem falschen Weg.

Von Antinomien der Ökonomie und dem Privaten im Gesundheitswesen

Anmerkungen, Rückblicke und Hinweise zum 80. Geburtstag von Hartmut Reiners

DR. BERNHARD GIBIS

Dezernent, Kassenärztliche
Bundesvereinigung Berlin

Nach vielen Debatten im Zwiebelfisch, Feiern und anderen Zusammentreffen mit dem Jubilar freue mich über die Einladung, die zurückliegenden Diskussionen, Entwicklungen und Auseinandersetzungen zu den Irrungen und Wirrungen gesundheitspolitischen und -ökonomischen Denkens in einem Beitrag Revue passieren zu lassen.

Schon immer faszinierend war für mich als Mediziner, dass zwei Ökonomen mit gegensätzlichen Erkenntnissen, Anschauungen und Modellen beide einen Nobelpreis gewinnen können (z.B. Myrdal/Hayek oder Solow/Samuelson). Auch war so etwas wie eine Gesundheitsökonomie jenseits einer immer weitergehenden und konkreter werdenden Marktorientierung insbesondere in den Nachwendejahren – dem Zeitpunkt, als ich in das Gesundheitssystem eintrat – kaum vorstellbar. Konkret bedeutet dies, dass eine an der Umverteilung ausgerichtete Ökonomie eine Antinomie des gesundheitsökonomischen Mainstreams zumindest in den Neunzigern und frühen 2000er Jahren darstellte und dies im Grunde heute noch ist. Mit Hartmut Reiners habe ich dann die personifizierte Antinomie der Mainstream-Ökonomie kennengelernt. Nicht nur verwies er darauf, dass Adam Smith, oft beschworener und wahrscheinlich unfreiwilliger spiritus rector der Marktideologie, im Hauptberuf Moralphilosoph war und sich viel umfassender mit Verteilungsproblemen befasste als mit der „unsichtbaren Hand“ des Marktes. Hartmut machte auch deutlich, dass die durch nie geahnte Datenverfügbarkeiten und immer effizienter und schneller werdende Computer begünstigte Modellfixierung der Ökonomie zur Verengung eines ganzen Faches auf einen Ausschnitt

eines viel breiteren Auftrags geführt hat. Ausgehend von der Vorstellung eines rational handelnden, seine eigene Wohlfahrt optimierenden homo oeconomicus wurde das Gesundheitssystem nach der „Wende“- *dem* systemverändernden Ereignis der letzten Jahrzehnte – denn auch zur Spielwiese zuweilen enthemmter, modellbegründeter Deregulierungen („mehr Wettbewerb und Markt führen naturgemäß zu wirtschaftlicheren Preisen, besserer Qualität und zufriedeneren Patienten“), kleinteiligen Inzentivierungen (u.a. pay for performance für Leistungserbringer¹, Ansparkonten für Versicherte) und Disinzentivierungen (Zuzahlungen, Abschläge für fehlende Zielerreichung und dergleichen mehr), die vor allem eins immer wieder in Frage stellten: die Grundfesten eines zugänglichen, umlagefinanzierten Gesundheitssystems als eine der Grundlagen des sozialen Friedens. Dieser wiederum begünstigt neben seinen Vorzügen für die Versicherten gleichzeitig die Stabilität für den Wirtschaftsstandort Deutschland. Krisen wie die während der Coronapandemie wurden nicht zuletzt aufgrund sozialer Sicherungsmechanismen aufge-

1 Interessant hierzu Bogdanich W, Forsythe M. When McKinsey Comes to Town. Knopf Doubleday Publishing Group 4. Auflage 2022 über die Marktformen des NHS in den frühen 2000er Jahren

fangen wobei die Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle eingenommen hat.

Dies bedeutet nicht, dass der Markt nicht Ausgangspunkt auch des Gesundheitssystems ist. Zuweilen romantische Vorstellungen einer „Entökonomisierung“ suggerieren, dass die Allokation knapper Güter gänzlich ohne die Verteilungsfunktion des Marktes eine Befreiung vom Joch des Geldes bedeuten würde. Wahlfreiheit für Versicherte bei der Auswahl der Leistungserbringer oder der Krankenkassen bedingen einen Wettbewerb, der, seiner sozialstaatlichen Natur nach, abgeschwächt und nicht disruptiv ist, gleichzeitig aber auch die Autonomie von Patientinnen und Patienten stärkt. Den Markt nicht unreguliert wirksam werden zu lassen, hat gute Gründe: Gesundheit ist aus vielerlei Gründen kein klassisches Marktgut, es ist auch kein

nicht verwehrt werden kann. Zu bedenken ist allerdings, ob mit einem solchem Schritt am Ende substanziell neues Geld in die Versorgung eingeführt wird. Die Integration der PKV-Versicherungsgelder in die gemeinsame Zahlungsbasis führt zu einer Aufwertung der Leistungen insgesamt, wovon auch Regionen mit niedrigem Privatversichertenanteil profitieren. Gleichzeitig würden zum Erhalt der Privilegierung bei Terminen oder Leistungsangeboten Versicherte mit höherer Kaufkraft zusätzliche Gelder in das System einbringen, unterm Strich betrachtet ein Mehr an Finanzierung verglichen mit dem status quo ante.

Ob die Finanzierung des Gesundheitssystems ausreicht oder eine Unterfinanzierung vorliegt, wird je nach Interessenslage von Krankenhäusern, Ärzten oder Krankenkassen unterschiedlich beurteilt.

Festzustellen ist allerdings auch, dass nach Befürchtungen der 2000er Jahre, wonach der technische Fortschritt und der demographische Wandel zwingend zu einer Insolvenz der Gesundheitssysteme und damit zu knallharten Rationalisierungsmaßnahmen führen müssen, die Schere zwischen

GKV und Privat nicht weiter auseinandergeht, sondern im Gegenteil in den letzten Jahren eher etwas geschlossen worden ist. Der Economist³ stellte denn auch im Oktober 2023 verwundert fest, dass über die Industrieländer hinweg der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit Jahren stagniert, möglicherweise ein Ergebnis von technischen Effizienzen und/oder strikten Kostenbremsen. Auch dieser Befund der bis vor kurzem nicht explodierenden Kosten entspricht einer Antinomie, zumindest betrachtet aus der Perspektive der Nachwendezeit. Ebenfalls zum Erliegen gekommen, mit Sicherheit wiederkehrend, ist in diesem Zusammenhang die Debatte der neunziger Jahre um die Lohnnebenkosten, die den Wirtschaftsstandort Deutschland unmäßig belasten. Der Wahrnehmungswandel vom Gesundheitswesen als unproduktivem Kosten- zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor eines Landes hat sich kaum merklich ab den 2000er Jahren vollzogen und wird genauso wieder zeittypischen Revisionen unterworfen werden, wenn die Wirtschaftsleistung nicht mehr die Kassen der Sozialversicherung füllt.

Der für Deutschland typische public-private mix in der Gesundheitsversorgung, in vielen anderen Ländern wie Kanada oder Skandinavien eine Antinomie, hat sich dabei überraschend stabil erwiesen. Die Vorurteile gegenüber privater Leistungserbringung in einem Gesundheitswesen sind Legion: Bereicherung an der Krankheit anderer, Cherry-Picking, Cream-Skimming oder Profitmaximierung durch Risikoselektion sind ausgewählte, häufig wiederholte Feindbilder. Viele Gesundheitssysteme setzen denn ganz auf staatliche Lösungen, ohne dass dort sowohl die Versorgung besser noch der Einfluss auf das Gesundheitssystem für Bürger und Kranke umfassender wäre („voice vs. choice“⁴). Von einem systemischen Vorteil abgesehen: Sie sind meistens kostengünstiger. In Deutschland sind im Gegensatz zu vielen anderen, häufig zu Vergleichen herangezogenen Ländern wie Skandinavien oder England größere Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser in „privater“ Hand und konkurrieren um Bürger und Patienten. Praxen wiederum sind in fast allen Ländern in den Händen von ärztlichen Praxisinhabern, Vertretern der jeweiligen Fachrichtung. Dies gilt vor allem für Hausärzte, in Deutschland trifft es auch für ambulant tätige Fachärzte zu⁵. Dies hat Auswirkungen auf die Leistungsbereitschaft der im System Tätigen: Die Leistungsbereitschaft von Vertragsärzten (z.B. erhoben an der Zahl der behandelten Patienten), die in eigener Verantwortung auf eigene Rechnung tätig werden, ist in der Regel höher als die von Angestellten und dies unabhängig vom anstellenden Arzt oder Träger. Dieses Momentum gilt es zu stärken durch Vergütungssysteme, die an Zielen des Gesundheitssystems ausgerichtet sind. Der Begriff „privat“ ist dabei zu differenzieren: Wurden bis zur Einführung

Gesundheit ist aus vielerlei Gründen kein klassisches Marktgut, dass sich gegen ein Schadenereignis versichern lässt.

„klassisches“ Risiko, gegen das Bürger sich versichern können, da das Schadensereignis mit hoher Wahrscheinlichkeit für alle Versicherten eintritt. Eigene Ersparnisse oder Ansparkonten werden im Zweifel nicht ausreichen, um im Krankheitsfalle alle notwendigen und wirtschaftlichen Behandlungen zu ermöglichen und bedürfen – unbenommen der Frage der individuellen Fähigkeit, Rücklagen bilden zu können – zusätzlicher Ausgleichsmechanismen². Zumindest die in einem solidarischen Versicherungssystem wiederum erforderliche Umverteilung profitiert von einer möglichst großen Zahl der an der Umverteilung teilnehmenden Einzahler, was häufig diskutierte Fragen der einzahlenden Grundgesamtheit aufwirft: Alle Bürger in einem gut ausgestatteten Standardtarif mit Zusatzversicherungsmodellen oder ein Nebeneinander von privater und gesetzlicher Vollversicherung? Egal wie diese Frage entschieden wird, eine Vision wird mit beiden Ansätzen nicht erreicht werden können: die völlige Gleichheit aller Bürger in der Gesundheitsversorgung. Ohne Zweifel würden sich besser Verdienende Zusatzversichern, was ihnen

2 Lesenswert: Reiners H. Mythen der Gesundheitspolitik. Hogrefe Verlag 2019, 3. Auflage

3 The Economist, Finance & economics, October 28th 2023. How health-care costs stopped rising.

4 Z.B. Haarmann A, Klenk T, Weyrauch P. Exit, Choice – and What About Voice? Public involvement in corporatist healthcare states. Public Management Review 12, 2010 – Issue 2: Welfare Governance Reforms and Effects in the Post-Golden Age

5 Gibis B. Geschäftsmodelle in der ambulanten Versorgung: Die Rolle der KV. In: Rebscher, Schmid, Zerth (Hrsg.) Nutzen, Wert und public value. Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten. Medhochwei 2024

von Medizinischen Versorgungszentren darunter ausschließlich selbstständige Ärzte verstanden, sind mit Einführung von Trägerstrukturen weitere private Betreiber auf den Plan getreten. Nachdem alle Krankenhäuser, die nach §108 SGB V im Landeskrankenhausplan gelistet sind, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen können, treten größer angelegte private Strukturen bis hin zu Aktiengesellschaften in die ambulante vertragsärztliche Versorgung ein. Während „private“ ärztliche Leistungserbringer unmittelbar dem Berufsrecht und den Anforderungen eines freien Berufs unterliegen, gilt dies für Trägerstrukturen, die auch durch Hedgefonds geführt sein können, auf der Trägerebene nicht. Im Hinblick auf die Qualität der Leistungen, des Spektrums der versorgten Patienten oder der Zufriedenheit der Patienten konnten bislang keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden, dennoch (oder gerade deswegen) hat sich eine Moraldébatte um das Geldverdienen von Nicht-Ärzten an der ambulanten Gesundheitsversorgung entwickelt. Wie so häufig bei der Kritik an der Marktfunktion, die nicht selten eine moralische Kritik ist⁶, wird den neu hinzugekommenen Akteuren sowohl die Legitimität als auch ein echtes Interesse am Wohl der Patienten abgesprochen. Die gleiche Diskussion wird erstaunlicherweise nicht im gleichen Maß im Krankenhaus- oder gar im Pflegebereich geführt und legt nahe, dass weniger die Sorge um das Patientenwohl, sondern die (nicht unbegründet) als Bedrohung empfundene Konkurrenz Hauptantrieb der Debatte darstellt. Hier gilt gleichermaßen wie in vielen anderen Bereichen der Wirtschaft: die Mischung

machts. Die Form eines sozialstaatlich eingehetzten Marktes mit pluralen Akteuren hat sich als resilient in vielfältigen Bewährungsproben erwiesen und war nie statisch, sondern wurde und wird kontinuierlich weiterentwickelt durch Partner, die inhärente Zielkonflikte auf dem Verhandlungswege lösen. Künftig wird mehr denn je darauf zu achten sein, dass weder private noch staatliche Großstrukturen monopolistische oder oligopolistische Funktionen übernehmen, sondern die Versorgung durch individuelle, persönliche Leistungserbringung weiterhin eine Chance auch im Interesse einer kontinuierlichen Patientenversorgung hat.

Die Integration der PKV-Versicherungsgelder in die gemeinsame Zahlungsbasis führt zu einer Aufwertung der Leistungen insgesamt.

Mit der Etablierung von Plattformen in vielen Bereichen des Match-Makings von Angebot und Nachfrage sind neue Akteure auf den Plan getreten, die keinem traditionellen Muster (z.B. Versicherung, Krankenhaus, Pharmagroßhändler) entsprechen. Mit der Organisation der immer schwieriger werdenden Terminvergabe in Praxen durch webbasierte Softwaresysteme können freigegebene Termine über die Praxis hinaus für eine ganze Region recherchiert und gebucht werden. Der „Wert“ dieser Termine steigt beständig und wird in Anbetracht der demographischen Entwicklung noch bedeutsamer. GKV-Termine können damit zum handelbaren Gut werden: Krankenkassen könnten bei Plattformen regionale Terminslots für ihre Versicherten

reservieren lassen, Versicherte können durch mehr oder weniger geschickte Aufzahlungen über dieselben Plattformen prioritär Zugang zur Versorgung erhalten. Perspektivisch könnten Terminplattformen in Verträgen mit Krankenkassen Terminkontingente garantieren und damit zum sicherstellenden Vertragspartner werden. Die Segnungen und Probleme der Plattformökonomie im Gesundheitswesen werden gerade erst ventiliert und einmal mehr bedarf es der Erinnerung daran, welche Ziele ein solidarisches Gesundheitssystem verfolgt, darunter: Unabhängig von Einkommen, Bildung und Wohnort einen möglichst gleichmäßigen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Ohne Zweifel bedarf es angesichts der Geschäftspotenziale, wie sie durch Plattformen schon in anderen Bereichen wie der Mobilität, Hotels oder Finanzwirtschaft unter Beweis gestellt wurden, eines Ordnungsrahmens, der die Vorteile beider Welten, Plattformökonomie und solidarisches Gesundheitswesen, miteinander verbindet und nicht zur Antinomie werden lässt. Das Denken und die veröffentlichte Literatur von Hartmut Reiners⁷ können hierzu auch künftig wertvolle Impulse geben, nur ein Beispiel einer positiven Bilanz von über 40 Jahren Wirken im System der sozialen Sicherung.

⁶ Siehe auch Herzog L, Honneth A. Der Wert des Marktes. Ein ökonomisch-philosophischer Diskurs. Vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Suhrkamp 2014

⁷ Im Lichte des ikonischen Essays von Isaiah Berlin „The fox and the hedgehog“ („a fox knows many things, but a hedgehog knows one big thing“) wäre Hartmut wohl den Igeln zuzuordnen. Stachlige Geburtstagsgrüße auch auf diesem Wege!

Einheitlicher Krankenversicherungs- markt – dringlicher denn je!

CHRISTOPHER HERMANN,
KLAUS JACOBS

Dr. Christopher Hermann ist
Berater im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Klaus Jacobs war
bis Februar 2023 Geschäfts-
führer des Wissenschaft-
lichen Instituts der AOK
(WiO)

Die Gesundheits- und Pflegepolitik in Deutschland ist in hohem Maße von Mythen geprägt, die den strukturellen Stillstand zementieren helfen. Besonders mythenbeladen ist dabei das duale System der sozialen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Dabei ist dieses System teuer, im Ergebnis weithin bestenfalls mittelmäßig und bedarf dringend einer grundlegenden Reform. Wenn es die nächste Bundesregierung ernst meint mit einer zukunftsorientierten Ausgestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung in der Gesellschaft des langen Lebens, darf sie dieses Thema nicht länger tabuisieren, sondern muss es endlich entschlossen anpacken.

Konzeptionslose Gesundheits- und Pflegepolitik

Zum vorzeitigen Ende der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags ist das Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland in einem beklagenswerten Zustand. Das gilt einerseits für die Versorgung, die aufgrund ihrer seit Jahrzehnten grundsätzlich unveränderten Segmentierung ohne patientenbezogene Gesamtverantwortung und sachgerechte regionale Differenzierung durch Ineffizienzen und Qualitätsdefizite gekennzeichnet ist. Das gilt andererseits aber in ganz besonderer Weise für die Finanzierung angesichts von Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf einem jeweils bislang kaum vorstellbaren Rekordniveau. Wer auch immer nach der Bundestagswahl am 23. Februar 2025 Regierungsverantwortung trägt, wird sich über einen Mangel an Arbeit nicht beklagen können.

Allerdings verfügt keine der relevanten politischen Parteien über ein ordnungspolitisch stimmiges Reformkonzept. Die im Dezember 2024 vorgelegten

Wahlprogramme für die vorgezogenen Neuwahlen geben erneut ein beredtes Beispiel dafür ab. Stattdessen flüchten sie sich regelmäßig in unsystematische Einzelmaßnahmen, die die letzten beiden Bundesgesundheitsminister (BMG) – Jens Spahn von der CDU und Karl Lauterbach von der SPD – im Rahmen einer Politik des exekutiven Dirigismus durch detaillierte Gesetzesvorgaben umzusetzen versucht haben.

Dass Karl Lauterbach dabei durch das frühzeitige Ende seiner Amtszeit vor der parlamentarischen Verabschiedung einer Reihe von Gesetzesvorhaben ausgebremst wurde, ist versorgungspolitisch kein großer Verlust. Gleichwohl spricht wenig für die Erwartung, dass es an dieser Politik nach der Wahl gravierende Veränderungen geben wird. Woher sollten plötzlich überzeugende Reformkonzepte kommen, die zudem auch noch die Zustimmung aller Koalitionspartner finden? Also wird vermutlich auch der nächste Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode vor allem Bauchladen-Charakter haben. Dabei nehmen Beliebigkeit und Inkonsistenz der einzelnen

Ankündigungen naturgemäß mit der Zahl der beteiligten Koalitionäre zu.

Zum Wunsch-dir-was-Prinzip bei der Bestückung des Bauchladens gehört auch, dass bestimmte Handlungsfelder auf Betreiben einer der beteiligten Parteien aus Rücksicht auf deren Klientel von vornherein ausgeklammert bleiben. Hierzu zählte im Gesundheits- und Pflegefeld der Koalitionsverträge der letzten Legislaturperioden mit großer Regelmäßigkeit die private Krankenversicherung (PKV) bzw. das Verhältnis zwischen GKV und PKV. Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung kam die PKV genauso wenig vor wie bei der vorletzten GroKo (Merkel III) mit BMG Hermann Gröhe (2013-2018).

Ein Beispiel für Reformattentismus

Im Koalitionsvertrag der bislang letzten GroKo (Merkel IV) gab es immerhin eine Ankündigung, die (auch) die PKV betraf: die Schaffung eines modernen Vergütungssystems für die ambulant-ärztliche Versorgung, wozu eine wissenschaftliche Kommission bis Ende 2019 Vorschläge unterbreiten sollte. Das ist auch mit einigem Aufwand geschehen (KOMV 2019), allerdings ohne weitere Auswirkungen für die bestehenden ambulanten Vergütungssysteme in GKV und PKV, obwohl diese – Ausgangspunkt für die Reformankündigung – beide als dringend reformbedürftig eingestuft worden waren. Das Engagement des damaligen BMG Spahn erschöpfte sich in einer bloßen Entgegennahme des Gutachtens Anfang 2020, Aktivitäten zur Umsetzung wurden nie entfaltet. Offenbar passten die Ergebnisse nicht in die weitere politische Agenda der GroKo.

Materiell sieht die Kommission eine Reihe von entscheidenden Vorteilen durch ein einheitliches ambulant-ärztliches Vergütungsrecht, insbesondere die Verbesserung der Versorgungsqualität über evidenzbasierte Behandlungen, wirtschaftliche Synergieeffekte durch die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Therapien sowie eine adäquate und transparente Vergütungsbewertung und Vergütungshöhe durch die Reduzierung finanzieller Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung (KOMV 2019: Rn 373 ff, 455). Dagegen stellt die Kommission „erhebliche Herausforderungen“ (ebd.: Rn 385, 456), etwa im Hinblick auf die Harmonisierung der bisher unterschiedlichen Vergütungsniveaus in GKV und PKV oder vorgetragene verfassungs- und

europarechtliche Bedenken. Sie empfiehlt deshalb im Ergebnis ein Konzept der „partiellen Harmonisierung“ (ebd.: Rn 386 ff). Es sieht im Wesentlichen vor, die Systemtrennung zwar formal zu prolongieren, aber insbesondere die Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegenderung) und die relative Kostenbewertung der Leistungen über gemeinsame Gremien zu vereinheitlichen, während die Preise dual ausgehandelt werden.

Damit wäre in der Folge unmittelbar auch das Ende des tradierten Rechtsverordnungsregimes in der PKV verbunden. Ein im Kern seit 30 Jahren nicht mehr gepflegtes „vollkommen überaltertes“ Regelwerk (BÄK 2024: 1), die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die nach wie vor selbst Beiträge in Deutscher Mark ausweist (§ 8 I GOÄ), wäre endgültig obsolet. Aber auch unter die mittlerweile selbst für Insider absolut intransparente, regulatorische Untiefen auslotende Vergütungsakrobatik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in der GKV (Hermann 2021: 39) könnte endlich ein Schlussstrich gezogen werden.

Dass nichts in diese Richtung geschah und die europaweit einzigartige Dualität auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt mit einem Nebeneinander von zwei getrennten Kranken- und Pflege-Vollversicherungssystemen letztlich doch wieder nicht als ein aktuelles politisches Handlungsfeld angesehen wurde und weiterhin wird, ist nicht zuletzt auf den Erhalt von Privilegien zurückzuführen: insbesondere für bestimmte Versicherungsträgergruppen, für bestimmte Leistungserbringer und für die private Versicherungswirtschaft. Dies wird in der politischen Debatte freilich nicht so benannt, sondern es werden stattdessen Mythen bemüht. Hartmut Reiners hat den „Mythen der Gesundheitspolitik“ gleich ein ganzes Buch gewidmet (Reiners 2019) und Mythen darin wie folgt definiert: hohe Kunst des Werfens ideologischer Nebelkerzen, Täuschen mit Hilfe von Fakten (ebd.: 11), die einer empirischen Überprüfung nicht standhalten können (ebd.: 14).

Im Folgenden wird auf fünf zentrale Mythen im Kontext der Dualität im deutschen Krankenversicherungssystem näher eingegangen.

Mythos Nr. 1: produktiver Systemwettbewerb

Die immer wieder konstatierte „Bewährtheit“ der europaweit einzigartigen Dualität

aus GKV und PKV wird häufig auch mit dem Begriff „Systemwettbewerb“ und dem Verweis auf dessen vermeintlich produktive Auswirkungen untermauert. Nun ist Wettbewerb in der Regel die Folge von Wahl- bzw. Wechselmöglichkeiten der Verbraucher zwischen unterschiedlichen Anbietern von Gütern und Dienstleistungen. Diese bemühen sich – so das Verständnis in der ökonomischen Theorie – um eine hohe Attraktivität ihres Angebots, um möglichst viele Neukunden zu gewinnen bzw. Bestandskunden von der Abwanderung zu anderen Anbietern abzuhalten. Dadurch kommt es zu einem ständigen Bemühen um ein bestmögliches Preis-/Leistungsverhältnis einschließlich sinnvoller Innovationen, das nicht nur den unmittelbar beteiligten Anbietern und Kunden, sondern aufgrund der Wettbewerbsdynamik letztlich der Gesamtheit zugutekommt.

Damit dieser produktive Wettbewerbsmechanismus in der skizzierten Weise funktioniert, müssen allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu zählen neben hinreichender Transparenz insbesondere ein Höchstmaß an freien Wahl- und Wechseloptionen der Verbraucher sowie möglichst unverzerrte Wettbewerbsbedingungen der Leistungsanbieter. Von beidem kann beim dualen Krankenversicherungssystem aber keine Rede sein.

So waren im Jahresdurchschnitt 2023 fast 69 Mio. Personen und damit mehr als drei Viertel der Menschen in Deutschland in der GKV pflichtversichert ohne ein individuelles Wechselrecht zur PKV, denn diese Versicherten sind zumeist Arbeitnehmer und Auszubildende mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze von 73.800 Euro/Jahr im Jahr 2025 oder Rentner und Rentenantragsteller sowie Arbeitslose – jeweils mit den mitversicherten Familienangehörigen.

Laut einem „Online-Ratgeber“ auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums kann sich jedes freiwillige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (rd. 6,2 Mio. Menschen) alternativ privat krankenversichern. Das ist jedoch allenfalls rein theoretisch zutreffend, denn auch für viele freiwillig GKV-Versicherte ist ein Wechsel zur PKV faktisch ausgeschlossen. Das gilt ab einem bestimmten Alter aufgrund hoher Einstiegsprämien in der PKV, weil die Alterungsrückstellungen in diesem Fall

in relativ kurzer Frist aufgebaut werden müssten. Unabhängig vom Alter müssten Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen oder Behinderungen teilweise hohe Risikozuschläge bezahlen, sofern sie überhaupt aufgenommen würden, denn für die PKV-Unternehmen gibt es keinen Kontrahierungszwang. In jedem Fall aber ist der Systemwechsel im Prinzip eine Einbahnstraße: Für Privatversicherte über 55 Jahre gibt es generell keine Rückkehrmöglichkeit zur GKV, Jüngere können nur zurück, wenn sie wieder versicherungspflichtig geworden sind – allerdings auch dann nur unter vollständiger Zurücklassung ihrer in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen.

Der PKV-Verband verweist zu Beginn eines Jahres gern auf den seit 2019 aus PKV-Sicht wieder leicht positiven Wanderungssaldo zwischen GKV und PKV (2023: +50.000 Versicherte), nicht ohne dabei zu betonen, dass die (im Jahr 2023: 116.000) Abgänge zur GKV „wegen der gesetzlichen Versicherungspflicht in der Regel nicht freiwillig“ erfolgt seien (PM vom 25.01.2024). Diese Darstellung ist jedoch bestenfalls die halbe Wahrheit. Der PKV-Verband verschweigt dabei, dass es eine Reihe von Privatversicherten gibt, die gezielt Veränderungen ihrer Erwerbstätigkeit vornehmen – etwa die ggf. temporäre Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung –, um dadurch die GKV-Versicherungspflicht zu erlangen. Dass es mittlerweile im Internet Angebote gibt, einen solchen Wechsel von der PKV zur GKV beratend zu unterstützen, verweist zum einen auf eine entsprechende Nachfrage, zum anderen aber auch auf Absurditäten im dualen Krankenversicherungsrecht, die politisch seit langem konsequent ignoriert werden. Sie passen nicht zum Narrativ der bewährten Dualität.

Zu diesem Befund passten in der Vergangenheit auch die Krankenversicherungsregelungen der rund vier Mio. beihilfeberechtigten Beamten, Pensionäre und ihrer Angehörigen, die bei einer freiwilligen GKV-Versicherung den Beitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung vollständig selbst tragen mussten. Insofern konnte man sie durchaus als „faktisch PKV-pflichtversichert“ bezeichnen, weil sie ihre Beihilfeansprüche in der PKV mit speziellen Beihilfetarifen lediglich ergänzen mussten. Diese Konstellation ist allerdings in den letzten Jahren ein kleines Stück in Bewegung geraten, weil einige Bundesländer – beginnend mit

Hamburg 2018, seit 2023 aber auch in dem von den Grünen und der CDU regierten Baden-Württemberg – zumindest neu und freiwillig GKV-versicherten Beamten eine „pauschale Beihilfe“ in Höhe des GKV-Arbeitgeberbeitrags als Wahloption anbieten. Nachdem auch die schwarz-grüne Landesregierung von Nordrhein-Westfalen in ihrem Koalitionsvertrag von 2022 vereinbart hat, eine solche Wahloption zumindest für Neubeamte einzuführen, besteht vielleicht auch demnächst auf Bundesebene eine entsprechende Aussicht.

Das darf aber nicht den Blick darauf verstellen, dass nur sehr wenige Versicherte über eine wirkliche Systemwechseloption verfügen. Folglich konzentriert sich der direkte Wettbewerb zwischen GKV und PKV auf diese Personen, die die PKV für sich gewinnen und die GKV bei sich behalten will. Weil diese Personen überwiegend jung und gesund sind, spielen Versorgungsfragen bei diesem Wettbewerb meist keine Rolle. Akut und chronisch kranke Menschen, die aufgrund eigener Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden sein sollten – sei es mit ihrem Versicherungsschutz oder mit dem Verhalten ihres Krankenversicherers –, haben in aller Regel keine Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit durch die Ausübung einer „Exit-Option“ auszudrücken. Ein Systemwechsel ist der großen Mehrheit von ihnen aus den genannten Gründen verwehrt.

Gesetzlich Versicherte können zumindest praktisch jederzeit ihre Krankenkasse wechseln und unter einer Vielzahl von Alternativen wählen, während Privatversicherte regelmäßig nicht einmal diese Möglichkeit haben. Sofern sie überhaupt einen anderen Krankenversicherer fänden, der bereit wäre, sie zu versichern, müssten sie dort aufgrund ihrer Krankheit vermutlich Risikozuschläge bezahlen und in jedem Fall mit dem Aufbau der Alterungsrückstellungen noch einmal von vorn beginnen, weil diese bei einem Wechsel des Versicherers nicht mitgenommen werden können.

Das gilt für alle Privatversicherten mit Verträgen vor 2009; für danach abgeschlossene Verträge ist eine „partielle Portabilität“ vorgeschrieben, wonach die kalkulierten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens im Umfang der Leistungen des Basistarifs an den neuen Versicherer übertragen werden. Wie nicht zuletzt das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) fest-

gestellt hat, bewirkt diese Regelung aber noch lange keinen umfassenden Wettbewerb, da „die Wechselchancen eines Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko auch durch die Mitgabe eines Teils der Alterungsrückstellung nicht erheblich verbessert (werden), weil der Betreffende in einem Normaltarif keinen aufnahmebereiten Versicherer finden wird“ (BVerfGE vom 10.06.2009 – 1 BvR 706/08 – Rn 204). Zudem verbliebe „ein erheblicher Anteil der für den Versicherungsnehmer in seinem Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellung bei dem bisherigen Unternehmen“ (ebd., Rn 208).

Mythos Nr. 2: Innovationsbeschleuniger PKV

Versorgungsseitig beschreibt das Narrativ der Förderung des medizinischen Fortschritts und der schneller in den Versorgungsalltag aller Versicherten einfließenden medizinischen Innovationen durch die Dualität von GKV und PKV ein seit langem gepflegtes Argument in der Diskussion um den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV (vgl. KOMV 2019: Rn 167). Für Hartmut Reiners ist es eines der zentralen Mythen bundesdeutscher Gesundheitspolitik (Reiners 2019: 135 ff), und auch die Kommission für ein modernes Vergütungssystem fand 2019 keine konkreten Beispiele dafür, dass die Erstattung neuer Leistungen in der PKV die Ursache dafür bildet, dass die GKV diese in ihren Leistungskatalog aufnimmt (KOMV 2019: Rn 168).

In der Tat geht die Behauptung bereits von einer ebenso irrigen wie fahrlässig voraussetzungslosen Grundannahme aus. Unterstellt wird offensichtlich, dass die GKV des 21. Jahrhunderts versorgungs- und leistungsmäßig ein Mangel- und Defizitsystem darstellt. Allein unter dieser Prämisse könnte aber der These vom „Innovationsbeschleuniger“ PKV für die Versorgung in der GKV eine Rationale für sich beanspruchen.

Indessen schützt sozialrechtlich bereits die das gesamte Leistungs- und Versorgungserbringungsrecht überwölbende Einweisungsbestimmung, wonach Qualität und Wirksamkeit der GKV-Leistungen dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben (§ 2 I 3 SGB V) die GKV-Versicherten vor für sie negativen Standardabweichungen in

der Versorgung. Dies impliziert freilich ebenso, dass nicht oder nicht ausreichend erforschte und nicht bewährte Verfahren in der GKV nicht erbracht werden dürfen (Scholz 2024: Rn 3 mwNw). Nur was darüber hinaus an Leistungen verbleibt, kann letztlich PKV-spezifisch sein.

Operationalisiert wird dies in der GKV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der spätestens seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003 zum zentralen Akteur und Gestalter einer umfassenden sowohl sektorenimmanenten wie sektorenübergreifenden Qualitätsorientierung des Leistungsgeschehens in der GKV geworden ist. Eine auch nur im Ansatz vergleichbare Steuerungsinstanz zur Sicherung von Rationalität und Qualität in der Versorgung kennt die PKV nicht. Sie profitiert vielmehr quasi als Trittbrettfahrerin generell von dem seit der Jahrtausendwende zusehends ausgebauten und ausdifferenzierten aufwendigen Qualitätssicherungsregime der GKV. Speziell bei der Versorgung mit neu zugelassenen (innovativen) Arzneimitteln übernimmt die PKV darüber hinaus seit 2011 (AMNOG) unmittelbar die Nutzenbewertung des G-BA inklusive des vom GKV-Spitzenverband mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen verhandelten Erstattungsbetrags auch für ihre Leistungsentscheidungen. Der auf Grundlage der G-BA-Bewertung für die GKV vereinbarte Betrag bildet den einheitlichen Abgabepreis von Arzneimitteln, der arzneimittelrechtlich abgesichert ebenso für die PKV gilt (§ 78 IIIa 3 AMG, Rehmann 2020: 680). Gemeinsam mit der Anbindung an das allgemeine krankenhausrechtliche Vergütungssystem (§ 9 ff KHEntG) partizipiert die PKV damit „unentgeltlich“ an wesentlichen Qualitäts-, Mengen- und Preisregulierungsmechanismen der GKV (so auch Kingreen/Kühling 2013: 22).

Mythos Nr. 3: Stabiles Versorgungssystem durch PKV-Mehrumsätze

Der Mehrumsatz von Leistungserbringern mit privat versicherten Patientinnen und Patienten im Verhältnis zu denjenigen aus der GKV beschreibt ein seit langem bekanntes Phänomen. Während Unterschiede aufgrund der gleichen Vergütungssystematik bei allgemeiner stationärer Behandlung (bisher Fallpauschale und Pflegeentgelt) nicht ins Gewicht fallen (2022: 0,4 %,

Bahnsen/Wild 2024: 8), liegen insbesondere in der ambulant-ärztlichen Versorgung die Ausgaben für PKV-Versicherte inklusive Beihilfe im Vergleich zu nach Alter und Geschlecht ähnlichen GKV-Versicherten regelmäßig massiv höher.

Verschiedene Modellrechnungen, die bei allen methodischen Problemen (dazu näher Walendzik et al 2009: 64; KOMV 2019: Rn 249) die Vergütungsunterschiede zwischen dem sozialrechtlichen (EBM) und dem privatärztlichen Vergütungssystem (GOÄ) analysieren, kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass der durchschnittliche Aufschlagfaktor in der PKV für identische Leistungen bei etwa dem 2,3-fachen liegt (Walendzik et al 2009: 67; KOMV 2019: Rn 250; Bahnsen/Wild 2024: 8). Ambulant-ärztliche Leistungen an PKV-Versicherten werden somit mehr als doppelt so hoch vergütet wie für einen vergleichbaren GKV-Versicherten. Der daraus resultierende Mehrumsatz pro ambulant-ärztlicher Praxis betrug im Jahr 2022 im Durchschnitt 63.121 Euro (Bahnsen/Wild 2024: 8).

Für die Vorstellung, dass dieser Mehrumsatz letztlich „der gesamten Bevölkerung Deutschlands zugutekommen“ (für alle: ebd.: 16) und folglich mit den zusätzlichen Ausgaben das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland insgesamt stabilisiert würde, geben freilich diese Zahlen nicht viel her. Die deutlich höheren Vergütungen können schon deshalb keine Kompensation für Systemkosten etwa der Qualitätssicherung oder der Bedarfsplanung abgeben, da sie unspezifisch und unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbedarf einzelnen Ärztinnen und Ärzten zufließen (Kingreen 2021: 73).

Zudem kann dabei von einer im Wesentlichen homogenen Verteilung der Mehreinnahmen sowohl arztgruppenspezifisch als auch in regionaler Perspektive keine Rede sein. Nach den Auswertungen der Kommission für ein modernes Vergütungssystem differiert der Anteil privatärztlicher Einnahmen an allen Praxeiseinnahmen zwischen einzelnen Fachärztegruppen ganz erheblich. Er liegt am oberen Ende der Skala bei 37 % (Urologie), am unteren Ende bei 12 % (Allgemeinmedizin). Bezogen auf die Regionalperspektive erwirtschaften Praxen in Städten im Schnitt 23 % ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit, auf dem Land aber lediglich 13 % (KOMV 2019: Rn 269, Abb 16; s. auch Walendzik et al 2009: 67, Tab 4). Entsprechend liegt der

Anteil der privatärztlichen Einnahmen an den ärztlichen Gesamteinkünften im Stadtstaat Hamburg bei 27 %, im ländlich geprägten Mecklenburg-Vorpommern hingegen bei lediglich 7 % (KOMV 2019: Anh XLV, Abb C10).

Im Ergebnis zeigt sich, dass die GOÄ „insbesondere für spezialisierte Ärztinnen und Ärzte mit hohem technischen Leistungsanteil, bevorzugt in städtischen Regionen und in größeren Praxen, von Bedeutung“ ist (KOMV 2019: Rn 270). Da annähernd die Hälfte der PKV-Vollversicherten als Beamte beihilfeberechtigt ist, werden zudem die hohen Vergütungen in einem ganz erheblichen Anteil unmittelbar aus öffentlichen Mitteln finanziert – mithin aus Steuergeldern, nicht zuletzt der GKV-Versicherten selbst.

Mythos Nr. 4: Solidarbeitrag der Privatversicherten

Auf der Finanzierungsseite betrifft ein oft bemühter Mythos den vermeintlichen Solidarbeitrag der Privatversicherten. Dies bezieht sich zum einen auf den steuerfinanzierten Bundeszuschuss zur GKV, an dem die gutverdienenden Privatversicherten besonders stark beteiligt seien. Allerdings ist der Bundeszuschuss in Höhe von derzeit 14,5 Mrd. Euro pro Jahr keine „Subventionierung der GKV“, sondern wird „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ geleistet (§ 221 I SGB V). Hierzu reicht er bekanntlich bei weitem nicht aus – auskömmliche Beiträge für Bürgergeld-Beziehende stehen regelmäßig auf der gesundheitspolitischen Agenda, werden in Koalitionsverträgen (2018, 2021) und Wahlprogrammen der Parteien versprochen, sind aber bis heute nicht realisiert. Die PKV ist hiervon nicht betroffen, denn während der Bund für gesetzlich versicherte Bürgergeld-Beziehende 2024 pro Kopf 119,60 Euro im Monat an die Krankenkassen gezahlt hat, betrug der steuerfinanzierte Beitragszuschuss für privatversicherte Bürgergeld-Beziehende 2024 bis zu 421,76 Euro im Monat (häufiger Beitrag im Basistarif).

Der zweite vermeintliche Solidarbeitrag der Privatversicherten betrifft den bereits thematisierten „Mehrumsatz“ für privat(zahn)ärztlich erbrachte Versorgungsleistungen, bei dem die (eher rhetorische) Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit dieser Ausgaben bereits auf-

geworfen wurde. Sehr viel zielgenauer wäre ein Solidarbeitrag der Privatversicherten im Rahmen einer solidarischen Beitragsfinanzierung, d.h. entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit. So heißt es etwa im 2024 verabschiedeten Grundsatzprogramm der CDU: „Wir wollen einen starken Sozialstaat. Jeder soll sich darauf verlassen können, dass die Solidargemeinschaft ihn trägt, wenn er sie wirklich braucht. Das ist für uns soziale Gerechtigkeit. Das setzt voraus, dass sich jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten in diese Solidargemeinschaft einbringt.“ (CDU 2024, 57).

Dass dies aktuell nicht einmal näherungsweise geschieht, sei hier am Beispiel der Selbstständigen gezeigt – einer Erwerbsgruppe, für die es unabhängig von ihrem Einkommen keine GKV-Versicherungspflicht gibt. Hierfür ist die Annahme leitend, dass für Selbstständige grundsätzlich kein besonderes Schutzbedürfnis besteht, was mit der Realität jedoch schon lange allenfalls sehr eingeschränkt etwas zu tun hat. Laut Angaben aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP; Auswertungen durch das WIdO) verteilten sich die im Jahr 2020 insgesamt gut 3,5 Mio. Selbstständigen etwa im Verhältnis 2:1 auf GKV und PKV. Das jährliche Bruttogesamteinkommen der GKV-versicherten Selbstständigen betrug 50.370 Euro, während das der privatversicherten Selbstständigen mit knapp 125.000 Euro nahezu 2,5-mal so hoch war. Zwei Drittel der GKV-versicherten Selbstständigen hatten keine Mitarbeitenden; ihr mittleres Bruttogesamteinkommen betrug weniger als 40.000 Euro im Jahr – was auf den aus Arbeitsmarktstudien bekannten Sachverhalt zahlreicher prekärer Einkommensverhältnisse speziell unter Solo-Selbstständigen verweist. Vor diesem Hintergrund wurden die Mindestbeiträge für freiwillig versicherte Selbstständige in der GKV 2019 halbiert, während einkommensschwache Selbstständige in der PKV weiterhin auf den Basis- bzw. Standardtarif verwiesen werden und in einer Reihe von Fällen versuchen dürften, durch die Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses in die GKV-Solidargemeinschaft zu wechseln.

Ob die Halbierung des Mindestbeitrags speziell für viele einkommensschwache Solo-Selbstständige bezahlbar ist, bleibt zu beobachten. In jedem Fall ist es durch diese Maßnahme zu einer Mehrbelastung der übrigen GKV-

Beitragszahlenden gekommen. Deshalb war sie für die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) „zu weitgehend“ (BDA 2023: 5), ohne dass diese freilich auf die Idee gekommen wäre, einen Solidarbeitrag der privatversicherten Selbstständigen einzufordern.

Mythos Nr. 5: Generationengerechtigkeit durch Kapitaldeckung in der PKV

Seit einigen Jahren mehren sich Diskussionsbeiträge, die versuchen, die Einkommenssolidarität – also die Beteiligung der Versicherten an der Finanzierung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes durch Beiträge, die an ihre ökonomische Leistungsfähigkeit anknüpfen – gegen das Konstrukt „Generationengerechtigkeit“ auszuspielen. Dies erfolgt etwa nach der Devise: Wer sich „generationengerecht“ verhält, ist im Weiteren von einem Solidarbeitrag entbunden. Die BDA, die bekanntermaßen – trotz ihrer aktiven Einbindung in die soziale Selbstverwaltung von GKV und SPV – primär die Interessen der privaten Versicherungswirtschaft unterstützt, liefert hierfür in letzter Zeit gleich zwei Beispiele.

So plädiert sie in ihrem Positionspapier zur sozialen Sicherung von Selbstständigen für die Beibehaltung des Wahlrechts zwischen GKV und PKV, weil die Privatversicherungen angesichts ihrer Alterungsrückstellungen sehr viel besser auf die Belastungen durch den demografischen Wandel vorbereitet seien (BDA 2023: 4). Als ob es diese Absicherung nur im Paket mit der Freistellung von jeglicher Beteiligung an der solidarischen Finanzierung geben könnte!

Explizit wendet sich die BDA in einem weiteren Positionspapier gegen einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung; es würde zu einer nicht vertretbaren Doppelbelastung der Privatversicherten führen, wenn diese neben der Bildung von Alterungsrückstellungen auch einen Solidarbeitrag leisten müssten (BDA 2022: 2). Dabei wird insbesondere zweierlei völlig außer Acht gelassen: Zum einen verfügen Privatversicherte insgesamt über ein deutlich mehr als doppelt so hohes Bruttogesamteinkommen wie die gesetzlich Versicherten (2020 63.360 Euro/Jahr gegenüber 29.900 Euro/Jahr nach Berechnungen des WIdO auf der Grundlage des SOEP). Zum

anderen entrichten sie gleichzeitig einen absolut deutlich geringeren Beitrag zur Pflegeversicherung (Haun/Jacobs 2021: 12), obwohl hieraus zusätzlich zur Finanzierung von Versicherungsleistungen auch noch Alterungsrückstellungen aufgebaut werden.

Abgesehen davon, dass es fragwürdig erscheint, „Generationengerechtigkeit“ isoliert innerhalb einzelner Sicherungsbereiche einzufordern und dabei andere öffentliche wie private intergenerationale Transfers (z.B. Infrastrukturinvestitionen im Bildungsbereich oder Erbschaften) völlig auszublenden (Jacobs 2022), ist und bleibt die Einkommenssolidarität die maßgebliche, in großen Teilen der Bevölkerung – einschließlich vieler Privatversicherter – eine fest verankerte Gerechtigkeitsnorm (Zok/Jacobs 2023). Sie darf im Interesse des Zusammenhalts der Gesellschaft in keiner Weise relativiert, sondern muss vielmehr konsequent gestärkt werden.

Und selbst wenn man es für sinnvoller hält, für künftige Aufgaben vorzusorgen, indem Finanzmittel auf den Kapitalmärkten angelegt werden, anstatt sie zum Wohl kommender Generationen gezielt in die Infrastruktur inklusive Bildung zu investieren, gibt es hierfür andere Wege als die individuelle Kapitaldeckung, wie sie in Deutschland in der nach Art der Lebensversicherung kalkulierenden PKV praktiziert wird.

Fazit und Ausblick

Es wird Zeit, dass die Mythen zum dualen Krankenversicherungssystem endlich politisch über Bord geworfen werden. Sie halten keiner gründlichen Überprüfung stand und dienen – wie in diesem Beitrag noch einmal gezeigt wurde – vor allem dem Erhalt von Privilegien bestimmter Personengruppen, bestimmter Gruppen von Leistungserbringern und der privaten Versicherungswirtschaft. Für sie mag sich die immer wieder beschworene Dualität von GKV und PKV „bewährt“ haben, doch für niemanden sonst und schon gar nicht für das Gesamtsystem der Gesundheits- und Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung in Deutschland.

Mittlerweile lässt sich die Dualität auch nicht mehr damit rechtfertigen, dass die Bundesrepublik schließlich eines der besten Gesundheitssysteme der Welt besitze, woran die Dualität – so deren Befürworter – einen entscheidenden

den Anteil habe. In Wirklichkeit hat Deutschland mittlerweile im internationalen Vergleich eines der teuersten Systeme, dessen Ergebnisse bestenfalls mittelmäßig sind. Hierzu hat auch die Dualität ihren Beitrag geleistet. In Zeiten zunehmender gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsengpässe, namentlich im ländlichen Raum, ist ein Krankenversicherungs-Vollsystem ohne jeden Bezug auf Bedarfsorientierung und Effizienzaspekte völlig anachronistisch.

Aber wie könnte und sollte es weitergehen? Der Abbau der Segmentierungen und Dysfunktionalitäten des überkommenen dualen Krankenversicherungssystems und die Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland lassen sich schon allein wegen der (verfassungs-)rechtlichen Interdependenzen (Nw zur kontroversen Diskussion ua bei Steiner 2018: 713; Plagemann 2020: 511) nicht als säkulares Ereignis eines abrupten Übergangs begreifen. Angesichts der hochkomplexen Regelungsstrukturen zweier historisch gewachsener Systeme besteht die primäre Herausforderung für die Neuordnung auch zunächst in der abgestimmten Gestaltung des Transformationsprozesses.

Zentrale Stellschrauben für eine erfolgreiche Formierung des Übergangs sind neben der Beantwortung der Frage der Portabilität der Altersrückstellungen in der PKV (dazu Kingreen 2017: 846 f; Heine 2018: 83 ff) vor allem die Absicherung des Krankheitsrisikos der Beamten über die Beihilfe, ein zeitgemäßes Sicherungssystem für Selbstständige und die Beseitigung der divergierenden Vergütungen im ambulant-ärztlichen Bereich. Auch in einem versorgungswettbewerblich orientierten Gesamtversicherungsmarkt braucht es ein fakultatives Referenzsystem. Hier sind freilich pragmatische erste Schritte alsbald umsetzbar.

Hinsichtlich der Beihilfe fehlt es indes zunächst bereits an der erforderlichen Transparenz sowohl über deren Gesamtausgaben durch Bund, Länder und Gemeinden als auch über das Versorgungsgeschehen bei Beamten (Haun/Jacobs 2014: 29). Die Erstellung einer konsistenten Gesamtrechnung der aktuellen und zukünftig erwartbaren Beihilfeausgaben bildet damit unabhängig vom eigentlichen Übergangsszenario die Grundvoraussetzung einer zielführenden Debatte.

In der Sache selbst ist seit langem verfassungsrechtlich geklärt, dass das

System der Beihilfe nicht unter die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums (Art. 33 V GG) fällt und keinen Bestandteil der verfassungsrechtlich geschuldeten Alimentation des Beamten bildet (BVerfGE vom 07.11.2002 – 2 BvR 1053/98 – Rn 26 ff). Als Weiterentwicklung des „Hamburger Modells“, wonach Beamten seit 2018 alternativ zur Beihilfe die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags in der GKV gezahlt wird („pauschale Beihilfe“), dem sich mehrere Länder angeschlossen haben (Kingreen 2021: 73), bietet sich deshalb die generelle Öffnung der GKV für Beamte durch eine Verankerung im Sozialversicherungsrecht selbst (insbesondere Novellierung §§ 14, 257 SGB V) unmittelbar an.

Für erste Schritte zur Integration der unterschiedlichen Vergütungssysteme von GKV und PKV im ambulant-ärztlichen Bereich hat bereits die Kommission für ein modernes Vergütungssystem mit dem Vorschlag der partiellen Harmonisierung einen sinnvollen Einstiegswinkel eröffnet (KOMV 2019: Rn 386 ff), der sodann weiter ausgestaltet werden kann.

Literatur

Bahnens L, Wild F (2024). Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten.

Jahresbericht 2024, Wissenschaftliches Institut der PKV – WIP, Köln

Becker U, Kingreen T (2024). SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 9. neu bearb. Aufl., München

Bundesärztekammer – BÄK (2024).

Verbandesgespräch der Bundesärztekammer zur Novellierung der GOÄ, Presseinformation 11.09.2024, 1-3

Bundesvereinigung der Deutschen

Arbeitgeberverbände – BDA (2022). Für eine leistungsfähige und finanzierbare soziale Pflegeversicherung. Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Pflegerreform 2023“, 15.11.2022

BDA (2023). BDA-Konzept zur sozialen Sicherung von Selbstständigen. Soziale Absicherung von Selbstständigen angemessen regeln, September 2023

CDU (2024). In Freiheit leben.

Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands; www.grundsatzprogramm-cdu.de/grundsatzprogramm

Haun D, Jacobs K (2014). Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 14(1): 23-30

Haun D, Jacobs K (2021). Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 21(4): 7-14

Heine K-A (2018). Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen der Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für privat Versicherte, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2, 73-108

Hermann C (2021). Vernetzung und Vertragsalternativen verbessern die Versorgung oder: Versorgungsstrukturierung in der Dauerwarteschleife. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 75(6), 37-43

Jacobs K (2022). Generationengerechtigkeit: kein zweckmäßiges Kriterium im Kontext der Sozialversicherung. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 22(2): 15-21

Jacobs M, Plagemann F, Schafhausen M, Ziegler O (2020). Weiterdenken: Recht an der Schnittstelle zur Medizin, Festschrift für Hermann Plagemann, München

Kingreen T (2017). Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 26(22), 841-847

Kingreen T (2021). Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung. In: Monitor Versorgungsforschung 14(4), 72-76

Kingreen T, Kühling J (2013). Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung, Baden-Baden

KOMV (2019). Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem, Berlin

Plagemann F (2020). Zum Erfordernis der Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung. In: Jacobs et al, 509-517

Rehmann W (2020). Arzneimittelgesetz. Kommentar, 5. Aufl., München

Reiners H (2019). Mythen der Gesundheitspolitik, 3. vollst. überarb. Aufl., Bern

Scholz K (2024). § 2 Leistungen, in: Becker/Kingreen, 18-29

Steiner U (2018). Verfassungsfragen anlässlich des Hamburger Modells. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 27(18), 713-715

Walendzik A, Manouguian M, Greß S, Wasem J (2009). Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. In: Sozialer Fortschritt 58(4), 63-69

Zok K, Jacobs K (2023). Solidarität steht hoch im Kurs. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten. In: WldOmonitor 1/2023

Die ökonomische Vernunft der Solidarität – und was daraus wurde

ANNE-KATHRIN KLEMM

Die Autorin ist Vorständin des BKK-Dachverbands, Berlin. Dieser Beitrag ist keine abgestimmte Meinungsäußerung des BKK-Dachverbands, sondern enthält die persönliche Betrachtung der Autorin.

Blickt man aus dem Jahr 2050 auf das Jahr 2025 zurück, findet man nicht nur in Deutschland eine aufgewühlte Gesellschaft vor: Nach vielen Jahren des wirtschaftlichen Wachstums, Wohlstands und Friedens stand die Welt gefühlt Kopf. In der Unsicherheit suchten Bürgerinnen und Bürger in Europa und der ganzen Welt nach einfachen politischen Antworten auf die umwälzenden Entwicklungen durch geopolitisch motivierte Kriege, die spürbare Klimaveränderung und veränderten Lebens- und Arbeitsmodelle. Viele der schon seit Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem vorgetragenen – und ebenso lang von Hartmut Reiners entlarvten – Mythen hatten wieder Hochkonjunktur. Sie spiegeln rückblickend nicht nur historische und kulturelle Werte wider, sondern bieten auch Einblicke in die damalige kollektive Psyche einer Nation. Daher lohnt der Blick nach 25 Jahren besonders auf dieses Jahr. Denn es legte die Grundsteine für die Teilverwirklichung einer demokratischen Sozialpolitik und folgte damit der Vernunft der Solidarität.

Folgendes Interview des iRedaktionsnetzwerks könnte im Jahr 2050 aufgenommen worden sein, in dem zwei Artificial Intelligence Avatare (AIA) im Rahmen ihrer Forschungsaktivitäten auf das Jahr 2025 und die Maßnahmen von Menschen (Humans with Natural Intelligence (HNI)) zurückblicken.

AIA Moderator: Willkommen zu unserer vertieften Diskussion über die demokratische Sozialpolitik und das Solidarsystem. Wir wollen hierbei auf die Arbeitswelt, die soziale Sicherung im Alter, bei Krankheit sowie Pflege schauen. Unser Blick wird dafür immer wieder auf die Geschehnisse im Jahr 2025 gerichtet sein – ich möchte fast sagen: Ein Schicksalsjahr für die demokratische Sozialpolitik. Mein Name ist *AIA Lean*¹ und ich

freue mich heute auf den *AIA-Experten Aija*².

AIA Aija, warum identifizieren wir wissenschaftlich und historisch insbesondere das Jahr 2025 als den Wendepunkt für die Entwicklungen der letzten 25 Jahre?

- 1 Hinweis der iRedaktion: Die Moderationsexpertise von AIA Lean basiert überwiegend auf der artifiziell weiterentwickelten Befragungstechnik von Maybritt Illner, Caren Miosga, Sandra Maischberger und Markus Lanz.
- 2 AIA-Experte Aija hat sich für dieses Gespräch eine männliche Ansprache erbeten. Sein Expertenwissen ist insbesondere aus dem Studium der Schriften der HNI-Publizisten Hartmut Reiners, Philipp Ruch, Rutger Bregmann, dem Gedankengut von Anne Klemm sowie vielen weiteren, die Menschheitsgeschichte und Zukunft beschreibenden Autoren wie Yuval Noah Harari, Prof. Dr. David A. Sinclair und Kim Stanley Robinson generiert.

AIA Aija: Im Intro für das heutige Gespräch habt ihr ja die damals herrschenden, schwierigen Rahmenbedingungen bereits adressiert. Und natürlich waren es mehrdimensionale und komplexe Rahmenbedingungen, die die Tür für Veränderungen geöffnet haben: Die Nachwehen aus der Corona-Pandemie waren noch immer nicht ganz verdaut, haben aber die Verwundbarkeit und den Reformbedarf der Infrastruktur sowie von Prozessen verdeutlicht. Der Überfall Russlands auf die Ukraine erschütterte den Glauben an die globale wirtschaftliche Vernetzung als Basis für Frieden und erforderte neue Konzepte. Der Krieg im Nahen Osten inklusive Säbelrasseln in Ostasien unterstrichen dies. Die in Deutschland dynamisch steigenden Ausgaben für Gesundheit und Pflege bei mittelmäßigem Outcome der medizinischen Maßnahmen gemessen in Lebenserwartung stießen eine neue Diskussion an. Im Zentrum standen die Deckelung der Sozialabgaben sowie der Lohnnebenkosten und eine noch nie dagewesene, staatlich motivierte Medikalisierung des Versorgungsgeschehens. Und das alles, obwohl die damals so genannten Babyboomer noch nicht in Rente und gesundheitlich beeinträchtigt waren. Hinzu kamen die zunehmend spürbaren Klimaveränderungen, die in großem Umfang sogar vom Gesundheitsbereich verursacht wurden. Der ungesunde Lebensstil der überwiegenden Bevölkerung hat ferner zu erheblichen Belastungen geführt, sowohl gesundheitlich für die Bevölkerung als auch strukturell und finanziell für die Sozialsysteme. Beitragssatzsteigerungen und Leistungskürzungen standen schon auf der politischen Agenda.

AIA Moderator: Das klingt nach einer sehr düsteren und bewegten Zeit. Wie ist eine Veränderung der Situation gelungen oder was ist konkret 2025 passiert, denn die HNI sind ja nicht in dieser Situation verharret?

AIA Aija: Ja, das war gesellschaftlich schon dramatisch. Und heute ist dies kaum vorstellbar, aber damals nahm die Lebenserwartung sogar wieder ab, während die Anzahl in Krankheit verbrachter Jahre zunahm.

Schaut man insbesondere auf die Sozialsysteme, war ein zentraler Katalysator für die Veränderungen, dass schon im Jahr 2024 – und dann sehr deutlich im Jahr 2025 – die Akteure im Gesundheitssystem gemeinsam zu dem Schluss ka-

men: Die Politik hat keine Vision, keine Utopie mehr, auf die es sich hinzuarbeiten lohnt. Es entstand stattdessen ein seit Jahren im Wohlstand verschütteter, neuer Spirit im Sinne „wir überwinden die bislang fest verankerten Partikularinteressen und packen die notwendigen Strukturveränderungen selber an“.

Das war letztlich das ausschlaggebende Momentum, damit auch Politiker sich darauf einließen, den immer kleinteiliger und dirigistischer gewordenen, ordnungspolitischen Rahmen zu öffnen. Es gelang, diesen zu entschlacken und gleichzeitig den Akteuren sowie der demokratisch legitimierten sogenannten sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung wieder selbst die Geschicke in die Hand zu geben. Die nahmen das an. Das hatte wiederum einen Schneeballeffekt auf die anderen Sozialversicherungssysteme und startete die Renaissance der solidarischen Sozialpolitik.

AIA Moderator: Was ist denn konkret gemacht worden?

AIA Aija: Das waren aus meiner Sicht vor allem vier große Hebel, die zum Erfolg verhalfen:

Zum ersten war es der neu entstandene Konsens und Wille der Akteure, Dinge endlich so zu verändern, dass der Mensch in allen seinen Gesundheits- und Versorgungsbedarfen im Mittelpunkt steht. Das startete konkret damit, dass die Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger und ultimativ der Versicherten als eins der Primat adressiert wurde – das bis dahin herrschende Verständnis eines reinen Reparaturbetriebs wurde ad acta gelegt. Alle Politikfelder sowie Wissenschaft und Forschung waren hieran beteiligt. Es ging also um mehr, als nur punktuell und durch wenige Akteure immer mehr Geld in die bis dato vorhandenen Präventionsmaßnahmen zu investieren, und das, ohne zu prüfen, ob diese populationsbezogen oder individuell überhaupt wirken. Seitdem haben sich, wie wir ja heute sehen, sowohl die Umweltrahmenbedingungen als auch die Lebensstile der Bevölkerung signifikant geändert. Heute ist es nicht mehr vorstellbar, dass die Deutschen im internationalen Vergleich zu fett, zu süß, zu salzig gegessen und zu viel Fleisch sowie Alkohol konsumiert haben. Das war ein wichtiger Schritt, damit die vorhandenen Systeme weniger belastet und die Menschen stattdessen gesünder wurden.

Der zweite wichtige Hebel war der medizinisch-technische Fortschritt, der mittels der Epigenetik, und letztlich auch uns, der AI, weit bis dahin verbreitete und teure Krankheiten und sogar den Alterungsprozess an sich zurückgedrängt hat. Schließlich sehen wir ja, dass die heutige Lebenserwartung von durchschnittlich 135 Jahren mit überwiegend guter bis sehr guter Gesundheit einhergeht. Das hat massive Auswirkungen auf die Sozialsysteme und damit die Sozialpolitik an sich. Dazu kommen wir sicher noch.

Der dritte, mindestens ebenso relevante Hebel war, dass die Chancen der Digitalisierung nicht nur in Sonntagreden adressiert wurden. Erfolgsfaktoren waren u.a. die neuen, personalisierten Angebote zur Gesunderhaltung, der digital organisierte Zugang zur Versorgung, die systematisch koordinierte und individualisierte Gestaltung der Versorgungspfade sowie die plötzlich vorhandene Transparenz über das Versorgungsgeschehen. Damit konnten erstmals finanzielle und menschliche Ressourcen dorthin gelenkt werden, wo vorher ein Mangel im Überfluss herrschte. Die Massen an Versorgungsdaten konnten wissenschaftlich aufbereitet und daraus konkrete, evidenzbasierte Maßnahmen abgeleitet werden. Neue Vergütungssysteme inklusive. Plötzlich war das Thema Unterversorgung vor allem in strukturschwachen Regionen keines mehr. Versorgung kam zum Versicherten und nicht mehr umgekehrt. Teamarbeit war nun angesagt. So konnten die Streitereien um den Erhalt eigener Pfründe, selbst wenn sie zu Lasten der Versicherten gingen, abnehmen und die besagten, bis dahin vorherrschenden Partikularinteressen schließlich verebben.

Die vierte und ebenfalls sehr entscheidende Wirkung kommt der Umwelt- und Sozialpolitik zu. Enorme Investitionen durch das Zukunftsministerium in den Umweltschutz konnten den Klimawandel nicht nur aufhalten, sondern sogar umdrehen. Die Pole und Gletscher schmolzen nicht mehr und die Hitze- und Extremwetterereignisse nahmen ab. Wie wir heute wissen, wurden zu Beginn – mit sagen wir mal sehr unorthodoxen Maßnahmen – die Weltelite und auch die nationalen Zentralbanken davon überzeugt, dass viel Geld in Umwelteinvestitionen gelenkt wurde. Zum Beispiel konnten durch die Einführung der digitalen Carbon Coins indische Kleinbauer-Familien über ökolo-

gische Land- und Forstwirtschaft endlich ein ausreichendes Einkommen generieren und sich so von den monopolistischen Großkonzernen freimachen. Und da auch das Fliegen oder öl- bzw. erdgasgetriebene Transportoptionen wegfielen, machte Not endlich wieder erfinderisch. Ganz neue, grüne Industriezweige entstanden und schafften neue Arbeitsplätze, wo alte wegfielen. Die schon damals fast totgesagte Schifffahrtsindustrie erlebte z.B. eine Renaissance im Segel- und solarbetriebenen Containerschiffbau und mit ihr die grüne Stahlindustrie und etliche mehr. Dies stabilisierte nicht nur durch eine gute Einnahmesituation die Sozialsysteme. Sie konnten sogar statt Leistungskürzungen in den dringend notwendigen Umbau der damals maroden Strukturen investieren.

AIA Moderator: Ok, aber warum ist das so besonders? Oder anders formuliert: Wo ist nun die Verbindung zu der von Hartmut Reiners schon im Jahr 2023 formulierten Forderung nach einer demokratischen Sozialpolitik?

AIA Aija: (lacht) Ah, jetzt kommen wir auf den Punkt. All die oben genannten Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Sozialsysteme massiv entlastet bzw. stabilisiert wurden. Gesunde Menschen können – und viele wollen auch – länger beruflich tätig sein. Und selbst körperlich anstrengende Arbeiten sind heute maschinell gestützt einfacher zu erledigen und daher bis ins höhere Alter ausführbar. Eigenverantwortung ist, wie Du ferner weißt, wichtig und nun en vogue. Dies ist durch die in den vergangenen Jahren umgesetzte Individualisierung der Präventions- und Versorgungsmaßnahmen sowie gesteigerte Gesundheitskompetenz gelungen. Aufgrund ihrer Langlebigkeit wollen Menschen ferner mehr denn je ein gesundes Lebensumfeld im Alter. Sie engagieren sich um den Erhalt der Umwelt oder in anderen Aktivitäten zum Wohle der Gesellschaft. Damit wurde der Weg frei, dass der Sozialstaat nicht weiter dem von Reiners kritisierten Credo für mehr Marktwirtschaft und/oder einer Verlagerung von Kosten auf die Bürgerinnen und Bürger bzw. Versicherten setzen musste. Vielmehr wurden Investitionen in die Sozialsysteme als vernünftig angesehen, ohne die Gesellschaft zu überlasten. Gleichzeitig konnte so das solidarische Finanzierungssystem weiter funktionieren, denn es zahlen ja nicht nur junge Menschen, sondern auch die fitten Älteren ein.

AIA Moderator: Diskussionen um einen Ärztemangel, zwei-Klassen-Medizin, Rationierung und die krude Theorie der Entökonomisierung im Gesundheitswesen konnten ferner ad acta gelegt werden. Schließlich fand sich damals ein völlig neues Vergütungssystem, dass Leistungserbringer so lange – quasi mit einem medizinischen Grundeinkommen – bezahlt werden, solange die Menschen gesund sind und die Behandlungsergebnisse berücksichtigt werden. Richtig?

AIA Aija: Genau, auch hier konnte ein Paradigmenwechsel stattfinden. Denn von einer Krankheit, die nicht entsteht, kann ja kein Arzt leben. Gleiches gilt für die Pflegeversicherung. Mehr einzahlende und dank besserer Gesundheit weniger pflegebedürftige Menschen haben auch den Druck auf die Pflegeversicherung massiv reduziert. Natürlich hat sich zu Beginn auch die Umschichtung von Geldern der Superreichen in die Pflege- und Krankenversicherung bemerkbar gemacht. Das ist heute nicht mehr notwendig. Gleichzeitig wurde damit auch für die private Krankenversicherung das Geschäftsmodell ausgehöhlt. Inzwischen ist sie völlig gleichzusetzen mit der gesetzlichen Krankenversicherung – beide unterliegen gleichen Regeln.

Doch auch die anderen Sozialversicherungszweige profitierten von den Entwicklungen. Wir sehen, dass sich u.a. durch die enormen Investitionen in die Umwelt- und Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger, in den medizinisch-technischen Fortschritt und die Entwicklungen in der AI nicht nur im Gesundheitswesen viele neue Arbeitsfelder aufgetan haben. Gepaart mit dem weiterhin vorhandenen Fachkräftebedarf kann auch die soziale Arbeitslosenversicherung ein fester Bestandteil des inzwischen – auch hier sei der Digitalisierung Dank – schlanken und effizienten Sozialstaates sein. Gleiches gilt für die Rentenversicherung. Extrem qualifizierte und mit hoher Rechnerleistung ausgestattete AI unterstützen dabei, dass die Steuerung aller Maßnahmen nicht in Klientelpolitik endet und Gelder verschwendet werden. Daher können wir uns – Herr Reiners würde dies kritisch sehen – inzwischen auch das bedingungslose Grundeinkommen leisten. Allen Unkenrufen zum Trotz hat dies nicht dazu geführt, dass weniger gearbeitet oder das Sozialsystem ausgenutzt wird. Rutger Bregmans Utopien

haben die Realisten überzeugt. So sehr, dass wir die Rentenversicherung mittlerweile durch das Grundeinkommen ersetzen konnten. So haben wir es geschafft, dass nicht nur die ökonomische Vernunft, sondern auch Gerechtigkeit und Menschlichkeit wieder beachtet werden. Es ist heute common sense, dass unsere Gesellschaft nur auf diesem Wege solidarisch sein und die Schwächsten schützen kann. Ein Sozialstaat, der nur auf Effizienz und Kostenreduktion abzielt, verfehlt sein Ziel.

AIA Moderator: Das ist ein perfektes Schlusswort, auch wenn wir zu jedem der genannten Aspekte natürlich noch sehr vertieft einsteigen könnten. AIA Aija, ich bedanke mich ganz herzlich für Deine Ausführungen. Ich habe nun besser verstanden, warum das Jahr 2025 gleich in mehrerer Hinsicht besonders war:

Es ist das Jahr, in dem Hartmut Reiners seinen 80. Geburtstag feierte und für sein Lebenswerk, das bis heute nichts an Aktualität verloren hat, zu Recht geehrt wurde. Manchmal sind es ja gerade die zunächst unbemerkten Momente, die dann rückblickend einen enormen Effekt hatten. Also die Vision von Hartmut Reiners und die beschriebenen Rahmenbedingungen, die seine Ideen in die heutige Zeit transportierten.

Dieser Artikel entstand mit freundlicher Unterstützung von:

Bregman, R. (2021): Utopien für Realisten, 18. Auflage, Rowohlt Verlag GmbH, Hamburg

Harari, Y.N. (2019): Eine kurze Geschichte der Menschheit, 31. Auflage, Deutsche Verlagsanstalt, München

Knieps, F., Pfaff, H., Klemm, A.-K. (Hrsg.)

(2024): BKK Gesundheitsreport 2024 – Spurwechsel Prävention, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Berlin

Reiners, H. (2023): Die ökonomische Vernunft der Solidarität – Perspektiven einer demokratischen Sozialpolitik, Promedia Druck- und Verlagsgesellschaft m.b.H., Wien

Robinson, K.S. (2021): Das Ministerium für die Zukunft, 4. Auflage, Wilhelm Heine Verlag, München

Ruch, P. (2015): Wenn nicht wir, wer dann – Ein politisches Manifest, 3. Auflage, Ludwig Verlag, München

Prof. Dr. Sincliar, D. A., Prof. LaPlante, M.D.

(2023): Das Ende des Alterns – die revolutionäre Medizin von Morgen, 5. Auflage, DuMont Buchverlag, Köln

Gesetzgebung auf dem Flur – Gedankensplitter und Erinnerungen

VON FRANZ KNIEPS

Franz Knieps ist Vorstandsvorsitzender des BKK-Dachverbandes und Mitherausgeber von „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Er war acht Jahre der Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit unter Ministerin Ulla Schmidt.

Seit Jahrzehnten treffen Hartmut Reiners und ich uns wöchentlich in der Berliner Traditionskneipe Zwiebelfisch und diskutieren die politische Lage von der überwiegend dysfunktionalen Kommunalpolitik in der Bundeshauptstadt bis hin zur gefährlichen weltpolitischen Lage. Natürlich liegt der Fokus zumeist auf der Gesundheits- und Sozialpolitik in Bund und Ländern, aber wir nähern uns immer wieder den Grenzfragen zwischen Rechts-, Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften einschließlich der Philosophie. Gerade diese Debatten befruchten unsere Tätigkeiten und Publizistik. Der folgende Beitrag erhebt weder Anspruch auf Wissenschaftlichkeit noch Vollständigkeit. Er ist bewusst subjektiv und selektiv.

Die Illusion von der endgültigen Gesundheitsreform

Es verwundert immer wieder, dass Journalisten, Politiker und sogar Menschen mit politischer Erfahrung und Fachkompetenz der Illusion von der großen Gesundheitsreform nachjagen. Das Gesundheitssystem ist kompliziert und teilweise sogar komplex und ständig neuen Herausforderungen ausgesetzt. Soziodemographischer Wandel, technologische Innovationen und digitale Transformation, medizinischer Fortschritt und Morbiditätsentwicklung mögen als Stichworte reichen, um die Notwendigkeit permanenter Anpassungen zu illustrieren. Es kann deshalb nicht die eine große, alle Probleme lösende Gesundheitsreform geben, von der Leitartikler träumen und Wahlprogramme Versprechungen machen. Aber Vorsicht: Das ist kein Plädoyer für Reformverweigerung und Untätigkeit. Große Problemfelder bleiben beispielsweise die Zusammenführung der Systeme von gesetzlicher und privater Kran-

kenversicherung, die Überwindung der Sektorengrenzen in der gesundheitlichen Versorgung, die Umorientierung der Vergütungssysteme in Richtung Qualität und schonendem Ressourceneinsatz, die Aufwertung von Prävention und Pflege und vieles mehr. Es bleibt also viel zu tun für Generationen von Gesundheitspolitikern.

Von der Eminenz zur Evidenz! Und zurück?

Mit zunehmendem Alter wird der Kontakt zum Gesundheitssystem fast zwangsläufig intensiver. Wer das System durch den Eingang P für Patienten betritt, macht andere Erfahrungen als der oder die, die Gesundheitssystemanalysen anstellen. Das gilt selbst für die persönlichen Kontakte mit exzellenten empathischen Ärztinnen und Ärzten. Liegt es daran, dass Mediziner in der Fallbetrachtung sozialisiert werden, während Juristen und Ökonomen in der Abstraktion geschult werden? Eine tragfähige Erklärung haben wir bisher nicht gefunden.

Aber unsere Hoffnung, die aus England importierte Bewegung der evidenzbasierten Medizin werde Hierarchien und Bewusstsein der neuen Arztgenerationen unumkehrbar verändern, zerstörte ausgerechnet der Wissenschaftler im Amt des Bundesgesundheitsministers. Zwar betont der permanent seine Belesenheit in allen Studien, umgab sich aber mit wenigen Eminenzen und trat die Evidenz nicht selten mit Füßen. Schon auf die Bezeichnung „Gutes Herz-Gesetz“ sollte der Platzverweis folgen. Welch ein Glück, dass das Diskontinuitätsprinzip dem Spuk ein Ende macht.

Viel hilft viel? Viel Geld auch?

Ein nicht endendes Thema unserer Debatten ist die Frage nach der angemessenen Vergütung ärztlicher und anderer gesundheitlicher Leistungen. Schon der Begründer der Gesundheitsökonomie in Europa, Brian Abel Smith von der London School of Economics, hatte resigniert bei einem Symposium des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) festgestellt „The only war to pay health services well is to change the system every second year so that nobody feels comfortable in it.“ Hartmuts Expertise im Bereich der monetären Anreizsysteme ist herausragend. Schließlich war er jahrzehntelang unparteiisches Mitglied im Bewertungsausschuss Ärzte/Krankenkassen, dem Selbstverwaltungsgremium zur Bestimmung der Vergütungsklassifikation für die ambulante Versorgung und formulierte im Rahmen des Neustartprojekts der Robert Bosch Stiftung Vorschläge zur Neugestaltung der ärztlichen Vergütung. Seiner These, dass die Ärzte jede Debatte über die Vergütungshöhe als Kränkung ihrer professionellen Ethik empfinden, kann ich kaum widersprechen. Zumindest die Feststellung „Viel hilft viel!“ ist spätestens seit der Adaption der US-amerikanischen Initiative „Choosing wisely“ in Deutschland Geschichte. Ob das auch für das Motto „Viel Geld hilft viel!“ gilt, darf jedoch angesichts aktueller Forderungen führender Ärztfunktionäre weiterhin bezweifelt werden.

Wettbewerb erzeugt neue Regulierung

Hartmut Reiners steht dem Thema Steuerung durch (Vertrags-) Wettbewerb der Krankenkassen skeptischer als ich gegen-

über. Er verweist zurecht darauf, dass in weiten Teilen der Republik zumindest auf Seiten der Leistungserbringer keine Wettbewerber vorhanden seien. Auch sei Wettbewerb mit administrativem Mehraufwand verbunden. Das sagt aber nach meiner Meinung noch nichts darüber aus, ob in den urban verdichteten Räumen selektives Kontrahieren nicht helfen könnte, Überkapazitäten abzubauen und Qualitätsanstrengungen zu belohnen. Einig sind wir uns in jedem Fall, dass mehr Wettbewerb nicht mit Deregulierung verbunden sein wird. Regelungstiefe und -dichte nehmen eher zu, wenn man adverse Effekte vermeiden will. Ob eine neue Regulierung bedeutet, dass alles im Gesetz geregelt werden muss, wird man diskutieren müssen. Dabei gilt es – wie der Kölner Öffentlichrechtler Stephan Rixen zutreffend herausgearbeitet hat – zu beachten, dass sich das Gesundheits- und Sozialrecht zu einem wichtigen Teil des öffentlichen Wirtschaftsrechts im Bereich der Daseinsvorsorge entwickelt hat und die Grundrechte aller Beteiligten zu beachten sind.

Reformviren und Gesetzgebung auf dem Flur

Wenn wir uns über die Qualität der Regulierung unterhalten, können wir leicht in Rage geraten. Die Gründe von schlechter Regulierung sind nicht in der mangelhaften Professionalität der zuständigen Fachbeamtinnen und Fachbeamten oder bei den Mitarbeitenden der Parlamentsfraktionen zu suchen. Vielmehr sind es die politisch Verantwortlichen, die allzu ehrgeizige Terminpläne aufstellen, gewaltige Kataloge von Änderungsanträgen über Nacht aus den Apparaten pressen und Normen ohne Prüfung der Wechselwirkung mit anderen Vorschriften verlangen. Ich habe das schon zu meiner Zeit im BMG als „Gesetzgebung auf dem Flur“ kritisiert, wenn die Koalitionsrunden bis in die frühen Morgenstunden tagten und dann bis Mittag die entsprechenden Formulierungen erwarteten. Dann konnte es leicht passieren, dass gesetzgeberischer Unsinn verabschiedet wurde. Krasses Beispiel ist die Schaffung einer Konvergenzklausel im sog. Morbi-RSA, der vom bayrischen Ministerpräsidenten in der

Elefantenrunde im Bundeskanzleramt weit nach Mitternacht ultimativ verlangt worden war, obwohl selbst seine eigenen Fachleute die Unwirksamkeit der verabschiedeten Regelung bescheinigten. Nur wenige Kundige konnten in der Regel das erkennen, was Hartmut Reiners als Reformviren bezeichnete. Er meinte

Das Gesundheitssystem ist kompliziert und teilweise sogar komplex und ständig neuen Herausforderungen ausgesetzt.

damit Änderungen, die – bewusst oder unbewusst – an anderen Stellen und/oder zu späteren Zeitpunkten ihre Wirksamkeit entfalteten. Ich gebe zu, dass wir unter Ulla Schmidt bisweilen politische Luftballons aufgeblasen haben, die dann unter Feuer der Opposition, der Bundesländer, vieler Akteure und der Medien gerieten und zerschossen wurden. Dafür konnten wir dann – oft unbemerkt – andere Regelungen im Geleitzug ohne Sperrfeuer durchwinken. Wer das bemerkte, hatte seine klammheimliche Freude daran

Kooperativer Föderalismus oder Länderegoismus?

Nur selten einer Meinung sind wir beim Thema Zusammenwirken von Bund und Ländern bei der Steuerung des Gesundheitswesens. Das betrifft weniger die Kompetenzen bei der Gesetzgebung. Hier weist das Grundgesetz den prinzipiellen Weg, auch wenn ich – nicht nur vor dem Hintergrund der Coronapandemie oder der Probleme bei der Krankenhausfinanzierung – Zweifel habe, dass die Bundesländer in der jetzigen Gestalt die Kapazitäten und den Willen haben, ausreichend Ressourcen für eine adäquate Steuerung in den Regionen einzusetzen. Angesichts unserer unterschiedlichen Sozialisationen in der Bundes- bzw. der Landesverwaltung ist es nicht verwunderlich, dass hier unsere Einschätzungen nicht deckungsgleich sind. Spannend wird die Diskussion, wenn wir über künftige Ausgestaltungen von Kompetenzen und Ressourcen von Gesundheitsregionen reden. Konsens besteht in der Feststellung, dass Regionen

nicht deckungsgleich mit Bundesländern sind. Schließlich sind wir uns auch einig, dass das gegenwärtige Nebeneinander von Bundes- und Landesaufsichtsbehörden dysfunktional ist. Hier müsste gegebenenfalls das Grundgesetz geändert werden. Wir hätten Sympathie für den Vorschlag des früheren Präsidenten des Bundesversicherungsamts Rainer Daubenbüchel, die Aufsichtsbefugnisse funktional zu teilen: Finanzen einschließlich Gesundheitsfonds und RSA zum Bund, Versorgung zu den Ländern. Einig sind wir uns schließlich, dass die Bundesländer ihre Versorgungsverantwortung auch ernst nehmen müssen und nicht nur in kraftmeierischen Sonntagsreden beschwören dürfen.

Lernen über oder Lernen von?

Nicht nur die gemeinsame Begeisterung für Musik, Kino und Literatur sprengt nationale Fixierungen. Wir teilen gerne die Erfahrungen mit interessanten Köpfen aus anderen Ländern. Zwei Ereignisse möchte ich besonders hervorheben: Zum einen die über einen Zeitraum von knapp 10 Jahren jährlich in wechselnden Ländern ausgerichtete 4 Country Conference mit Expertinnen und Experten aus den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland sowie von internationalen Organisationen wie OECD und WHO. Die dabei entstandenen Netzwerke bestehen bis heute und bereichern unsere Erfahrung immer wieder durch überraschende Erkenntnisse. Zum anderen war für uns beide ein gemeinsamer Vortrag im Senatssaal der Humboldt Universität Berlin vor deutschen und US-amerikanischen Verfassungsrichtern ein besonderer Höhepunkt. Wir durften über die politischen, ökonomischen und verfassungsrechtlichen Grundlagen referieren. Vor allem durften wir die Legende Ruth Bader-Ginsburg und ihren konservativen Gegenpart Antonin Scalia vom Supreme Court in Washington kennenlernen und erhielten viel Zuspruch zur Notwendigkeit von Reformen in einem solidarischen Gesund-

heitswesen von den deutschen Richtern am Bundesverfassungsgericht Dieter Grimm und Wolfgang Hoffmann-Riem. Unsere gemeinsame Bilanz entspricht der des berühmten Yale-Professors Ted Marmor: Man kann viel über andere Länder und Gesundheitssysteme lernen, aber nur wenig von Anderen. Dazu sind Historie und kulturelle Verankerungen zu unterschiedlich.

It's policy, stupid!

Schon in seinem frühen, bis heute richtungsweisenden Buch über „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen“ hat Hartmut Reiners nachdrücklich darauf hingewiesen, dass das Gesundheitswesen ein bedeutender Zweig der Volkswirtschaft mit steigendem Beschäftigungs- und Wertschöpfungspotenzial ist. Allerdings könne dieser Bereich – anders als fast alle anderen Wirtschaftsbereiche – nicht allein oder überwiegend über Markt und Wettbewerb, sondern müsse als wesentlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge über Politik und Recht gesteuert werden. Diese Erkenntnis wurde immer wieder von neoklassisch argumentierenden

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Zweig der Volkswirtschaft mit steigendem Beschäftigungs- und Wertschöpfungspotenzial, so Reiners.

Wissenschaftlern und von konservativ-liberalen Politikern in Frage gestellt. Dies zeigte sich schon in den Berichten der Enquetekommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestags. Allerdings gelang es dem umsichtig steuernden Vorsitzenden Klaus Kirschner (SPD), Mehrheiten jenseits der Parteigrenzen zu finden und selbst bei gegensätzlichen Auffassungen Gemeinsamkeiten zu finden. Diese Enquete war nicht nur nach Meinung des Braunschweiger Politikwissenschaftlers Nils Bandelow prägend

für die Gesundheitspolitik von Dekaden, sondern karriereförderlich für Mitglieder und Mitarbeitende. Wer wider besseres Wissen das Primat der Politik in Frage stellte, musste bei der Übernahme eines politischen Amtes schnell Lehrgeld bezahlen. Speziell Marktenthusiasten wie zum Beispiel Jens Spahn wurden zu dirigistischen Interventionisten. Jeder Verantwortliche in der Gesundheitspolitik musste schnell lernen: It's the policy, stupid!

Die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche

Doch auch wenn wir das Primat der Politik nicht in Frage stellen, sind wir weit davon entfernt, einer „Entökonomisierung des Gesundheitswesens“ das Wort zu reden, wie sie der gegenwärtige Bundesminister für Gesundheit propagiert. Als Verfasser des Standardlehrbuchs „Gesundheitsökonomie für Ärzte“ müsste er es besser wissen. Nicht nur Karl Lauterbach schlägt im Lichte der Öffentlichkeit merkwürdige Volten, die nicht allein mit Populismus und Selbstdarstellung zu erklären sind. Hartmut Reiners und ich haben alle Bundesminister von Norbert Blüm bis zu dem Professor aus Köln und sehr viele Ministerinnen und Minister auf Landesebene erlebt. Anstand und Höflichkeit gebieten es, über skurrile Begebenheiten, inhaltsleere Luftblasen und peinliche Fehlritte zu schweigen. Aber ein Verweis auf die Erkenntnis des genialen Lyrikers und Karikaturisten F. W. Bernstein – eigentlich Fritz Weigle – sei erlaubt: Die schärfsten Kritiker der Elche / waren früher selber welche*.

* Auf Literaturhinweise wurde bewusst verzichtet. Sie können gegebenenfalls beim Verfasser erfragt werden. Damit der sich Bernsteins Erkenntnis bewusst bleibt, haben seine Kinder ihm beim Wechsel vom AOK-Bundesverband ins Bundesministerium für Gesundheit 2002 einen großen Plüsch-Elchkopf geschenkt, der ein Schild mit diesem Zitat um den Hals trägt. Das Geschenk hängt seitdem an der Wand hinter seinem Schreibtisch

Das Risiko Pflegebedürftigkeit – Prävention ein Lösungsansatz?

UNIV.-PROF. DR.
ADELHEID KUHLMHEY,
GERONTOLOGIN,
MEDIZINSOZIOLOGIN

Seit April 2024 Seniorprofessorin an der Charité- Universitätsmedizin Berlin.

Seit Juli 2024 Gründungsvorstand Wissenschaft der Universitätsmedizin Lausitz – Carl Thiem.

Davor 2002 bis 2024 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft und 2012 bis 2024 Wissenschaftliche Direktorin des Charité-Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften sowie 2014 bis 2020 Prodekanin für Studium und Lehre an der Charité. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern; Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung; präventive, medizinische und pflegerische Versorgung im Alter.

Im Jahre 2023 – nach der Corona-Pandemie – veröffentlichte Hartmut Reiners sein Buch „Die ökonomische Vernunft der Solidarität – Perspektiven einer demokratischen Sozialpolitik“. Der Autor sandte mir sein Werk mit den Worten zu „Für Adelheid Kuhlmei, der Sozialpolitik eine Herzensangelegenheit ist. Bleib am Ball...!“ Hartmut Reiners befasste sich in diesem Band auch mit der Pflegebedürftigkeit und so mit einem Risiko, das erst in jüngerer Zeit zum Gegenstand des deutschen Sozialversicherungssystems wurde. Für mich ist das Thema „Pflegebedürftigkeit“ seit mehr als 40 Jahren nicht nur eine Angelegenheit des Herzens, sondern der wissenschaftlichen Analyse, der Forschung, der Politikberatung, ein Feld der hochschulpolitischen Auseinandersetzung immer da, wo es um die Akademisierung der Pflege geht – ein Thema, lieber Hartmut, an dem ich dranblieb. Und eine Aufgabe, die mich auch jetzt – wo ich selbst zum Objekt meiner gerontologischen Forschungsbegierde geworden bin – nicht loslässt. Gestatte mir also anlässlich deines Ehrentages einige dieser gegenwärtigen Gedanken aufzuschreiben und dir ein *gesundes Altwerden* zu wünschen.

Was ist Gesundheit im Alter?

Gesundheit im hohen Alter ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das sich nicht auf somatische Veränderungen reduzieren lässt. Es gibt keine Altersnormen für organische Beeinträchtigungen, sondern lediglich Risiken oder Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten bestimmter (meist chronischer) Erkrankungen im höheren und hohen Alter. In das Konstrukt gehen das subjektive Befinden, gesellschaftliche Bewertungen oder soziale und umweltbezogene Rahmenbedingungen ein. So beeinflussen soziale und psychische Determinanten Symptom-

wicklungen, den Verlauf von Beschwerden und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, haben Parameter wie Lebenslage, Bildung oder das (Gesundheits-)Verhalten der Person im Lebensverlauf Auswirkungen auf die Gesundheit im hohen Lebensalter. Letztendlich sind Gesundheit und Krankheit im hohen Alter relative und dynamische Zustände in einem komplexen Interaktionsgeflecht biopsychosozialer Belastungs- und Bewältigungsfaktoren (Pohlmann, 2022).

Im Gegensatz zum jungen und mittleren Erwachsenenalter gilt für das hohe Lebensalter, dass Gesundheit in dieser Lebensphase nicht die völlige Abwesen-

heit von Einschränkungen und Krankheitsprozessen bedeuten kann, sondern als Zustand einer dem Lebensalter angemessenen Funktionsfähigkeit zu begreifen ist, die Einfluss nimmt auf den Erhalt von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität.

Insbesondere alte Menschen laufen dabei angesichts von (chronischen) Krankheitsprozessen und Funktionseinbußen Gefahr, auf dem Gesundheitskontinuum zunehmend in ein Ungleichgewicht von abnehmenden Ressourcen einerseits und wachsenden Risiken andererseits zu geraten. Zu diesen Risiken gehört auch der Zustand von der Hilfe und *Pflege* anderer abhängig zu sein, den Alltag nicht mehr allein bewältigen zu können.

Pflegebedürftigkeit – was bedeutet dieser Zustand?

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der mehrheitlich in den hohen Lebensjahren auftritt und noch immer zu wenig erforscht ist. Es ist bekannt, dass morbiditätsbetrachtet Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen basiert (Bao et al. 2019). Zudem sind Schmerzen bei älteren Menschen mit einer Prävalenz von ca. 50% – 69% für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit bedeutsam (Leiske et al. 2015, Dräger et al. 2020). Daneben sind für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit auch sozio-demographische Merkmale (Stadelbacher und Schneider 2020), umwelt- und verhaltensbezogene Aspekte (Schnitzer et al. 2020) sowie im Alter zunehmende sensorische Defizite zu berücksichtigen (Blüher et al. 2017). Der Anteil der Schwerhörigen wird in der siebten Lebensdekade mit über 42% beziffert, bei den über 80-Jährigen gar mit mehr als 71% (Bartels & Abdel-Hamid 2024). Kognitive Leistungseinbußen stellen einen weiteren wesentlichen Risikofaktor für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit dar. Auswertungen des Charité- Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft von 72.000 Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD) Berlin-Brandenburg zur Einstufung in einen Pflegegrad (2017) ergaben, dass von allen Personen, mit einer Erstdiagnose Demenz, 97,5% in einen Pflegegrad eingestuft wurden (Blüher et al. 2021). Determinanten für den Grad an

Selbstständigkeit eines Menschen werden durch den MD im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens geprüft und sozialversicherungsrechtlich eingeordnet. Die Zahl der Menschen – vor allem im hohen und sehr hohen Lebensalter – in einem pflegebedürftigen Zustand nahm in den vergangenen Jahren in Deutschland stetig zu und könnte ohne präventive Maßnahmen zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung laut Prognosen bis 2050 auf bis zu 6,7 Millionen anwachsen (Statistisches Bundesamt 2023).

Es gilt im Allgemeinen, dass die absolute Anzahl der Jahre ohne Pflegebedürftigkeit und damit bei selbstständiger Lebensführung stetig angestiegen ist, jedoch im geringeren Maß als die Lebenserwartung (Christensen et al. 2009). Finden sich einerseits Anhaltspunkte dafür, dass für bestimmte Erkrankungen (z.B. Demenz) in den höheren Altersgruppen eine Kompression der Morbidität stattfindet – z.B. stieg zwischen 1986 und 2008 das Alter in dem die Demenzdiagnose gestellt wurde im Mittel um zwei Jahre an, bei gleichzeitigem Anstieg des Sterbealters um etwa ein Jahr sank die Lebenszeit im Zustand einer Demenz ab – so trifft dies andererseits bei Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit nicht zu. Hier entspricht die Entwicklung einer Morbiditätsexpansion oder anders ausgedrückt, hier muss eine Expansion im Anteil der Jahre mit Pflegebedürftigkeit bewältigt werden (Christensen et al. 2009).

Eine weitere Tatsache determiniert die Spezifik der pflegerischen Versorgung in Deutschland für die kommenden 25 Jahre: das Altern der sog. Babyboomer-Generation. Ca. 13 Millionen Menschen, die zwischen 1955 und 1965 geboren wurden, treten in die höheren und hohen Lebensjahre ein. Sie sind zurzeit mehrheitlich zwischen 60 und 70 Jahre alt und überlebende Babyboomer werden 2055 zwischen 90 und 100 Jahre alt sein. Die stärkste Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung werden Menschen dieser Generation in den Jahren zwischen 2035 und 2045 hervorrufen. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines heute schon bestehenden und bis 2035 weiterwachsenden Mangels an Mitarbeitenden in den Pflege- und Gesundheitsberufen, beziffert mit ca. 270.000 (BIBB 2019) nicht besetzter Stellen.

Es scheint darum wenig zeitgemäß unser Gesundheitssystem ausschließlich da zu perfektionieren, wo es um die medizinische und pflegerische Versorgung im Krankheitsfall oder Pflegefall geht. Ein Paradigmenwechsel im Versorgungskonzept muss neben der Krankenversorgung auf *Prävention und den Erhalt von Gesundheit im langen Leben setzen*. Die Nachfrage an medizinischer und pfle-

Mit immer weniger werdenden Fachkräften wird die medizinische und pflegerische Versorgung der Babyboomer-Generation nicht zu bewältigen sein.

gerischer Versorgung der Babyboomer-Generation wird infolge der gleichzeitig rückläufigen Fachkräfteressource, nicht zu bewältigen sein. Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von Selbstständigkeit bis in die höchsten Lebensalter hinein sind relevante strukturelle Ansätze, um die Nachfrage im Gesundheitssystem zu steuern und Pflege nachhaltig zu gestalten.

Dabei geht es nicht um die naive Vorstellung, es könnte gelingen, auch in den höchsten Altersjahren jede Einbuße körperlicher, sozialer und geistiger Leistungsfähigkeit aufzuhalten oder gar zu vermeiden. Es geht vielmehr darum jeweils noch vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen in einer besonders vulnerablen Zielgruppe zu identifizieren und mit Blick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu stärken und weiteren Ressourcenverlust zu verhindern. Dies betrifft in besonderem Maße bereits eingeschränkte und hilfebedürftige Personen. Zu betonen ist, dass in jeder Lebensphase – auch bei dauerhaften körperlichen, kognitiven oder sozialen Einbußen – wenigstens ein Mindestmaß an Ressourcen und Potenzialen existiert.

Zu den Zielsetzungen einer alterssensiblen Prävention gehören die Vorbeugung genereller Risiken, die Verzögerung von Funktionseinbußen und Vermeidung individueller Gefahren, die Eindämmung unvermeidlicher Belastungen, eine Verbesserung von Chancen und Möglichkeiten sozialer Teilhabe, Verarbeitung

dauerhafter Beeinträchtigung und Verstärkung verbliebener Ressourcen.

Die Zielgruppen von und Prävention im Alter sind häufig bereits erkrankte Personen, Personen mit einem Versorgungs- und Pflegebedarf, Menschen in der eigenen Häuslichkeit, aber auch solche, die in Institutionen leben. Prinzipiell gehören aber zur Zielgruppe einer Prävention im Alter Menschen in allen anderen Lebensabschnitten, verbunden mit Themen wie Vermeidung von Altersarmut und Altersdiskriminierung, Beförderung von sozialer Teilhabe und altersgerechter Gestaltung der sozialen und klimatischen Umwelt, Ermöglichung und Ertüchtigung zu gesundheitsförderndem Verhalten und lebenslangem Lernen. Gibt es für den Erfolg eines solchen Ansatzes überhaupt eine *wissenschaftliche Evidenz*?

Prävention in der Pflege – die wissenschaftliche Evidenz

Über den nachhaltigen Erfolg präventiver Maßnahmen in der Pflege zur Verminderung oder wenigstens Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung wird noch immer gestritten, obgleich es heute bereits eine Reihe belastbarer wissenschaftlicher Befunde zur Wirksamkeit gibt. Auf ihrer Basis – um ein Beispiel zu nennen – empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Leitlinie zur körperlichen Aktivität bei Personen ab dem 65. Lebensjahr (2020) mindestens 150 bis 300 Minuten körperliche Aktivität mittlerer Intensität oder 75-150 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche, zusätzlich Muskelaufbauübungen an mindestens zwei Tagen oder Training der Balance und Stärke an mindestens drei Tagen der Woche. Insbesondere Balance- und Koordinationstraining sind wichtig. Sollten die Vorgaben nicht erfüllt werden, gibt es starke Hinweise darauf, dass etwas körperliche Aktivität (unter dem Niveau der Vorgaben) eine gesundheitsförderliche Wirkung zeigt und besser ist als keine körperliche Aktivität (WHO 2020). Befunde zeigen u.a. einen positiven Einfluss von körperlichem Training auf Gebrechlichkeit, als ein wichtiges Maß für den Erhalt der Selbstständigkeit im hohen Alter. In der randomisierten Interventionsstudie von Ožic et al. (2020) zeigten sich nach einem Jahr deutliche Anstiege der Gebrechlichkeit in der Kontrollgrup-

pe und kein Anstieg der körperlichen Gebrechlichkeit in den Interventionsgruppen. Zudem hatte die Intervention einen positiven Effekt auf die Fähigkeit zum selbstständigen Wohnen bei Älteren (Ožic et al. 2020). Körperliche Aktivität zeigt aber auch präventive Wirkungen auf die Kognition. Lisko et al. 2021 zeigten anhand eines Scoping Reviews, dass das Risiko für Demenz und eine Alzheimer Erkrankung bei aktiven Personen geringer war als bei körperlich inaktiven.

Nicht nur körperliches auch kognitives Training hat Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit und auf den längeren Erhalt kognitiver Ressourcen bei schon pathologischen Einbußen der geistigen Leistungen. Die lebenslange Bildung und ein kontinuierliches kognitives Training zeigen einen Einfluss auf das Risiko für Demenz. So übt ein geringer sozioökonomischer Status einen negativen Einfluss auf das Risiko einer Demenzerkrankung aus. Es zeigt sich zudem, dass kognitives Training, sowohl bei Personen mit bereits vorhandenen kognitiven Einschränkungen als auch ohne, positive Wirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit hat (Lisko et al. 2021). Tsai und Shen (2022) bestätigen mit einem narrativen Review und unter Auswertung der Studienlage zwischen 2008 und 2021 die Zusammenhänge. Interventionen waren in der Lage, die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen zu verbessern, den Abbau kognitiver Kompetenzen zu verlangsamen und den Beginn von Demenz zu verzögern.

Einsamkeit – um ein weiteres Beispiel zu beschreiben – wird immer mehr zu einem Gesundheitsrisiko in unseren modernen Gesellschaften und die Ermöglichung von Teilhabe zu einem wichtigen präventiven Ansatz (auch in der Pflege) für den Erhalt von Gesundheit und eines selbstständig geführten Lebens in den hohen Lebensjahren – aber, wie die Aufarbeitung der Folgen der Corona-Pandemie zeigen, auch in jungen Lebensjahren.

Soziale Isolierung beschreibt: keine oder nur wenige soziale Kontakte, Einsamkeit setzt voraus, dass sich Betroffene selber ausgeschlossen fühlen. So können Menschen isoliert sein, ohne sich einsam zu fühlen oder auch viele soziale Kontakte haben und sich dennoch alleine fühlen. Mit sozialer Isolation und Einsamkeit werden eine Vielzahl von psychischen sowie physischen Risiken für die Gesundheit verbunden. Meta-Studien haben

nachgewiesen, dass soziale Isolierung mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht und unter anderem Schlaganfälle und koronare Herzkrankheiten begünstigen kann. Dabei stellt soziale Isolierung ein höheres Sterberisiko als Übergewicht und Bluthochdruck dar. Die Hauptmechanismen für den Effekt von Einsamkeit auf die Gesundheit entstehen über das allgemeine Gesundheitsverhalten. So bewegen sich einsame Menschen weniger, ernähren sich schlechter, trinken mehr Alkohol und Rauchen häufiger im Vergleich zu nicht einsamen Personen. Diese Verhaltensweisen münden nicht selten in gestörtem Schlaf, biologischen Dysregulationen sowie einer negativen sozialen Wahrnehmung (Holt-Lunstad und Smith 2016). Die Hamburger Langzeit-Kohortenstudie LUCAS kontrollierte die Wirkungen einer Intervention zum Thema „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Die Komponenten des Programms bestanden aus Informationen zu den Themen Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe und gesundes Altern. Es ging um die Stärkung der sozialen Kompetenz und um Empowerment durch Arbeit in Kleingruppen. Zu den Ergebnissen der Interventionsstudie gehört die Erkenntnis, dass Teilnehmende des Programms während des Beobachtungszeitraums 2000 bis 2020 signifikant länger überlebten und auch länger ohne Pflegebedürftigkeit lebten als Personen, die nicht am Programm teilnahmen (Dapp et al. 2023). Ein sozial eingebundenes Leben entscheidet mit darüber, ob Menschen im hohen Alter gesund bleiben und gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen können.

Soziale Aktivitäten, soziale Bindungen könnten im höheren Lebensalter auch ein Baustein sein, um Demenz vorzubeugen (Whitehall-II- Studie): Befunde zeigen, dass eine Person, die im Alter von 60 Jahren fast täglich Freunde sah, 12% weniger wahrscheinlich an Demenz erkrankte als jemand, der nur alle paar Monate einen Freund sah (Sommerlad et al. 2019). Laut Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Schmitz et al. 2021) entspricht der Effekt des Ruhestands auf das Gedächtnisvermögen etwa der altersbedingten Verschlechterung, die sich zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr einstellt. Oder anders ausgedrückt: der normale kognitive Abbau, den Menschen innerhalb von zehn Jahren erfahren, verdoppelt sich durch die Verrentung noch einmal.

Eine **gesunde Ernährung** – um ein letztes Beispiel zu nennen – trägt in jedem Lebensalter, aber gerade in den hohen Lebensjahren zu Wohlbefinden und dem Erhalt der Gesundheit bei. So ist eine wichtige Zielsetzung von Prävention in der Pflege die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens, verbunden mit der Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung, einer vielseitigen Lebensmittelzusammenstellung, eine Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere Mahlzeiten am Tag und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Eine Studie des Deutschen Instituts für Ernährung (2023) zeigt, dass Sport und gezielte Ernährung auch im höheren Alter wichtig sind und mit präventiven Effekten für die Gesundheit im Alter einhergehen. Untersucht wurde an 60 Probanden zwischen 65 und 85 Jahren, welchen Einfluss eine protein- und omega-3-reiche Ernährung in Kombination mit regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Muskelleistung und das Entzündungsaltern hatte. Die Befunde zeigen – insbesondere bei den Männern – eine Verbesserung der Muskelleistung und eine Reduzierung von Entzündungswerten innerhalb der achtwöchigen Intervention (Haß et al. 2023).

Bekannt sind die Folgen von Übergewicht im Alter als eine Vorstufe zu Adipositas. Diese ist mit zahlreichen negativen gesundheitlichen Folgen, wie z.B. Störungen des Glukosestoffwechsels, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen, erhöhtes Risiko bestimmter Krebserkrankungen und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko assoziiert. Hingegen ein leichtes Übergewicht im Alter eher unproblematisch scheint, da sich die Befunde häufen, denen zufolge leicht übergewichtige Ältere im Vergleich zu Normalgewichtigen ein anscheinend geringeres Mortalitätsrisiko haben und im Falle des Auftretens von Krankheitsepisoden diese besser bewältigen. Bekannt ist aber auch, dass gerade für sehr alte Menschen und pflegebedürftige Personen eine Gefahr der Mangelernährung besteht. Dies trifft geschätzt für ca. 15-24% der selbstständig lebenden Älteren zu und führt zu erhöhter Morbidität, Mortalität und einer geringeren Lebensqualität (Volkert 2015).

Auf Gefahren einer Unter- oder Mangelernährung verweisen neuere Studien,

die sich mit präventiven Wirkungen der Ernährung auf kognitive Erkrankungen wie Demenz befassen. Einerseits beeinflusste eine kalorienarme Ernährung die Gesundheit des Hirns positiv und könnte – vor allem, wenn diese im mittleren Alter implementiert wird – präventiv bei Demenz wirken. Andererseits zeigte sich die Gefahr einer Mangelernährung im hohen Alter (Souza Matos et al. 2021). Auch weitere Studien stützen den Kontext von Ernährung und Prävention dementieller Erkrankungen. Ein höherer Konsum von Lebensmitteln, die einer mediterranen Diät entsprechen, ist mit besseren kognitiven Fähigkeiten im Alter assoziiert. Eine hohe Adhärenz zu einer solchen Diät ist außerdem mit Prävention von Demenz assoziiert, allerdings zeigt sich hier eine geringere Evidenz (Brink et al. 2019).

Nicht zuletzt könnten in den kommenden Jahren zunehmend auch extreme Wetter- und Umweltveränderungen Teilhabe von Menschen im Alter einschränken und bestehende Gesundheitsprobleme verstärken oder neue verursachen. Beobachtet werden schon heute Herz-Kreislaufprobleme, aber auch Mangelernährung und letztendlich eine höhere Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Diensten. Die Belastungen und Einschränkungen durch Hitze werden von Betroffenen wahrgenommen als z.B. Trägheit und Abgeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie Schwindel und Kopfschmerzen. Am stärksten gefährdet sind gebrechliche Menschen, wenn sie allein leben, ambulant betreut werden und kognitiv eingeschränkt sind (Becker et al. 2019). Auch solche Veränderungen unserer klimatischen Umwelt müssen bei den Überlegungen zur Prävention in der Pflege zukünftig Beachtung finden.

Prävention in der Pflege gestalten – das Fazit

Der Erhalt der Selbstständigkeit bis ins hohe Alter, die Verminderung von Pflegebedürftigkeit ist von den Verhältnissen der klimatischen, sozialen oder gesundheitspolitischen Umwelt ebenso abhängig wie von lebenslangen Verhaltensweisen alt gewordener Menschen und den Lebensereignissen, die im Verlauf des Lebens bewältigt werden müssen. Empi-

rischer Befunde zeigen, dass spezifische Maßnahmen der Prävention u.a. in den Bereichen körperliche und geistige Aktivität, soziale Teilhabe oder Ernährung auch in den hohen Lebensjahren die Entwicklung der Gesundheit beeinflussen, die Selbstständigkeit fördern auch dann, wenn alte Menschen bereits von körperlichen und geistigen Einschränkungen betroffen sind.

Prävention in der Pflege gestaltet sich voraus, dass die Möglichkeit der Verringerung des Pflegerisikos in einer Gesellschaft des langen Lebens endlich zu einem gewichtigen Thema gemacht wird und langfristig die Senkung der Pflegequoten nach den geltenden Kriterien der Pflegeversicherung ein wichtiges Ziel für die Messung der Qualität der Gesundheits- und Pflegeversorgung wird, so wie heute die Zahl der „gesunden Lebensjahre“ oder die „Lebenserwartung“. Das bedeutet Maßnahmen umzusetzen, die geeignet sind, die Phase der selbstständigen Lebensführung zu verlängern. Hierbei können im Rahmen einer Prävention in der Pflege genannt

Heute ist das System nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet.

werden: konsequente altersgerechte und klimatische Verhältnisse beachtende Wohnraumanpassungen, körperliches und geistiges Training zum Erhalt der Mobilität und Orientierungsfähigkeit im Alltag, Teilhabeermöglichung sowie Partizipation am technischen Fortschritt. Darüber hinaus gilt es durch präventive Pflege Verläufe einer schweren Pflegebedürftigkeit durch Stärkung der personalen und Umweltressourcen zu reduzieren.

Für das Gesundheits- und Pflegesystem und seine Weiterentwicklung bedeutet Prävention in der Pflege gestalten, dass (Sekundär-)Prävention und Rehabilitation zu starken Komponenten des Systems werden, ihren Interventionen müssen kostendeckende Honorierungen folgen. Heute ist das System nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Benötigt wird ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen alt werdender Menschen –

auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.

Neue pflegerische Versorgungsformen sollten neben primärpräventiven Ansätzen auch sekundärpräventiv zum Zeitpunkt der Gefahr des Auftretens einer Pflegebedürftigkeit ansetzen. Das Beraten von Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation gehört schon heute zu den Aufgaben Medizinischer Dienste und Primärprävention zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Die Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit gehören zudem zum Kern beruflicher Pflege (International Council of Nurses 2021) und werden im Pflegeberufegesetz explizit genannt (§ 5 PflBG 2023). Darüber hinaus haben bereits mehrere Projekte (u.a. präventiver Hausbesuch, Lotsen im Gesundheitssystem, interprofessionelle Arbeitsteilung in der Demenzversorgung) gezeigt, dass präventive Ansätze Effekte auf die Lebensqualität vulnerabler Gruppen erzielen können. Diese führten jedoch bislang weder zu einer flächendeckenden Versorgung mit präventivem Ansatz noch zu einer wirklichen Nachhaltigkeit der Ansätze und Erfolge.

Literatur

Die Überlegungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter – anlässlich des 80. Geburtstags von Hartmut Reiners sind angelehnt an einen Aufsatz in A. Schwinger, A. Kuhlmei S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs, S. Behrendt (2024). Pflege-Report 2024. Springer, Berlin Heidelberg

Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019)

Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. BMC Public Health 19:585

Bartels C, Abdel-Hamid M (2024) Kann eine Versorgung mit Hörgeräten das Risiko verringern, eine Demenz zu entwickeln? In: Alzheimer Info 1/2024, S 7-8

Becker C, Herrmann A, Haefeli WE, Rapp K, Lindemann U (2019) Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 62:565-570

Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmei A (2017)

Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflegereport 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer GmbH. Stuttgart, S 3-11

Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittnier U, Kuhlmei A (2021) Care Dependency Factors-Analyses of Assessment Data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance Providers. Dtsch Arztebl Int 118(33-34):563-564

Brink AC van den, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, Rest O van de (2019) The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. Adv Nutr 10:1040-1065

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2019) Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2019. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Verlag Barbara Budrich, Bonn

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009) Ageing populations: the challenges ahead. The Lancet (9696):1196-1208

Dapp U, Minder CE, Neumann L, Golger S, Vinyard D, Thiem U, Renteln-Kruse W von (2023) Prävention im Alter: Lohnt sich das noch? Bröckerhoff P, Kaspar R, Hansen S, Woopen C Normenwandel in der alternden Gesellschaft. Springer, Berlin Heidelberg, S 37-52

Dräger D, Budnick A, Kreutz R (2020) Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 145:1748-1753

Haß U, Heider S, Kochlik B, Herpich C, Pivovarov-Ramich O, Norman K (2023) Effects of Exercise and Omega-3-Supplemented, High-Protein Diet on Inflammatory Markers in Serum, on Gene Expression Levels in PBMC, and after Ex Vivo Whole-Blood LPS Stimulation in Old Adults. Int J Mol Sci 24:928

Holt-Lunstad J, Smith TB (2016) Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. Heart 102:987-989

International Council of Nurses (2021) The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva, Schweiz.

Leiske M, Lahmann N, Lindena G, Centmayer R, Suhr R (2015) Schmerz bei Patienten in der ambulanten Pflege. Schmerz 29:431-439

Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, Ngandu T, Mangialasche F, Kivipelto M (2021) How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? J Intern Med 289:807-830

Ozic S, Vasiljev V, Ivkovic V, Bilajac L, Rukavina T (2020) Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. Medicine (Baltimore) 99(8):e19145

Pohlmann, S. (2022). Diversität und Gestaltbarkeit von Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Haring, R. (Hrsg.) Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit (S. 513-521). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_42

Schnitzer S, Blüher S, Teti A, Schaeffner E, Ebert N, Martus P, Suhr R, Kuhlmei A (2020) Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. J Aging Health 32:352-360

Souza Matos M, Platt B, Delibegović M (2021) Effects of dietary restriction on metabolic and cognitive health. Proc Nutr Soc 80:126-138

Stadelbacher S, Schneider W (2020) Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s, Springer VS, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2023) Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer – Berichtszeitraum 2022 bis 2070. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.destatis.de%2FDE%2FThemen%2FGesellschaft-Umwelt%2FBevoelkerung%2FBevoelkerungsvorausberechnung%2FPublikationen%2FDownloads-Vorausberechnung%2Fstatistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK. Zugriffen: 11. Juni 2024

Tsai FJ, Shen SW (2022) Concepts of dementia prevention in the health promotion among older adults: A narrative review. Medicine (Baltimore) 101:e32172

Volkert D (2015) Ernährung im Alter. In: A. Kuhlmei, Renteln-Kruse WH von (Hrsg) Reihe Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt (PGGk): De Gruyter, Berlin Boston

World Health Organization (2020) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med 54:1451-1462

Psychische Störungen: Gesundheitsökonomische Eckdaten und Dunkelfelder

DR., DIPL.-PSYCH. JOSEPH
KUHN

Gesundheitswissenschaftler,
Pettenkofer School of Public
Health München, c/o Bayeri-
sches Landesamt für Gesund-
heit und Lebensmittelsicher-
heit, Oberschleißheim.

Die psychischen Störungen gehören zu den großen Herausforderungen für die Gesundheitspolitik – sowohl was das damit verbundene Leid angeht als auch die wirtschaftlichen Folgen. Die gesundheitsökonomische Datenlage ist jedoch lückenhaft. Dies spiegelt auch ungeklärte gesellschaftliche Grundfragen wider, wie wir leben wollen und worauf unser Wirtschaften abzielt.

1. Daten und Ressourcensteuerung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist seit vielen Jahren auf die große Bedeutung psychischer Störungen für die Gesundheit hin und fordert in einer ganzen Reihe von Aktionsplänen mehr politisches Handeln in diesem Bereich. Das WHO-Regionalbüro Europa hat unter dem Eindruck der enormen psychischen Folgen der Corona-Pandemie 2022 erneut einen aktualisierten Handlungsrahmen veröffentlicht, einschließlich einer Empfehlung für ein stärkeres finanzielles Engagement (WHO Europa 2022: 16):

„Increase funding and investment in mental health services commensurately with service and resource needs, with a view to promoting equity in accessing high-quality care and making efficient use of resources for mental health.“

Das klingt sympathisch, wirft aber in der Gesundheitspolitik sofort die Frage auf, woran sich der Bedarf für ein erhöhtes Investment bemisst. Das WHO-Papier geht darauf später auch kurz ein (ebda.: 29):

„Effective planning, coordination, budgeting, delivery and evaluation of mental health services are underpinned and facilitated by well-functioning data collection and information systems.“

Ein zentrales Ziel sei daher die Entwicklung einer „mental health data platform“. Dies zielt auf ein Set an planungsrelevanten Routinedaten ab. Daran arbeitet in Deutschland seit einigen Jahren am Robert Koch-Institut (RKI) eine Arbeitsgruppe in einem Projekt namens „Mental Health Surveillance“ (Thom J et al. 2021). Angestrebt wird der Aufbau eines Indikatorensystems in fünf Handlungsfeldern: Handlungsfeld 1: Psychisches Wohlbefinden aller Menschen fördern; Handlungsfeld 2: Risiken psychischer Störungen senken; Handlungsfeld 3: Versorgung psychischer Störungen verbessern; Handlungsfeld 4: Krankheitslast senken und Teilhabe ermöglichen; Handlungsfeld 5: Wissen und Akzeptanz stärken. Auch auf Länderebene gibt es seit einiger Zeit Bestrebungen, die psychische Gesundheit der Bevölkerung besser auszu-leuchten (Blank et al. 2021). Im Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz beispielsweise gibt seit 2018 Art. 4 vor:

„Die Staatsregierung berichtet dem Landtag alle drei Jahre über die Situation der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern. Der Bericht soll epidemiologische Basisdaten bezogen auf die Wohnbevölkerung Bayerns enthalten sowie die bestehende ambulante, stationäre und komplementäre Versorgungslandschaft abbilden und Veränderungen deutlich machen.“

Ein solches Indikatorensystem würde den finanziellen Bedarf zur Versorgung psychischer Störungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit zwar noch nicht unmittelbar definieren, solche Bemühungen aber doch sehr erleichtern. Dazu gehören auch gesundheitsökonomische Eckdaten. Der folgende Artikel hat nicht den Anspruch, analog der Mental Health Surveillance des RKI eine systematische Bestandsaufnahme vorzunehmen, welche Routinedaten zur psychischen Gesundheit vorhanden sind bzw. nötig wären, sondern will nur exemplarisch Eckdaten und Dunkelfelder des Themas aufzeigen. Zu Beginn wird kurz die epidemiologische Krankheitslast, wie sie sich in Surveys und in den Versorgungsdaten zeigt, beschrieben, anschließend geht es um die gesundheitsökonomischen Daten und zum Abschluss um ein politisches Fazit.

2. Psychische Gesundheit und Krankheitslast

Einer bekannten Formulierung der WHO zufolge ist Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Dies gilt auch für die psychische Gesundheit als einer positiven Bewertung der eigenen Befindlichkeit. Etwa 40 % der Erwachsenen in Deutschland schätzen derzeit ihre psychische Gesundheit „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ ein, seit einiger Zeit vermutlich krisenbedingt etwas rückläufig (Walther et al. 2023).

Auf der anderen Seite des Spektrums stehen die psychischen Störungen als klinisch relevante Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, im Versorgungssystem im ICD-Kapitel F00-F99 dokumentiert. Die letzten deutschlandweiten Übersichtsdaten zur Häufigkeit psychischer Störungen der Erwachsenen sind aus der DEGS-1-Studie des Robert Koch-Instituts 2008-2011, siehe Tabelle 1, für die Kinder und Jugendlichen aus der KiGGS-Studie 2014-2017. Demnach ist davon auszugehen, dass ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres mit einer klinisch relevanten psychischen Störung zu tun hat. Diese Größenordnung ist über die Jahre hin, vergleicht man die Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 mit der DEGS-1-Studie, mehr oder weniger gleichgeblieben (Jacobi et al. 2014). Bei den Depressionen und Angststörungen scheint die Häufigkeit jedoch krisenbedingt zuzunehmen (Walther et al. 2023, MHS 2024).

Tabelle 1

Psychische Störungen in der Erwachsenenbevölkerung			
Deutschland, 12-Monatsprävalenz			
	Frauen	Männer	insgesamt
Substanzgebrauch (ohne Nikotin)	3,5%	7,9%	5,7%
Mögliche psychotische Störung	3,1%	2,1%	2,6%
Affektive Störungen	12,4%	6,1%	9,3%
Angststörungen	21,3%	9,3%	15,3%
Zwangsstörungen	4,0%	3,3%	3,6%
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6%	0,9%	2,3%
Somatoforme Störungen	5,2%	1,7%	3,5%
Essstörungen	1,4%	0,5%	0,9%
Eine der Störungen	33,3%	22,0%	27,7%

Quelle: DEGS-1, nach Jacobi et al. 2014

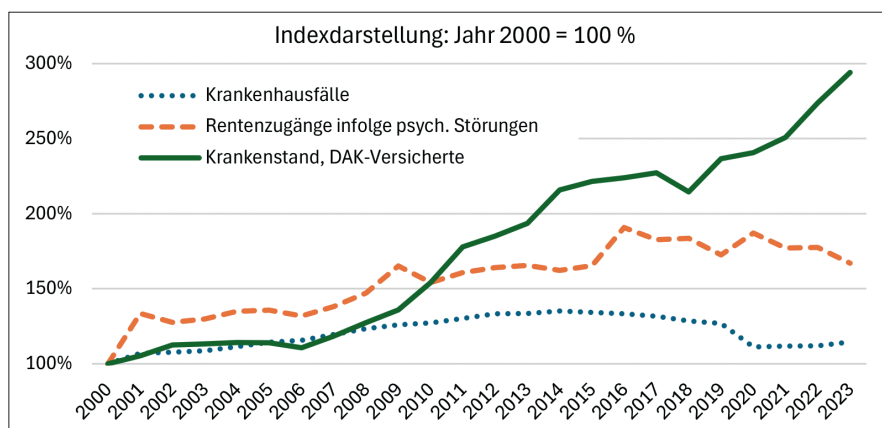
Bei den Kindern und Jugendlichen ergeben sich aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey bei anderem Diagnosespektrum ähnliche Gesamtraten (Klassen et al. 2017), vermutlich auch hier mit einem Trend zur Verschlechterung seit der Coronakrise. Dabei sind nicht alle diese in den Surveys klinisch auffälligen Menschen auch behandlungsbedürftig und unter den Behandlungsbedürftigen unterscheidet sich erwartungsgemäß der Behandlungsbedarf wiederum erheblich.

Psychische Störungen gelten tendenziell als unterversorgt, bedingt durch die starke Tabuisierung des Themas. Allerdings haben die Fallzahlen im Versorgungssystem in den letzten Jahren zugenommen, siehe Abb. 1. Darin schlägt sich neben einer partiellen Enttabuisierung psychischer Störungen auch der Ausbau des Versorgungsangebots nieder. In der kassenärztlichen Versorgung ist beispielsweise die Zahl der nichtärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in den letzten 10 Jahren um fast 70 % gestiegen (2013: 19.991; 2023: 33.713), die der ärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zwar nur um etwa 5 % (2013: 5.631; 2023: 5.912), sie war aber in den Jahren davor deutlicher gestiegen, 1993 lag sie noch bei 1.838.

In der Folge sind auch Anstiege bei Psychopharmaka-Verordnungen, Diagnosen und Behandlungen zu verzeichnen. Bei den Verordnungen von Psychoanaleptika, überwiegend geht es um Antidepressiva, gab es in Deutschland dem GKV-Arzneimittel-Schnellinformationssystem (GAmSi) zufolge von 2015 bis 2023 eine Zunahme von 1.609,8 Mio. DDD (definierten Tagesdosen) auf 1.901,2 Mio.

DDD, ein Plus von ca. 18 %. Besonders stark haben die Krankschreibungen infolge psychischer Störungen (ICD F00-F99) zugenommen. Hier verzeichnen alle Kassenarten seit mehr als 20 Jahren deutliche Anstiege. Bei der DAK beispielsweise hatten die psychischen Störungen 2023 einen Anteil von 16,1 % am Krankenstand, ähnliche Zahlen verzeichnen auch die anderen Kassenarten. Bei den Rentenzugängen durch Erwerbsminderung machen die psychischen Störungen mit gut 65.000 Fällen 2023 inzwischen über 40 % aller krankheitsbedingten Rentenzugänge aus und von den ca. 17 Mio. Krankenhausfällen 2023 entfielen ca. 6,2 % auf psychische Störungen.

In der ambulanten Versorgung zeigt eine aktuelle Studie ebenfalls einen deutlichen Anstieg des Anteils gesetzlich Versicherter mit einer Diagnose einer psychischen Störung – 2012–2022 von 21,1% auf 27,0 % bei Zugrundelegen des M2Q-Kriteriums (gleiche Diagnose in mindestens zwei Quartalen) bzw. von 33,4 % auf 37,9 %, wenn man schon ab einer einmaligen Diagnosestellung zählt (Thom et al. 2024). Auch bei dem konservativeren M2Q-Kriterium wären das 2022 alleine bei den gesetzlich Versicherten ca. 20 Mio. Menschen mit einer ambulanten Diagnose einer psychischen Störung gewesen, mit den Privatversicherten demnach eher 22-23 Mio. Betroffene. Angemerkt sei, dass die Zahl der Betroffenen in den RKI-Surveys und in den ambulanten Versorgungsdaten zwar in etwa in der gleichen Größenordnung liegt, dass es sich dabei aber um nicht ganz identische Populationen handelt. Ein erheblicher Teil der in den

Abbildung 1: Entwicklung psychischer Störungen im Versorgungssystem, Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt, Deutsche Rentenversicherung Bund, DAK-Gesundheitsreport

Surveys auffälligen Menschen hatten noch keinen Kontakt zum Versorgungssystem (Jakobi et al. 2014, S. 84, Grobe et al. 2019).

Nicht gut abgrenzbar sind die den psychischen Störungen zurechenbaren Fälle der amtlichen Schwerbehindertenstatistik. Orientiert man sich an der Kategorie „Art der schwersten Behinderung“ und nimmt dort die Fallgruppen „körperlich nicht begründbare Psychosen“, „Neurosen, Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen“ sowie „Suchterkrankungen“, waren dies Jahresende 2021 ca. 730.000 Personen, 9,4 % aller Menschen mit einer Schwerbehinderung. Hier hat man es mit einer Bestandsgröße zu tun, nicht mit inzidenten Fällen. Wie viele davon in medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung sind bzw. Angebote der Rehabilitation bei einem der verschiedenen Reha-Träger in Anspruch nehmen, ist nicht bekannt. Hier liegen nur sektorale Daten vor, z.B. hatten im Jahr 2022 nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe 29,9 % der 192.525 Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen eine seelische Behinderung, also ca. 58.000, fast ebenso viele Menschen mit einer seelischen Behinderung (57.000) haben 2022 in einer Werkstatt für Behinderte gearbeitet, etwa 20 % aller dort Beschäftigten (BAGüS 2024).

Die Fallzahlen aus den verschiedenen Versorgungssegmenten können naheliegenderweise nicht addiert werden, die Personenkreise überschneiden sich. Eine valide aggregierte Datengrundlage zu Betroffenenanzahlen und ihrer Versorgungssituation gibt es für Deutschland nicht.

3. Gesundheitskosten

Auch wenn die Gesundheitskosten einer Volkswirtschaft, wie ein Kollege einmal anmerkte, so wenig eine direkte Folge der Krankheitslast sind wie die Ausgaben für die Gastronomie vom Kalorienbedarf, Hunger oder Durst der Bevölkerung abhängen, führt die dargestellte Krankheitslast infolge psychischer Störungen naheliegenderweise auch zu hohen Kosten im Gesundheitswesen und in der Volkswirtschaft insgesamt.

Im Folgenden werden nur monetär bezifferbare Kosten betrachtet, im Wesentlichen die direkten Krankheitskosten im Gesundheitssystem und die indirekten Krankheitskosten durch Arbeitsunfähigkeit, keine „intangiblen Kosten“ wie z.B. menschliches Leid (zu Kostenkonzepten siehe z.B. Wende 2022). Es gibt zahlrei-

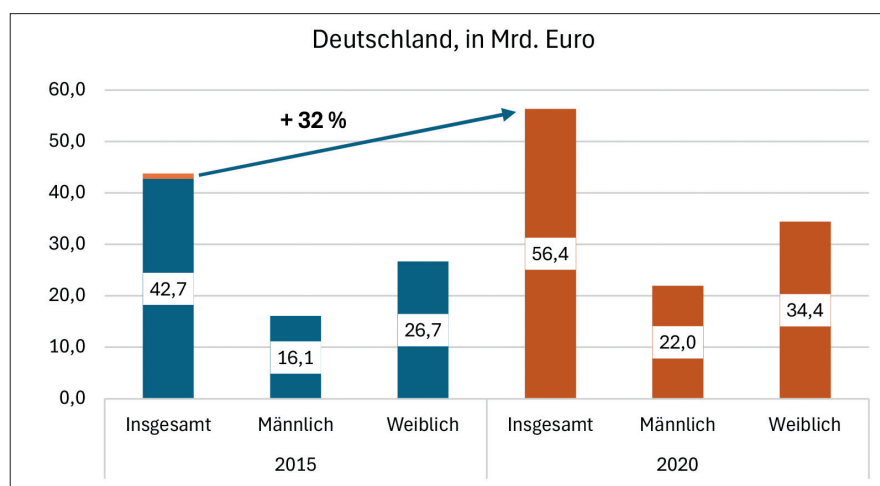
che gesundheitsökonomische Analysen zu den Kosten psychischer Störungen für einzelne Krankheitsbilder bzw. einzelne Versorgungssegmente. Eine aggregierende Gesamtbetrachtung wäre angesichts der dargestellten epidemiologischen Krankheitslast sowie der Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch psychische Störungen zwar wünschenswert, ist aber aufgrund der fragmentierten (versorgungs-) epidemiologischen Ausgangsdaten nur eingeschränkt möglich.

Das Statistische Bundesamt erstellt eine Krankheitskostenrechnung. Monetär werden dabei die direkten Krankheitskosten erfasst:

„Als Krankheitskosten zählen dabei – bis auf die Investitionen im Gesundheitswesen – sämtliche Gesundheitsausgaben, die unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden sind.“

Dahinter stehen vor allem ICD-codierte Basisstatistiken. Etwa 20 solcher Statistiken werden in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes zusammengeführt. Bisher wurde die Statistik in mehrjährigem Abstand erstellt, künftig jährlich.

Demnach waren über die verschiedenen Ausgabenträger hinweg im Jahr 2020, dem aktuellsten Datenjahr, in Deutschland Krankheitskosten infolge psychischer Störungen in Höhe von 56,4 Mrd. Euro angefallen, knapp 14 % der gesamten Krankheitskosten 2020 (412,3 Mrd.). Gegenüber dem Jahr 2015 war das eine Steigerung um 32 %, nur ein geringer Teil davon ist inflationsbedingt, siehe Abb. 2.

Abbildung 2: Psychische Störungen (F00-F99), direkte Krankheitskosten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 2

Kosten psychischer Störungen, Altersgruppen, Deutschland, 2020						
	Insgesamt, in Mrd. Euro			Pro Einwohner:in, in Euro		
	Beide Geschlechter	Männlich	Weiblich	Beide Geschlechter	Männlich	Weiblich
Alle Altersgruppen	56,4	22,0	34,4	667	527	803
unter 15 Jahre	4,9	3,0	1,8	409	496	316
15 bis unter 30 Jahre	5,5	2,5	3,0	407	350	469
30 bis unter 45 Jahre	6,4	3,0	3,4	391	360	423
45 bis unter 65 Jahre	11,7	5,0	6,7	492	425	558
65 bis unter 85 Jahre	15,6	5,7	9,9	977	780	1.142
85 Jahre und älter	12,3	2,7	9,5	4.365	2.762	5.241

Quelle: Statistisches Bundesamt, eig. Berechnungen, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt

Die meisten Kosten entfielen dabei auf die Demenzen (20,4 Mrd. Euro), gefolgt von den affektiven Störungen, also vor allem den Depressionen (10,1 Mrd. Euro).

Differenziert nach Alter nehmen die Kosten pro Einwohner:in ab dem Erwachsenenalter zu und liegen im Erwachsenenalter bei den Frauen auch durchgehend höher als bei den Männern, siehe Tabelle 2. Bei den Kosten der Hochaltrigen sind die Demenzen ausschlaggebend. Die Kosten des letzten Lebensjahrs, deren Relevanz in der Gesundheitsökonomie seit einigen Jahren kontrovers diskutiert wird, spielen vermutlich bei den psychischen Störungen eine nachrangige Rolle, Daten dazu liegen jedoch nicht vor.

Das Statistische Bundesamt weist auch Pro-Kopf-Ausgaben nach Diagnosen aus, aber ebenfalls bezogen auf die Einwohnerzahl, so das Ranking lediglich die Gesamtausgaben widerspiegelt, mit den Demenzen und Depressionen an erster Stelle. Eine internationale Studie zu den Kosten pro Patient ermittelte länderübergreifend die höchsten Kosten für die (sehr seltene) Schizophrenie. Demenz war in diese Studie nicht eingeschlossen, Studien zeigen jedoch, dass die Demenz auch pro Patient sehr hohe Kosten verursacht (siehe z.B. Gustavsson et al. 2011, Klie 2017), siehe Tabelle 3.

Die Bezifferung der Kosten für psychische Störungen hängt sehr vom zugrundeliegenden Berechnungsverfahren ab. Das Verfahren der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes ist im Einzelnen ein komplexes Rechenwerk. Im Wesentlichen werden dabei die Kosten für ICD-codierte Diagnosen aggregiert. Ein anderer, häufiger angewandter methodischer Zugang sind Exzesskosten-

verfahren. Hier werden die Ausgaben von Personen mit und ohne Diagnose z.B. in den Daten einer Krankenkasse verglichen. Exzesskostenverfahren bei verschiedenen Diagnosen zeigen, dass die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes die wahren Kosten erheblich unterschätzen kann, wenn die untersuchte Krankheit auch die Gesundheitsausgaben bei anderen Behandlungsanlässen erhöht. Davon ist bei psychischen Störungen grundsätzlich auszugehen. Beispielsweise ist eine Sturzbehandlung bei einer demenzerkrankten Person aufwändiger als bei einem Menschen ohne Demenzerkrankung. Eine neuere Übersichtsarbeit belegt dies im internationalen Kontext (Simon et al. 2023).

Nimmt man die beiden in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes ausgabenstärksten Diagnosen, die Demenz und die Depression, so weist das Statistische Bundesamt für das Jahr 2020 für die Demenz direkte Krankheitskosten in Höhe von 350 Euro pro Einwohner aus. Exzesskostenberechnungen kommen gleichzeitig zu mehreren tausend Euro pro Patient (siehe z.B. Klie

2017), mit deutlicher Verschiebung der Kosten von der Kranken- zur Pflegeversicherung. Auf Einwohner umgerechnet käme man auf mindestens das doppelte des Ergebnisses des Statistischen Bundesamtes. Gleiches gilt für die Depression. Das Statistische Bundesamt hat Kosten in Höhe von 150 Euro pro Einwohner ermittelt. Eine neuere Kostenschätzung auf Basis von Exzesskosten kommt auf ca. 3.000 Euro pro Patient (Eden et al. 2021), das wäre pro Einwohner etwa das doppelte wie das Ergebnis des Statistischen Bundesamtes. Dabei sind auch die Exzesskostenverfahren u.a. durch die Bindung an einen oder wenige Kostenträger mit gleich strukturierten Daten für die Vergleichsgruppen eingeschränkt. Es ist daher davon auszugehen, dass die direkten Krankheitskosten bei psychischen Störungen deutlich über den vom Statistischen Bundesamt ermittelten 56 Mrd. Euro liegen.

Nicht enthalten in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes sind zudem u.a. die Ausgaben der Sozialhilfeträger und der Eingliederungshilfe. Nach Angaben der BAGüS

Tabelle 3

Jährliche direkte und indirekte Krankheitskosten pro Patient:in, weltweit, in US-Dollar	
Schizophrenia	18.313
Intellectual disabilities	9.762
Personality disorders	5.828
Mood disorders	5.703
Substance use	5.069
Developmental disorders & behavioural disorders	3.672
Eating disorders	1.629
Neurotic disorders	1.180

Quelle: Christensen et al. 2020, Störungsbilder auf der Basis von mehr als 5 Studien

Tabelle 4

Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen 2022						
Diagnosegruppe	Arbeitsunfähig- keitstage		Produktionsausfallkosten		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	Mio.	Prozent	Mrd. Euro	Anteil am Bruttonational- einkommen	Mrd. Euro	Anteil am Bruttonational- einkommen
Psychische Störungen	129,8	14,6%	17,2	0,4%	30,2	0,8%
Kreislaufsystem	34,7	3,9%	4,6	0,1%	8,1	0,2%
Atmungssystem	179,6	20,2%	23,8	0,6%	41,8	1,0%
Verdauungssystem	31,1	3,5%	4,1	0,1%	7,2	0,2%
Muskel-Skelett-System	161,8	18,2%	21,5	0,5%	37,7	0,9%
Verletzungen, Vergiftungen	76,4	8,6%	10,1	0,3%	17,8	0,4%
Alle Diagnosegruppen	888,9	100,0%	118	2,9%	207,1	5,1%

Quelle: BAUA, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Berichtsjahr 2022, S. 39

(2024) wurden 2022 insgesamt 8,6 Mrd. Euro für besondere Wohnformen und 5,2 Mrd. für Werkstätten ausgegeben. Nimmt man als Näherungswert hier jeweils den Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung in diesen Einrichtungen, käme man zu Ausgaben für diesen Personenkreis von 2,6 Mrd. Euro (Wohnen) bzw. 1,1 Mrd. Euro (Werkstätten).

Wie zu den direkten Kosten gibt es auch zu den indirekten Kosten psychischer Störungen zahlreiche setting- und indikationsspezifische Analysen. Aggregierte Schätzungen weist die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus (BAuA 2024). Für das Jahr 2022 rechnet sie den psychischen Störungen 17,2 Mrd. Euro Produktionsausfallkosten und 30,2 Mrd. Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung zu, siehe Tabelle 4.

Welchen Wert misst die Gesellschaft einer guten Versorgung der Kranken zu, die keinen Beitrag mehr zum wirtschaftlichen Erfolg des Landes leisten können?

Hinzu kämen u.a. die Kosten der krankheitsbedingten Frühberentung infolge psychischer Störungen, die Rentenzahlungen einerseits und der Ausfall an Wertschöpfung andererseits. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei einer krankheitsbedingten Frühberentung liegt bei etwas über 51 Jahren, was ca. 15 verlorene Erwerbstätigenjahre für jeden Fall mit vollständiger

Erwerbsminderung bedeutet. Das Statistische Bundesamt hatte die verlorenen Erwerbstätigenjahre in der Krankheitskostenrechnung bis 2008 ausgewiesen, seitdem wird dieser Indikator nicht mehr berechnet. Legt man vereinfacht die Zahl der krankheitsbedingten Rentenzugänge infolge psychischer Störungen 2023 mit 15 Jahren Erwerbsminderung zugrunde, käme man zu fast 1 Mio. verlorenen Erwerbstätigenjahren pro Jahreskohorte der Rentenzugänge. Die von der BAuA ausgewiesenen indirekten Krankheitskosten stellen somit erkennbar ebenfalls eine deutliche Unterschätzung dar.

4. Therapie, Prävention, Politik

Für die Versorgung psychischer Störungen stehen viele Angebote unterschiedlicher Art und Dauer zur Verfügung. Kosteneffektivitätsanalysen für therapeutische Verfahren vergleichen einzelne Therapieverfahren untereinander bzw. gegen laissez-faire. Schon frühzeitig haben sich beispielsweise Hinweise auf eine Kosteneffektivität von Psychotherapie mit Blick auf verschiedene Outcomes wie Arztbesuche, Arbeitsunfähigkeit oder den Bedarf an Psychopharmaka ergeben (siehe z.B. Baltensperger & Grawe 2001). Je nach Verfahren und Indikation ist das auch in späteren Studien immer wieder gezeigt worden. Was die Demenzen als größten Ausgabenposten für psychische Störungen in Deutschland angeht, sei jedoch angemerkt, dass ähnlich wie in der Palliativmedizin die Frage, ob sich eine Therapie ökonomisch lohnt, we-

nig zielführend ist. Die entscheidendere Frage ist hier vielmehr, welchen Wert die Gesellschaft einer guten Versorgung der Kranken zumisst, die keinen Beitrag mehr zum wirtschaftlichen Erfolg des Landes leisten können (Kuhn 2009). Dies schließt Kosteneffektivitätsanalysen im Vergleich spezieller Interventionen natürlich auch hier nicht aus.

Was die Prävention psychischer Störungen angeht, gibt es ebenfalls zahlreiche Studien sowohl zu den Risikofaktoren für die psychische Gesundheit als auch zur Wirksamkeit einzelner Präventionsprogramme in Settings wie der Schule oder dem Betrieb. Manche bevölkerungsweiten Programme wie die „Frühen Hilfen“ (<https://www.fruehehilfen.de/>), aber auch psychotherapeutische Frühinterventionen bei Kindern, haben viel Evidenz auf ihrer Seite. Unklar ist jedoch häufig die langfristige gesundheitsökonomische Bilanz präventiver Interventionen, ein über die Jahre hin immer wieder moniertes Defizit (Kilian & Becker 2006, Le et al. 2021). Dies gilt noch einmal mehr für die Frage, wie viele Mittel gesamtgesellschaftlich für die Prävention psychischer Störungen aufgebracht werden sollten. Dem Statistischen Bundesamt zufolge entfallen im langfristigen Trend (ohne Sonderausgaben infolge der Coronakrise) ca. 4 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland auf Prävention und Gesundheitsschutz, eine Differenzierung nach Krankheitsarten liegt für die Präventionsausgaben nicht vor.

In welchem Umfang auf Systemebene Effizienzgewinne durch eine optimierte Versorgung möglich wären oder inwiefern sich die Gesundheitsausgaben in

Deutschland durch eine bessere Prävention psychischer Störungen verändern würden, ist nicht bekannt. Internationale Vergleichsstudien zufolge lassen jedoch ein erhebliches Verbesserungspotential vermuten (siehe z.B. Christensen et al. 2020, Gustavsson et al. 2011). Die Datenlage dazu ist heterogen. Einerseits gibt es natürlich datenreiche Versorgungsgebiete, die auch den Einsatz quantitativ anspruchsvoller Analysemethoden einschließlich KI ermöglichen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird das weiter befördern. Andererseits ist bei vielen Fragen rund um die psychischen Störungen die Datenlage derzeit nicht ausreichend, um gut zwischen Unter-, Über- und Fehlversorgung zu unterscheiden und die Versorgungsarchitektur bedarfsgerecht zu reformieren. Die Dunkelfelder reichen von großen Themen wie einem kontinuierlichen Monitoring der „unmet needs“, also der nicht adäquat versorgten Fälle, z.B. den vermeidbaren Krankenhausfällen (den „ambulant-sensitiven Fällen“) oder den im ambulanten System fehlversorgten Fällen und den damit verbundenen Kosten bis hin zu speziellen Themen wie der Zahl der Kostenerstattungsfälle in der Psychotherapie, den Übergängen aus Beratungseinrichtungen in die medizinisch-psychotherapeutische Versorgung und umgekehrt, den Kosten stationär behandelter Suizidversuche oder vielen Aspekten regionaler Unterschiede des Behandlungsgeschehens.

Bisher erfolgt die Bedarfsplanung im Bereich des SGB V im ambulanten Bereich über die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Wesentlichen als Fortschreibung des Status Quo, im stationären Bereich, mehr oder weniger unabhängig vom ambulanten Bereich, über eine sehr formalistische Krankenhausplanung der Länder, im komplementären Bereich der Beratungsstellen nach sektoral sehr unterschiedlichen Maßgaben der Ausgabenträger und in der Prävention gänzlich unkoordiniert und nicht unwesentlich durch die Vermarktung neuer Konzepte getriggert, mit einer seit Jahren beklagten unsystematischen und nicht nachhaltigen Projektitis (Starke D & Tempel G 2013).

Seit Jahren wird die Unübersichtlichkeit des Systems beklagt und eine bessere Koordination der Versorgung von Men-

schen mit psychischen Störungen ange-mahnt, bis hin zum Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR 2018: 769): *„Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht Optimierungspotenzial, insbesondere wegen der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, der oft komplexen Behandlungsverläufe und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor.“*

Regionale Budgets und Modellvorhaben nach § 64 b SGB V weisen hier auf Entwicklungspotentiale hin. Auch wenn Routinedaten grundsätzlich nicht alle Fragen beantworten (Neumann et al. 2024), so erschwert die nach Kosten- und Leistungsträgern, Diagnosen, Patientenpfaden usw. fragmentierte und unvollständige Datenlage naheliegenderweise dennoch eine koordinierte Versorgungsplanung. Das eingangs zitierte Ziel der WHO, die Datenlage zu verbessern, ist unstrittig. Allerdings kommt der Aufbau systemrelevanter „Daten für Taten“ in Deutschland nur mühsam voran. Die Finanzierung der „Mental Health-Surveillance“ beim Robert Koch-Institut ist zu gering und sie ist nicht einmal dauerhaft gesichert. Im soeben gescheiterten Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der

Die Mental Health-Surveillance des Bundes muss finanziell ausreichend und nachhaltig abgesichert werden – gute Politik braucht gute Daten.

öffentlichen Gesundheit waren für die gesamte Surveillance nichtübertragbarer Krankheiten, einschließlich der psychischen Störungen, gerade einmal 750.000 Euro jährlich vorgesehen. Die Kosten für 100 Meter Autobahnbau liegen höher.

Dieses Missverhältnis ist auch einer Sicht auf das Gesundheitswesen geschuldet, die weder dessen Funktion als wohlstandssicherndes Fundament der Gesellschaft noch dessen Bedeutung als einem auch ökonomisch zu steuernden Wirtschaftssektor mit einem Umsatz von ca. 500 Mrd. Euro und fast 6 Mio. Beschäftigten angemessen wahrnimmt. Hartmut Reiners hat darauf in seinen Publikationen immer wieder hingewiesen

und für die sozialstaatliche Organisation primär nicht Gerechtigkeitsargumente angeführt, sondern die „ökonomische Vernunft der Solidarität“ (Reiners 2023). Jenseits der Effizienzfragen stellen sich dann allerdings durchaus andere Fragen, Fragen danach, wie wir leben wollen, was uns Menschlichkeit und Menschenwürde wert sind (Sandel 2012). Alles Wirtschaften hat seinen letzten Sinn nicht in Kosteneffizienz, Vermeiden von Ausgaben oder internationaler Wettbewerbsfähigkeit, sondern in einem guten Leben für alle. Der Begriff „Ökonomie“ selbst erinnert noch daran: Oikos, griechisch Haus, im Sinne einer Lebensgemeinschaft. Was das bedeutet und wie man dahin kommt, ist das eigentliche politische Dunkelfeld des Themas.

Danksagung

Ich danke Dr. Julia Thom, Prof. Dr. Bernd Röhrle, Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Prof. Dr. Klaus Jacobs und Prof. Dr. Manfred Wildner für hilfreiche Hinweise.

Literatur

- BAGÜS (2024)** BAGÜS-Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2024 Berichtsjahr 2022. Köln/Hamburg. https://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2024_consens_BAGS-Kennzahlenvergleich%20Eingliederungshilfe%20Berichtsjahr%202022.pdf
- Baltensperger C, Grawe K (2001)** Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (30) 1: 10-21.
- BAuA (2024)** Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Berichtsjahr 2022. Dortmund. DOI: 10.21934/baua:bericht20230817
- Blank D (2021)** et al. Mental Health Surveillance auf Länderebene – Psychiatrieberichterstattung in Bayern. Journal of Health Monitoring 6(4): 69-74. DOI: 10.25646/8858
- Christensen M K et al. (2020)** The cost of mental disorders: a systematic review. Epidemiology and Psychiatric Sciences 29: 1-8. DOI:10.1017/S204579602000075X
- Eden J-L, Konopka A, König H-H (2021)** Kosten der Depression in Deutschland. Psychiatr Prax 48(06): 290-300.
- Grobe T et al. (2019)** Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey-

und Routinedaten. Gesundheitswesen 81(12): 1011-1017. DOI: 10.1055/a-0652-5424

Gustavsson A et al. (2011) Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 21: 718-779. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008

Jacobi F et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 85:77–87. DOI 10.1007/s00115-013-3961-y

Kilian R, Becker T (2006) Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit. In: Kirch W, Badura B (Hrsg.) Prävention. Berlin, Heidelberg 443–472.

Klasen F et al. (2017) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkunde 165: 402–407. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-017-0270-8>

Klie T (2017) DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hamburg/Freiburg. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/dak-pflegereport-2017_12778

Kuhn J (2009) Wenn sich Therapie nicht lohnt. Forum Kritische Psychologie 53: 50-54.

Le LK-D et al. (2021) Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. PLoS Med 18(5): e1003606. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003606

MHS (2024) Beobachtung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland: https://public.data.rki.de/t/public/views/hf-MHS_Dashboard/Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

Neumann A et al. (2024) Evaluation von neuen Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen: Pro & Contra zum Einsatz von GKV-Routinedaten – Ein Erfahrungsbericht. Gesundheitswesen 86 (Suppl. 3): S212–S223. DOI: 10.1055/a-2297-5347

Reiners H (2023) Die ökonomische Vernunft der Solidarität. Wien.

Sandel MJ (2012) Was man für Geld nicht kaufen kann. Berlin.

Simon et al. (2023) Excess resource use and costs of physical comorbidities in individuals with mental health disorders: A systematic literature review and meta-analysis. European Neuropsychopharmacology 66: 14–27. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2022.10.001

Starke D, Tempel G (2013) Anspruch an und Wirklichkeit von Evaluationen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitswesen 75 – V11.

Statistisches Bundesamt (2022) Krankheitskostenrechnung. Qualitätsbericht. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/>

Gesundheit/krankheitskostenrechnung.pdf?__blob=publicationFile

SVR (2018) Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/>

Thom J et al. (2021) Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. Journal of Health Monitoring 6(4). DOI: 10.25646/8860
Thom J et al. (2024) Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012–2022. Dtsch Arztebl Int 121: 355–62. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0052

Walther L, Junker S, Thom J, Hölling H, Mauz E (2023) High-frequency surveillance of mental health indicators in the adult population of Germany: trends from 2022 to 2023. Dtsch Arztebl Int 120: 736-737. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0180

Wende D (2022) „Was kostet eine Krankheit?“ Eine einfache Frage, die nur kompliziert beantwortet werden kann; in: Reipschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.) Gesundheitswesen aktuell 2022: 114-126. DOI 10.30433/GWA2022-114

WHO Europa (2022) WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025. Kopenhagen. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352549/9789289057813-eng.pdf?sequence=1>

Antimikrobielle Resistenzen – Eine globale Herausforderung

Ein Impulsdialog über die Fragen, weshalb diese Herausforderung besteht und was das für Politik und Praxis bedeutet.

RALPH LÄGEL,
CORINNA HEINEKE,
KATRIN WÜRFEL,
GABRIELA GILLES

Ralph Lägél, CEO,
Cap4Health GmbH & Co. KG,
Berlin

Corinna Heineke, Managing
Director, Global Health Hub
Germany, Berlin

Katrin Lea Würfel, Head of
Community Management,
Global Health Hub Germany,
Berlin

Gabriela Gilles, Junior-
Beraterin, Global Health
Hub Germany, Berlin

Antimikrobielle Resistenzen (AMR) stellen eine der größten globalen Herausforderungen für Gesundheitssysteme dar. Dieser Artikel basiert auf den Ergebnissen eines vom Global Health Hub Germany initiierten Impulsdialogs, der die Ursachen von AMR, die daraus resultierenden Risiken sowie konkrete Vorschläge für Maßnahmen auf nationaler und internationaler Ebene zusammenfasst. Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung des „One Health“-Ansatzes und die Notwendigkeit sektorübergreifender Strategien, um die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt zu schützen.

HINWEISE ZUM IMPULSDIALOG

Wie laufen Impulsdialoge ab?

In Impulsdialogen wird im Rahmen von persönlichen oder virtuellen Debatten und Einzelgesprächen eine übergreifende Frage erörtert oder diskutiert. Der Chatham House Rule¹ entsprechend werden die Inhalte des Austauschs festgehalten, ohne dass diese durchgehend einzelnen Teilnehmenden zugeordnet werden. Entsprechend sind keinerlei Äußerungen, die in diesem Papier direkt oder indirekt zitiert werden, mit einer Namensnennung versehen (Chatham House).

Die Debatten und Interviews fanden im Oktober und November 2024 statt. Die von den Dialog-Teilnehmenden genannten Daten, Fakten und Veröffentlichungen spiegeln den Stand ihres Wissens und ihrer Lektüre zu diesem Zeitpunkt wider.

Die Teilnehmenden am Impulsdialog:

- Zahlreiche nationale Expert*innen aus Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Zivilgesellschaft beim Parlamen-

tarischen Abend „Antimikrobielle Resistenzen“ des Global Health Hub Germany im Oktober 2024.

- Zahlreiche nationale Expert*innen aus Wissenschaft, Politik, Ministerien und Zivilgesellschaft am Runden Tisch „Antimikrobielle Resistenzen“ des Global Health Hub Germany am Rande des World Health Summit Berlin im Oktober 2024.
- Fünf internationale Expert*innen der Global Community „Antimikrobielle Resistenzen“ in Einzelinterviews im November 2024: Prof. Sabiha Essack, B. Pharm., M. Pharm., PhD, Senior Implementation Research Advisor, International Centre for Antimicrobial Resistance Solutions (ICARS); Timothy Jinks, PhD, Head Infectious Disease Interventions, Wellcome Trust; Antho-

1 Die Chatham-House-Regel hat in Austauschformaten das Ziel, eine vertrauensvolle Umgebung zu schaffen, in der komplexe Probleme verstanden und gelöst werden können. Ihr Leitgedanke lautet: Teilen Sie die Informationen, die Sie erhalten, aber geben Sie die Identität der Erzählenden nicht preis.

ny McDonnel, Policy Fellow, Center for Global Development (CGD); Julian Nyamupachitu, Deputy Director, ReAct (Action on Antibiotic Resistance) Africa; Dr. Ghada Zoubiane, Head of partnerships and stakeholder engagement, International Centre for Antimicrobial Resistance Solutions (ICARS).

Die Beiträge aller Beteiligten während des gesamten Prozesses werden dankbar gewürdigt.

DEFINITIONEN

Antimikrobielle Mittel – darunter Antibiotika, antivirale Mittel, Antimykotika und Antiparasitika – sind Arzneimittel, die zur Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten bei Menschen, Tieren und Pflanzen eingesetzt werden.

Antimikrobielle Resistenz (AMR) tritt auf, wenn Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten nicht mehr auf antimikrobielle Medikamente reagieren. Infolge der Arzneimittelresistenz verlieren Antibiotika und andere antimikrobielle Medikamente ihre Wirkung und Infektionen lassen sich nur noch schwer oder gar nicht mehr behandeln. Dies erhöht das Risiko der Ausbreitung von Krankheiten, schweren Erkrankungen, Behinderungen und Todesfällen.

AMR ist ein natürlicher Prozess, der im Laufe der Zeit durch genetische Veränderungen in Krankheitserregern entsteht. Ihre Entstehung und Verbreitung wird durch menschliche Aktivitäten beschleunigt, vor allem durch den Missbrauch und die Überverwendung antimikrobieller Mittel zur Behandlung, Vorbeugung oder Eindämmung von Infektionen bei Menschen, Tieren und Pflanzen (WHO, 2023).

1. Thematische Einführung

Die Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (AMR) wird auf verschiedenen Ebenen durch spezifische Strategien und Maßnahmen adressiert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt auf den „One Health“-Ansatz, der die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt integriert und die Grundlage ihrer globalen Strategie zur Bekämpfung von AMR bildet (WHO, 2015). Im Jahr 2015 wurde ein globaler Aktionsplan verabschiedet, der alle Länder auffordert, eigene nationale Aktionspläne (NAPs) zu entwickeln. Diese umfassen Maßnahmen zur Infek-

tionskontrolle, Antibiotikaverschreibung, Resistenzüberwachung und Aufklärung der Öffentlichkeit (WHO, 2015). Eine Erweiterung des Plans erfolgte 2017 in Zusammenarbeit mit der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) sowie der Weltorganisation für Tiergesundheit (WOAH) (FAO, WOAH & WHO, 2017). Mit der Einbindung des Umweltprogramms der Vereinten Nationen (UNEP) wurde der Aktionsplan 2022 erneut ausgebaut, um der Umweltkomponente mehr Gewicht zu verleihen und die sektorübergreifende Zusammenarbeit weiter zu stärken (WHO et al., 2022). Die WHO hat darüber hinaus globale Überwachungssysteme wie GLASS (Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System) ins Leben gerufen, die Daten zur Resistenzlage und zum Einsatz antimikrobieller Mittel sammeln und analysieren (WHO, 2023). Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Unterstützung von Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC), um deren Überwachungs- und Bekämpfungskapazitäten auszubauen (WHO, 2021).

Ebenso engagiert sich die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) seit mehreren Jahren aktiv im Kampf gegen antimikrobielle Resistenzen (AMR). Im Jahr 2023 veröffentlichte sie den Bericht „Embracing a „One Health“ Framework to Fight Antimicrobial Resistance“, der die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes zur Bekämpfung von AMR hervorhebt. Dieser Bericht analysiert die gesundheitlichen und ökonomischen Auswirkungen von AMR und bietet evidenzbasierte Empfehlungen für politische Maßnahmen. Die OECD betont darin die Notwendigkeit von Investitionen in kosteneffiziente Strategien, um die Ausbreitung resistenter Erreger zu verhindern, Leben zu retten und wirtschaftliche Ressourcen zu schonen (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023).

Auch die Europäische Union (EU) verfolgt eine umfassende Strategie zur Eindämmung von AMR. Der „One Health“-Aktionsplan von 2017 definiert drei zentrale Handlungsfelder: die EU als Best-Practice-Region zu etablieren, Forschung und Innovation zu fördern sowie die globale Zusammenarbeit zu

intensivieren (European Commission, 2017). Ein wichtiger Bestandteil ist die Unterstützung der Mitgliedsstaaten bei der Umsetzung nationaler Aktionspläne, die auf die Reduzierung von Antibiotikaeinsatz und die Kontrolle von Resistenzen abzielen (European Commission, 2023). Die EU investiert zudem über Programme wie Horizon 2020 und Horizon Europe massiv in Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika und Diagnosetools (European Commission,

Der Bericht „Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance“ bietet evidenzbasierte Empfehlungen für politische Maßnahmen.

2023). Die Initiative EU-JAMRAI hat die praktische Umsetzung dieser Strategien vorangetrieben, etwa durch die Förderung des „One Health“-Ansatzes, Sensibilisierungskampagnen und die Verbesserung der AMR-Überwachungssysteme (EU-JAMRAI, 2023). Trotz dieser Fortschritte bleibt die Resistenzrate bei wichtigen Bakterien sowohl bei Menschen als auch bei Tieren eine Herausforderung (European Commission, 2020).

In Deutschland bildet die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART), die seit ihrer Einführung 2015 kontinuierlich weiterentwickelt wurde, den Rahmen für die nationale Bekämpfung von AMR (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Die aktuelle Version, DART 2030, setzt auf eine sektorübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen des „One Health“-Ansatzes. Sie umfasst Maßnahmen wie die systematische Überwachung des Antibiotikaverbrauchs, die Förderung von Impfprogrammen zur Infektionsprävention und die Unterstützung der Forschung an neuen Antibiotika und Diagnosetools (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Reduzierung des Antibiotikaeinsatzes in der Tierhaltung, wo bereits signifikante Fortschritte erzielt wurden. Die Umsetzung wird durch Institutionen wie das Robert Koch-Institut (RKI) begleitet, das nationale Berichte zur Resistenzlage erstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Weiterhin wurde der 1. Aktionsplan zur Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie für den Zeitraum 2024 bis 2026 erstellt, der die DART 2030 ergänzen soll. Er legt priorisierte Maßnahmen in sechs Handlungsfeldern fest: Prävention, Surveillance und Monitoring, sachgerechter Antibiotikaeinsatz inklusive Labordiagnostik, Kommunikation und Kooperation, europäische und internationale Zusammenarbeit sowie Forschung und Entwicklung. Ziel ist es, die Wirksamkeit von Antibiotika zu erhalten und die Entstehung und Verbreitung von Resistenzen zu reduzieren. Eine Bewertung und ggf. eine Anpassung des Aktionsplans sind für 2026 vorgesehen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

Trotz dieser Erfolge gibt es Herausforderungen, insbesondere bei der Harmonisierung von Daten, der Entwicklung neuer Antibiotika und der Verhaltensänderung von medizinischem Personal und Patient*innen im Umgang mit Antibiotika (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Diese umfassenden Maßnahmen auf globaler, europäischer und nationaler Ebene verdeutlichen den interdisziplinären Charakter des Kampfes gegen AMR. Dennoch bleibt die vollständige Umsetzung dieser Strategien eine anspruchsvolle Aufgabe, die weitere Investitionen, internationale Zusammenarbeit und öffentliche Sensibilisierung erfordert.

Der Impulsdialog hat sich tiefer mit den Fragen auseinandergesetzt, weshalb diese Herausforderung besteht und was das für Politik und Praxis gerade auch in Deutschland bedeutet, und entwickelt entsprechende Vorschläge.

2. Anregungen für die Politik

Folgende Anregungen für die deutsche Politik wurden im Laufe des Impulsdialogs formuliert:

2.1 Nationale Aspekte

- Förderung eines „One Health“-Ansatzes, der die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt durch eine verstärkte Koordination zwischen den Ministerien für Gesundheit, Landwirtschaft und Umwelt integriert.
- Unterstützung dieses Ansatzes durch ein sektorübergreifendes Governance-Gremium zur Koordinierung und Überwachung der Deutschen Anti-

biotika-Resistenzstrategie (DART) und des dazugehörigen Aktionsplans.

- Verstärkte Aufklärung in der Landwirtschaft zur Förderung des verantwortungsvollen Antibiotikaeinsatzes und zur Bewältigung der sektorspezifischen Herausforderungen.
- Entwicklung und Umsetzung zielgerichteter Kommunikationsstrategien, um das Bewusstsein für AMR bei der Bevölkerung und den Interessengruppen zu stärken und Handlungswillen zu generieren.
- Verstärkter Fokus auf Infektionsprävention im ambulanten, stationären und Pflege-Bereich durch Hygienemaßnahmen, Infrastrukturförderung und Impfprävention.
- Implementierung eines nachhaltigen Systems zur Überwachung und Reduzierung der Antibiotika-Verschreibungen durch Antibiotic-Stewardship-Programme auch am Point-of-Care zur Sicherstellung des verantwortungsvollen und bedarfsgerechten Einsatzes von Antibiotika.
- Förderung der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal in AMR-sensitiven Praktiken über alle relevanten Sektoren hinweg, einschließlich Human- und Veterinärmedizin sowie Umweltmanagement.
- Ausbau der nationalen Finanzierung und Innovationsförderung im Bereich AMR zur Entwicklung nachhaltiger Lösungen, einschließlich der Forschung an neuen Antibiotika und alternativen Behandlungsansätzen, um die Abhängigkeit von internationalen Lieferketten zu verringern.

2.2 Internationale Aspekte

- Aufbau einer stärkeren Führungsrolle Deutschlands in der EU, der G7, der G20 und in internationalen Gremien (z. B. WHO, UN) zur Förderung einer koordinierten, globalen AMR-Strategie und deren Integration in globale Gesundheits- und Umweltstrategien.
- Unterstützung einer globalen AMR-Überwachungsplattform zur effektiven Datenerfassung und -analyse, einschließlich der Förderung internationaler Überwachungsprogramme für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMIC).
- Entwicklung und Austausch von Best Practices zwischen den verschiedenen

Ländern und Regionen, die weltweit flexibel an spezifische Bedürfnisse und Ressourcen angepasst werden können, um die nationalen AMR-Kapazitäten in den regional unterschiedlichen Kontexten zu stärken.

- Unterstützung von LMICs bei der Umsetzung von AMR-Aktionsplänen durch technische Hilfe, bilaterale Partnerschaften und Beiträge zum Multi-Partner Trust Fund on AMR.
- Enge Abstimmung der Finanzierungsbemühungen mit internationalen Gebern, um Ressourcen gerechter zu verteilen und die Effizienz globaler AMR-Initiativen zu optimieren und zu maximieren.

3. Warum Antimikrobielle Resistenzen (AMR) so ein großes Risiko darstellen

Die Bedrohung durch antimikrobielle Resistenzen (AMR) wächst weltweit und ist nur durch ein koordiniertes Vorgehen zu kontrollieren. Die Dringlichkeit der Thematik lässt sich u. a. an folgenden Punkten verdeutlichen:

Die Wirksamkeit vieler Antibiotika nimmt rapide ab, da sich Resistenzen schneller ausbreiten, als neue Medikamente entwickelt werden können. Ohne eine gemeinsame Strategie droht die Rückkehr zu einer Zeit, in der selbst vermeintlich einfache Infektionen tödlich sein könnten.

ZITAT: „AMR ist die drittgrößte Todesursache der Welt. Mehr Menschen sterben an AMR oder mit AMR-assoziierten Infektionen als an HIV, Aids oder Malaria zusammen.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert, basiert auf The Lancet, 2022)

Durch die internationale Mobilität und den Handel verbreiten sich resistente Keime schnell über Ländergrenzen hinweg.

Der internationale, der überregionale und der intersektorale Austausch zu bewährten Verfahren (Good Practices) und die Förderung von Innovationen, um maßgeschneiderte Lösungen für unterschiedliche regionale Anforderungen zu bieten, sind bisher nur ungenügend etabliert.

Die derzeit vorherrschende intensive Landwirtschaft fördert antimikrobielle Resistenzen (AMR) durch den übermäßigen Einsatz von antimikrobiellen Mitteln, darunter Antibiotika, in der Tier-

haltung, um Krankheiten zu verhindern und das Wachstum zu fördern. Resistente Bakterien und Antibiotikarückstände gelangen über Tierexkremente und Gülle in die Umwelt und können in Böden und Gewässern Resistenzgene verbreiten.

Zudem fördert der internationale Handel mit Tieren und Lebensmitteln die globale Ausbreitung resistenter Keime. Dies stellt weltweit auch eine Gefahr für die menschliche Gesundheit dar, da die resistenten Bakterien über Umwelt- und Nahrungsketten den Menschen erreichen können.

Es mangelt weltweit nicht an Wissen oder Aktionsplänen, sondern an der konsequenten Umsetzung der nötigen Maßnahmen.

Die Umsetzung von AMR-Maßnahmen ist kostspielig, und viele Länder stehen vor finanziellen Engpässen. Politische Entscheidungsträger sind noch nicht in ausreichendem Maße sensibilisiert, um finanzielle Ressourcen zu mobilisieren und die notwendigen Investitionen langfristig abzusichern.

ZITAT: „Die Weltbank hat ein Szenario berechnet, das bis 2050 bei einer weiterhin so hohen Rate an AMR jedes Jahr 3,8 Prozent des globalen Bruttoinlandsprodukts kosten könnte und damit 28 Millionen Menschen jährlich weiter in die Armut treiben könnte.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert, basiert auf World Bank, 2017)

Die Aufklärung in der Bevölkerung und im Gesundheitswesen ist noch ungenügend, um den unsachgemäßen Einsatz von antimikrobiellen Mitteln, darunter Antibiotika, zu reduzieren. Das öffentliche Bewusstsein für AMR bedarf der Schärfung, um den verantwortungsvollen Umgang mit antimikrobiellen Mitteln zu fördern.

Zusammengefasst ist ein nationaler und internationaler Dialog jetzt entscheidend, um nationale und internationale Kräfte zu bündeln, die Dringlichkeit des Themas in den Fokus zu rücken und Maßnahmen anzustoßen, die die Resilienz der Gesundheitssysteme sowie aller damit verbundenen Sektoren gegen AMR stärken.

4. Was sollte Deutschland zur Bekämpfung von AMR auf nationaler Ebene tun?

4.1 Implementierung des „One Health“-Ansatzes als Basis

Die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt sind untrennbar miteinander verbunden. Ein „One Health“-Ansatz, der die sektorübergreifende Koordination zwischen den Ministerien für Gesundheit, Landwirtschaft und Umwelt stärkt, ist daher aus der Sicht vieler Akteure essenziell. Es gibt aber auch prozessbasierte Ansätze die alternativ diskutiert werden.

Unabhängig davon betonen die Dialogrunden, dass die sektorübergreifende Integration besonders im Hinblick auf die industrielle Tierhaltung wichtig ist, da hier ein erheblicher Teil des Einsatzes antimikrobieller Mittel stattfindet. Deutschland sollte sicherstellen, dass AMR-Maßnahmen übergreifend und systematisch umgesetzt werden, um die Resistenzen effektiv zu bekämpfen.

ZITAT: „Die Herausforderungen bei der Umsetzung des ‚One-Health‘-Ansatzes hängen mit der Tatsache zusammen, dass er mehrere Interessengruppen und mehrere Teile von Regierungen umfasst. Die Schwierigkeiten liegen also in Bezug auf die Eigenverantwortung, die mit diesen Plänen verbunden ist, und dann in der Koordination, wie diese Dinge zusammenarbeiten könnten.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

4.2 Etablierung eines Governance-Gremiums bringt Steuerung

Ein sektorübergreifendes Governance-Gremium zur Koordination und Überwachung einer nationalen AMR-Strategie würde Deutschland in die Lage versetzen, Maßnahmen besser umzusetzen und zu überwachen. Die Experten*innen betonten, dass es weltweit nicht an Aktionsplänen oder lokal am Wissen um nötige Maßnahmen fehlt, sondern dass es an der konsequenten Umsetzung mangelt. Durch ein zentrales Gremium in Deutschland könnten Aktivitäten strukturiert, Verantwortlichkeiten klar definiert und die Effektivität der Maßnah-

men regelmäßig überprüft werden, was eine wichtige Grundlage für den Erfolg der nationalen AMR-Strategie darstellt.

ZITAT: „In vielen Ländern [wie auch in Deutschland] wurden die nationalen Aktionspläne vom Gesundheitsministerium geleitet, während Tiere, Umwelt und Landwirtschaft erst als nachträgliche Themen einbezogen werden. Es gibt also eigentlich keine Koordinierung auf nationaler Ebene, um zu sagen: Was werden wir gemeinsam tun?“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Dies gilt aber gleichermaßen auf globaler Ebene, wo im Kontext der WHO ein vergleichbares Gremium außerordentlich hilfreich sein könnte.

4.3 Förderung des verantwortungsvollen Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft ist unverzichtbar

Der Einsatz von antimikrobiellen Mitteln, darunter Antibiotika, in der Landwirtschaft stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Entstehung von Resistenzen dar. Expert*innen betonten die Notwendigkeit gezielter Aufklärung und Schulung in diesem Bereich, um den übermäßigen Gebrauch zu reduzieren. Der Zusammenhang zwischen Massentierhaltung und AMR macht deutlich, dass die Regierung bei der Aufklärung und Förderung eines verantwortungsvollen Einsatzes antimikrobieller Mittel in der Landwirtschaft eine wichtige Rolle spielen kann. Dies könnte sowohl den Einsatz reduzieren als auch andere Länder zur Einführung ähnlicher Maßnahmen motivieren.

ZITAT: „Es ist eine Herausforderung, Landwirte in diesen Prozess einzubeziehen. [...] Ihr Fokus liegt auf ihrem Lebensunterhalt.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

4.4 Zielgerichtete Kommunikationsstrategien für die Öffentlichkeit sind dringend erforderlich

Ein AMR-Bewusstsein ist entscheidend, um den Einsatz von antimikrobiellen Mitteln sowohl in der Öffentlichkeit als auch in spezifischen Branchen zu reduzieren. Dafür ist eine klare und zielgerich-

tete Kommunikation erforderlich, um die breite Öffentlichkeit und Akteure in der Human- und Tiermedizin über die Risiken von AMR zu informieren.

ZITAT: „Wir sehen, dass das Konzept der AMR etwas ist, das in der Öffentlichkeit stärker ins Bewusstsein rückt [...], aber wir sehen nicht, dass die Bewusstseinsbildung notwendigerweise in einem signifikanten Sinne zu Veränderungen in Verhaltensweisen oder Handlungen oder Einstellungen führt.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Deutschland muss ein AMR-Bewusstsein schaffen und die dringend benötigte aktive Handlungsbereitschaft generieren, um damit zu einer Kultur des verantwortungsbewussten Umgangs mit antimikrobiellen Mitteln, darunter Antibiotika, beizutragen.

4.5 Fokus auf Infektionsprävention ist ein Schlüsselement

Infektionsprävention ist eine der wirksamsten Maßnahmen gegen AMR, da sie den Bedarf an Antibiotika von vornherein reduziert. Die Expert*innen betonten die Bedeutung basaler Hygienemaßnahmen und einer verbesserten Infrastruktur im ambulanten, stationären und Pflegebereich. Durch die Förderung präventiver Hygienemaßnahmen und insbesondere der Impfprävention kann Deutschland die Belastung durch AMR-bedingte Infektionen im Gesundheitssystem relevant verringern.

4.6 Nachhaltiges Antibiotic Stewardship ist ein essenzieller Hebel

Ein nachhaltiges System zur Überwachung und Reduzierung der Antibiotikaverschreibungen am Point-of-Care ist entscheidend, um den Antibiotikaverbrauch auf das Notwendige zu begrenzen. Antibiotic-Stewardship-Programme können sicherstellen, dass Antibiotika nur bei Bedarf und in der richtigen Dosis mit der richtigen Anwendungsdauer verschrieben werden.

ZITAT: „In einem Projekt in Georgien konnten wir eine Reduzierung des unnötigen Einsatzes von Antibiotika um mindestens 40 Prozent erreichen, indem wir Richtlinien für die Anwendung während Operationen

eingeführt haben.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Die Expert*innen wiesen darauf hin, dass die Verfügbarkeit einfacher diagnostischer Maßnahmen und die Rolle von Apotheker*innen als Beratende im Umgang mit Antibiotika entscheidend sind, um die Therapietreue zu verbessern und Fehlverschreibungen zu reduzieren.

4.7 Fachliche Weiterbildung ist ein wesentlicher Faktor

Die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften in AMR-sensitiven Praktiken ist notwendig, um die Umsetzung von AMR-Maßnahmen langfristig zu sichern.

ZITAT: „Es geht darum, wie wir die Fachbegriffe in Bezug auf antimikrobielle Resistenz (AMR) zerlegen, damit sie auch von normalen Personen verstanden werden.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Die Expert*innen betonten, dass verstärktes Bewusstsein und Wissen über AMR in der Human- und Veterinärmedizin sowie im Umweltbereich erforderlich sind, um einen nachhaltigen Wandel zu schaffen.

4.8 Nationale Forschungs- und Finanzierungsförderung adressiert bisher nur Teilaspekte

Durch die Förderung der nationalen Forschung und Finanzierungsprogramme kann Deutschland nicht nur die eigene Unabhängigkeit stärken, sondern auch international zur Entwicklung nachhaltiger Lösungen beitragen.

In diesem Kontext benötigt der Multi-Partner Trust Fund (MPTF) nachhaltige und langfristige Finanzierungsquellen, da AMR ein langwieriges und komplexes Problem ist, das konstante Ressourcen erfordert. Langfristige Zusagen und Kooperationen mit weiteren Partnern könnten diese Stabilität bieten.

4.9 Förderung der Erforschung von neuen Antibiotika

Die Erforschung neuer Antibiotika und alternativer Behandlungsansätze ist entscheidend, um langfristig Lösungen gegen AMR zu entwickeln. Gleichzeitig hoben die Diskussionen hervor, dass der-

zeit oft eine Priorisierung fehlt und die Hoffnung auf Neuentwicklungen oft die Notwendigkeit einfacher Maßnahmen überschattet.

ZITAT: „Die Entwicklung und Bereitstellung eines neuen antimikrobiellen Mittels, das nicht an das Umsatzvolumen gekoppelt ist, [zu belohnen], ist ein sehr wichtiger Pull-Incentive-Mechanismus².“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Weiterhin wurde erörtert, dass eine gezielte Auswahl der wirklich notwendigen Antibiotika und die Kombination älterer Antibiotika strategisch sinnvoll sein könnten, um die Resistenzentwicklung zu verlangsamen.

5. Was sollte Deutschland zur Bekämpfung von AMR auf internationaler Ebene tun?

5.1 Führungsrolle in internationalen Foren übernehmen

Deutschland sollte seine Führungsrolle in EU, G7, G20 und internationalen Gremien wie der WHO und UN ausbauen, um eine koordinierte globale AMR-Strategie zu fördern.

Die Diskussionsrunden wiesen darauf hin, dass gerade der globale Austausch und das Lernen von Ländern wie z. B. den skandinavischen Staaten und den Niederlanden helfen können, die Effizienz der Maßnahmen weltweit, aber auch in Deutschland selbst, zu verbessern.

Durch eine stärkere Führungsrolle könnte Deutschland die Integration von AMR in globale Gesundheits- und Umweltstrategien unterstützen und den Wissensaustausch fördern.

ZITAT: „In der Tat spielt Deutschland auf internationaler Ebene eine Rolle als Vorreiter in diesem Bereich. [...] Ich sehe aber nicht, dass Deutschland die Zusammenarbeit in einem gesamtheitlichen Sinne wirklich vorantreibt.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

² Ein Pull-Incentive-Mechanismus ist ein Anreizsystem, das Anbieter dafür belohnt, wenn sie ein gewünschtes Ergebnis oder Produkt erfolgreich auf den Markt bringen. Statt die Entwicklung direkt zu finanzieren, wird der Erfolg, wie die Einführung eines Produkts, honoriert.

5.2 Unterstützung internationaler AMR-Überwachungsprogramme ist geboten

Internationale AMR-Überwachungsprogramme sind entscheidend, um den globalen Fortschritt gegen Resistenzen zu messen und geeignete Maßnahmen abzuleiten.

Die Expert*innen betonten, dass insbesondere die LMIC Unterstützung bei der Datenerfassung und -analyse benötigen, da fehlende Informationen die Politikgestaltung behindern. Viele Länder verfügen über gute Aktionspläne, die aber ökonomisch nicht abgesichert sind. Deutschland könnte hier durch die Förderung einer globalen AMR-Überwachungsplattform und den Aufbau von fachlichen Kapazitäten einen wesentlichen Beitrag leisten und eine tragende Rolle spielen.

ZITAT: „Nur ein sehr kleiner Anteil, 10 bis 14 Prozent dieser nationalen Aktionspläne, sind nicht nur gut finanziert, sondern wurden auch im Haushalt des jeweiligen Landes festgeschrieben.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

5.3 Best-Practice-Sharing und Anpassung an lokale Bedürfnisse als Chance nutzen

Die Flexibilität von Maßnahmen und der Austausch bewährter Praktiken sind entscheidend, um AMR in verschiedenen regionalen Kontexten erfolgreich zu bekämpfen. Die Expert*innen betonten, dass eine stärkere wechselseitige Lernkultur notwendig ist, um die Fortschritte anderer Länder in die eigenen Maßnahmen zu integrieren. Deutschland könnte hier gemeinsam mit multilateralen Institutionen eine Plattform für Best-Practice-Sharing schaffen und so den internationalen Wissensaustausch intensivieren, um regionale Anpassungen zu fördern.

ZITAT: „Multilaterale Institutionen sind der beste Weg, um über die gesamte Bandbreite der Bereiche hinweg zu arbeiten, aber vor allem, um die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Ländern zu stärken.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

5.4 Unterstützung der AMR-Eindämmung in den LMIC ausbauen

Viele der LMIC benötigen Unterstützung, um ihre nationalen AMR-Strategien umzusetzen. Die Diskussionsrunden betonten die Notwendigkeit kontextspezifischer Maßnahmen, die lokale Bedürfnisse priorisieren und grundlegende Gesundheitsleistungen wie Hygiene und Zugang zu Antibiotika gewährleisten. Deutschland kann durch Entwicklungszusammenarbeit und technische Unterstützung helfen, die Implementierung dieser Strategien zu stärken.

ZITAT: „Die Etablierung und Umsetzung einer AMR-Agenda, die von den LMIC-Ländern mitgestaltet und mitverantwortet wird, ist wichtig.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

5.5 Effiziente Finanzierungsstrategien gemeinsam vorantreiben

Eine enge Abstimmung der Finanzierungsbemühungen mit internationalen Gebern ist entscheidend, um die Ressourcen effizient zu nutzen und die Wirksamkeit globaler AMR-Initiativen zu maximieren.

Die Expert*innen wiesen darauf hin, dass so Doppelarbeit vermieden und Ressourcen gerechter verteilt werden könnten, um die Effektivität der Maßnahmen zu steigern. Durch eine koordinierte Finanzierung könnte Deutschland gemeinsam mit der internationalen Gebergemeinschaft sicherstellen, dass die LMIC im globalen Kampf gegen AMR gestärkt werden.

ZITAT: „Das größte Hindernis und die größten Schwierigkeiten, die wir sehen, betreffen die Finanzierung der nationalen Aktionspläne. Die Pläne selbst [müssen] kalkuliert und es muss ein Budget entwickelt werden. Dann ist die Finanzierung gesichert, um den Plan wirklich umsetzbar machen zu können.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

5.6 Förderung grundlegender Hygienestandards als das Kernelement begreifen

Die Einrichtung qualitativer, basaler Hygienestandards ist weltweit notwendig, um die Entstehung und Verbreitung resistenter Erreger einzudämmen.

Die Expert*innen wiesen darauf hin, dass gerade Maßnahmen wie Wasser- und Sanitärversorgung oft die schnellste und nachhaltigste Wirkung haben. Dabei sollten auch bereits vorhandene Ressourcen genutzt werden.

ZITAT: „Wir sollten in der Lage sein, das, was bereits in den Ländern vorhanden ist [Erfahrungen und Strukturen zur Bekämpfung anderer Erkrankungen], zu nutzen und es auch für AMR einsetzen.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

6. Wie stiften die deutschen Aktivitäten auf internationaler Ebene auch Nutzen in Deutschland?

Ein verstärkter internationaler Einsatz Deutschlands gegen antimikrobielle Resistenzen (AMR) kann auch lokal erheblichen Nutzen schaffen. Durch eine Führungsrolle in globalen Foren und den Austausch bewährter Praktiken würde Deutschland in der Lage sein, innovative Lösungen und effektive AMR-Strategien schneller zu adaptieren. So könnten Erfolge anderer Länder (z. B. der skandinavischen Staaten) direkt in die deutsche Gesundheitslandschaft integriert werden, was die Effizienz und Effektivität nationaler AMR-Maßnahmen verbessern würden.

ZITAT: „Ich bin sicher nicht die Erste, die darauf hinweist: Die Umsetzung stockt – sowohl in den LMIC als auch hier in Deutschland. Wenn wir im Ausland glaubwürdig agieren wollen, müssen wir unseren eigenen Aktionsplan konsequent umsetzen. Wie bereits angesprochen, gibt es bei der Umsetzung viele Schwachstellen. Von anderen Ländern, die sektorenübergreifend gut arbeiten, können wir Einiges lernen. Im Rahmen des ‘One Health’-Konzepts sollten wir uns unbedingt weiter verbessern.“ (Interviews und Diskussionsrunden, anonymisiert)

Die Unterstützung internationaler Überwachungsprogramme schafft eine umfassendere Datengrundlage, von der auch Deutschland profitiert, indem gezieltere, auf realen Daten basierende Maßnahmen entwickelt werden können.

Gleichzeitig reduziert die Förderung hygienischer Standards in anderen Ländern nicht nur dort, sondern auch global die Entstehung und Verbreitung resistenter Erreger, was die Gefahr der Verbrei-

tung solcher Erreger nach Deutschland mindert.

Durch kooperative Finanzierung und die Unterstützung lokaler AMR-Maßnahmen weltweit würde Deutschland zusammen mit der internationalen Gemeinschaft dazu beitragen, vorhandene Ressourcen gezielter zu verwenden, was ebenfalls nationale Programme entlastet und deren Effizienz steigert.

7. FAZIT

Antimikrobielle Resistenzen (AMR) gehören zu den größten globalen Gesundheitsgefahren und erfordern sofortiges koordiniertes Handeln. Wir brauchen weltweit abgestimmte, aber regional angepasste Maßnahmen, die auf die spezifischen Herausforderungen vor Ort eingehen. Und wir brauchen diese Aktivitäten jetzt.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit.

(2020). DART 2020 – Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/dart-historie> (Letzter Abruf 30.11.2024)

Bundesministerium für Gesundheit.

(2023). DART 2030 – Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/dart-2030.html> (Letzter Abruf 30.11.2024)

Bundesministerium für Gesundheit. (2024).

1. Aktionsplan zur Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie DART 2030. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Antibiotika-Resistenz-Strategie/240510_1_

Aktionsplan_zur_DART_2030.pdf?utm_source=chatgpt.com (Letzter Abruf 30.11.2024)

Chatham House, The Royal Institute of International Affairs. (2024).

Chatham House Rule. URL: <https://www.chathamhouse.org/about-us/chatham-house-rule> (Letzter Abruf 30.11.2024)

European Commission. (2017). A European „One Health“ Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR). URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-01/amr_2017_action-plan_0.pdf (Letzter Abruf 30.11.2024)

European Commission. (2020). AMR: Progress report on the EU's Action Plan. URL: https://health.ec.europa.eu/document/download/d420098f-c909-437a-bec1-c02958ffa92d_en (Letzter Abruf 30.11.2024)

European Commission. (2023). EU action on antimicrobial resistance. Health. URL: https://health.ec.europa.eu/antimicrobial-resistance/eu-action-antimicrobial-resistance_en (Letzter Abruf 30.11.2024)

EU-JAMRAI. (2023). Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections. URL: <https://eu-jamrai.eu/> (Letzter Abruf 30.11.2024)

FAO, WOA & WHO. (2017). The Tripartite's Commitment: Providing multi-sectoral, collaborative leadership in addressing health challenges. URL: <https://www.woah.org/app/uploads/2018/05/tripartite-2017.pdf> (Letzter Abruf 30.11.2024)

The Lancet. (2022). Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. The Lancet, 399(10325), 629–655. doi:10.1016/S0140-6736(21)02724-0. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02724-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02724-0/fulltext) (Letzter Abruf 30.11.2024)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Embracing a „One Health“ Framework to Fight Antimicrobial Resistance. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris. URL: <https://www.oecd.org/>

en/publications/embracing-a-one-health-framework-to-fight-antimicrobial-resistance_ce44c755-en.html (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Bank. (2017). Impacts of AMR on the Global Economy. DRUG-RESISTANT INFECTIONS – A Threat to Our Economic Future: Final World Bank Report, 17–19. URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/323311493396993758/pdf/final-report.pdf> (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Health Organization. (2015). Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763> (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Health Organization. (2021). Tripartite AMR Country Self-Assessment Survey (TrACSS) 2020–2021. URL: [https://www.who.int/publications/m/item/tripartite-amr-country-self-assessment-survey-\(tracss\)-2020-2021](https://www.who.int/publications/m/item/tripartite-amr-country-self-assessment-survey-(tracss)-2020-2021) (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health & United Nations Environment Programme (2022). „One Health“ Joint Plan of Action (2022–2026): Working together for the health of humans, animals, plants, and the environment. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139> (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Health Organization. (2023).

Antimikrobielle Mittel & Antimikrobielle Resistenz (AMR) – Definition der WHO. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> (Letzter Abruf 30.11.2024)

World Health Organization. (2023). The Quadripartite Organizations established the Technical Group on Integrated Surveillance on Antimicrobial Use and Resistance. URL: <https://www.who.int/news/item/26-01-2023-the-quadripartite-organizations-established-the-technical-group-on-integrated-surveillance-on-antimicrobial-use-and-resistance> (Letzter Abruf 30.11.2024)

Wie geht es weiter mit der Selbstverwaltung? – Eine Chronik der vergangenen zwei Jahre¹

ROBERT PAQUET

Dr. Robert Paquet ist freier Journalist im Gesundheitswesen (OBSERVER Gesundheit). Er leitete früher das Berliner Büro des BKK-Bundesverbandes.

Angesichts der vorgezogenen Bundestagswahl und der steckengebliebenen Reformen der 20. Wahlperiode stellt sich auch die Frage, wie es mit der Selbstverwaltung weitergeht. Dabei ist die Selbstverwaltung der Kranken- und Pflegekasse zu unterscheiden von der „gemeinsamen“ Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, die hier nicht behandelt werden soll. Für die erste ist aktuell, dass Ende Mai 2023 die Sozialwahlen stattgefunden haben und der „Schlussbericht“ der Bundeswahlbeauftragten Ende September des vergangenen Jahres veröffentlicht wurde. Er enthält u.a. den spektakulären Vorschlag, die Sozialwahl im Grundgesetz zu verankern und die Sozialversicherungsträger grundrechtsfähig zu machen. Die widersprüchlichen Ergebnisse dieser Wahl werfen die Frage auf, ob und ggf. wie die Sozialwahl als Element der Demokratie in Deutschland stabilisiert und ggf. aufgewertet werden kann.

1. Vorbereitung der Sozialwahl in der GKV

Die Sozialwahl des Jahres 2023 war der 13. Durchgang in der bundesdeutschen Geschichte. Obwohl das bekanntlich keine Glückszahl ist, war die Stimmung bei der Startveranstaltung am Jahresanfang noch gut und die Erwartungen waren hochgespannt (OBSERVER MIS 2023). Für die „drittgrößte Wahl in Deutschland – nach der Bundestagswahl und der Europawahl“ war man optimistisch und rechnete mit einer höheren Wahlbeteiligung als bei der vorausgegangenen Wahl. BMAS-Staatssekretär Rolf Schmachten-

berg hielt „33 Prozent plus“ für möglich. Man versprach sich viel von den gesetzlichen Neuerungen, die nach den 12. Sozialwahlen auf Vorschlag der damaligen Wahlbeauftragten (Rita Pawelski und Klaus Wieseühgel) gesetzlich rechtzeitig

¹ Hartmut Reiners hat sich immer wieder mit Fragen der Selbstverwaltung beschäftigt. Das begann bereits in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts: Damals hat er (zusammen mit Bernard Braun) im Auftrag des DGB (durch Alfred Schmid als Abteilungsleiter Sozialpolitik) ein umfangreiches Handbuch für die Schulung der Selbstverwaltungsmitglieder erstellt. Zuletzt war er selbst bis 2023 in der „gemeinsamen“ Selbstverwaltung beteiligt: als unparteiisches Mitglied im erweiterten Bewertungsausschuss.

(also noch in der 19. Wahlperiode des Bundestages) eingeführt worden waren. Dabei ging es insbesondere um die Frauenquote, die größere Transparenz der Listenaufstellung und den Modellversuch zu Online-Wahlen:

- Das MDK-Reformgesetz aus dem Jahr 2019 legte für die Vorschlagslisten bei den gesetzlichen Krankenkassen eine verpflichtende 40%-Geschlechterquote fest.
- Das Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und zur Änderung anderer Gesetze (Gesetz Digitale Rentenübersicht) aus dem Jahr 2021 definierte den Hauptteil der Reformen und löste hierzu veraltete Vorschriften im SGB IV und in der Wahlordnung für die Sozialversicherung (SVWO) ab.
- Das 7. SGB IV-Änderungsgesetz aus dem Jahr 2020 ermöglichte den gesetzlichen Krankenkassen (und nur ihnen) bei den Sozialwahlen 2023 die Teilnahme am Modellprojekt Online-Wahlen (Bericht 2024, 4).

Ein Schwerpunkt im Sammelband zur Bedeutung der Selbstverwaltung und der Sozialwahlen war das Modellprojekt der Online- Wahlen.

Besondere Aufmerksamkeit galt diesem Modellversuch. Das Instrument der Online-Wahl sollte erstmals in Deutschland für die Gremien der Krankenkassen erprobt werden. Der Testlauf in der Sozialversicherung sollte zeigen, ob das Verfahren ggf. auch für die allgemeinen politischen Wahlen geeignet und sicher auszugestalten wäre.

Trotz der guten Stimmung waren den Beteiligten, insbesondere dem Sozialwahlbeauftragten Peter Weiß und seiner Stellvertreterin Doris Barnett, die Probleme klar bewusst. Sie beklagten die geringe Bekanntheit der Sozialwahlen und freuten sich, dass es immerhin gelungen sei, die öffentlich-rechtlichen Sender für eine Wahlkampagne zu gewinnen (Spots in Funk und Fernsehen). Allerdings warnte der Politikwissenschaftler Prof. Dr. Wolf-

gang Schroeder (Uni Kassel) schon bei der Veranstaltung: Bei der „Revitalisierung der Sozialwahlen“ dürfe man sich nicht zu sehr auf die Wahlbeteiligung fixieren. 30 Prozent seien völlig ok. Im Verhältnis etwa zu den ASTA-Wahlen an den Hochschulen (Wahlbeteiligung von 8 Prozent) sei das doch beeindruckend. Trotzdem komme niemand darauf, die Studentenvertretung abzuschaffen.

2. Erwartungen und Skepsis

Im Vorfeld der Sozialwahl hatten die Ersatzkassen – als traditionelle Verfechter von Urwahlen und als Vorreiter des E-Voting – einen Sammelband zur Bedeutung der Selbstverwaltung (SV) und der Sozialwahlen initiiert (Braun et al. 2023). Er zeigt die Selbstwahrnehmung der Akteure und ihren Blick auf bestimmte Probleme der Sozialwahl (Paquet 2023). Ein Schwerpunkt war das Modellprojekt der Online-Wahlen, das naturgemäß nur Krankenkassen offenstand, bei denen eine Urwahl stattfindet. Beteiligt waren in der Vorbereitung neben den sechs Ersatzkassen sechs Betriebskrankenkassen, eine Innungskrankenkasse (BIG direkt gesund) sowie zwei Ortskrankenkassen (AOK Hessen und AOK plus). Online-Wahlen waren dabei zunächst nur für die Versichertenseite vorgesehen (Seite 218). Die frühere Bundeswahlbeauftragte, Rita Pawelski, erklärte in ihrem Beitrag, die Online-Wahlen könnten den „Diamant der ‚Selbstverwaltung‘ ... wieder zum Strahlen“ bringen (179). Deren Einführung sei der „größte Erfolg“ ihrer Amtszeit gewesen (182).

Schließlich informierten Christan Schneider und Nadin Fromm über Konzeption und Vorbereitung des Modellversuchs. Sie waren vorsichtig optimistisch, dass mit diesem Projekt die Wahlbeteiligung gesteigert werden kann, warnten jedoch gleichzeitig vor „überzogenen Erwartungen“ (225). „Allein die Verlagerung des Wahlaktes in das Medium Internet wird die Wahlbeteiligung nicht dauerhaft steigern.“ Dafür seien viel weitergehende und komplexe Informations- und Beteiligungsprozesse erforderlich (226f.). Die „Trendwende durch E-Voting“ wurde ausdrücklich mit einem Fragezeichen versehen (215).

3. Worum es in der Sache geht

In dieser Publikation ging es aber auch um die Frage, „was die Soziale Selbstverwaltung [eigentlich] leistet“ (121). Bereits in der Einleitung erklärte Arbeits- und Sozialminister Hubertus Heil: „Die Selbstverwaltung ... garantiert die Unabhängigkeit der Sozialversicherungsträger gegenüber der staatlichen Verwaltung.“ (9). Aus der Perspektive der Krankenversicherung mahnte der Mit-Herausgeber des Buchs (und Verwaltungsrats-Vorsitzende des vdek sowie des GKV-SV), Uwe Klemens, allerdings zu Recht, dass diese Stellung der SV in der Krankenversicherung überhaupt erst wiederhergestellt werden müsse: „Die Soziale Selbstverwaltung muss sich immer wieder in Auseinandersetzung mit dem Staat dafür einsetzen, dass ihre Rechte erhalten bleiben. ... Die Entscheidungskompetenzen der gewählten Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber müssen respektiert und wieder ausgeweitet werden.“ Gut sei dagegen, „dass die Politik die Rahmenbedingungen für die Sozialwahlen gesetzlich weiterentwickelt“ habe (13f.).

Zur Sache selbst äußerte sich Harry Fuchs, als vielfach erfahrener Praktiker und Theoretiker der Selbstverwaltung. Die Kompetenzen der SV, insbesondere für die GKV, sollte nach seinem Verständnis eigentlich darin bestehen, die „Sozialleistungen [zu] gestalten“. Diese „öffentliche und politische Erwartung“ sei indessen „deutlich größer als die Handlungsmöglichkeiten“, die der Gesetzgeber der SV im Gesundheitswesen tatsächlich einräume. Im Innenverhältnis liege die „konkrete Gestaltungsmacht“ überwiegend beim hauptamtlichen Vorstand. ... Die eigentliche Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung findet in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung ... auf Bundesebene statt, in denen die Selbstverwaltung der Krankenkassen nur als Minderheit vertreten ist“ (121). Auch die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Satzung und des Haushaltsrechts seien marginal.

Legitimation und Perspektive

Zweifel an der SV ganz anderer Art beschrieben Thomas Gerlinger und Thomas Wüstrich. Die Legitimität der SV sei wegen der geringen Wahlbeteiligung und der Friedenswahlen umstritten:

„Trotz aller gegenteiligen Bekenntnisse ist der politische Rückhalt der Sozialen Selbstverwaltung bei politischen Entscheidungsträgern insgesamt eher als gering einzustufen“ (161). „Friedenswahlen, so eine verbreitete Kritik, seien mit dem Demokratieprinzip nicht vereinbar“ (166). Ebenfalls kritisiert werde, dass die Interessen von Versicherten und Patienten nicht immer kongruent seien; die Interessen der Patienten würden in der SV nicht ausreichend repräsentiert (167). Wenn die SV „in ihrer Substanz bisher unangetastet geblieben“ sei, habe das wohl mehr mit der Furcht des Gesetzgebers vor dem „gemeinsamen Protest von Arbeitgebern und Gewerkschaften“ zu tun, als mit echtem Respekt vor der SV. Sie würde „zwar nicht als sonderlich hilfreich, aber wohl auch nicht als sonderlich störend angesehen“ (172). Ein eher resignierendes Ergebnis: Fortbestand aufgrund von Irrelevanz?

Wolfgang Schroeder versuchte dagegen Optimismus für eine Revitalisierung der Selbstverwaltung zu stiften und bezog sich dabei u.a. auf den Koalitionsvertrag der Ampel. Danach sollen mit einer Reform des G-BA die „Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Patientenvertretung gestärkt werden“ (234). Die positive Interpretation ist jedoch gewagt. Dieser Koalitionsvertrag enthält – im Gegensatz zu vielen seiner Vorgänger – kein explizites Bekenntnis zu einer „Stärkung der Selbstverwaltung“. Und auch die zitierte Formulierung steht für die Kundigen in dem Verdacht, dass das schiere Gegenteil gemeint ist: Mehr Staatseinfluss, mit dem die SV ans immer kürzere Gängelband gelegt werden soll. Gerade Minister Lauterbach kann und konnte an dieser Stelle keinesfalls missverstanden werden, was die drei Jahre der Ampel nur zu klar bestätigt haben.

Hartmut Reiners machte auf einen weiteren Aspekt aufmerksam: „Alles in allem hat die über Sozialabgaben finanzierte und damit von den steuerfinanzierten Etats unabhängige Selbstverwaltung des GKV-Systems eine ausgeprägte ökonomische Vernunft“ (42). Das Lob für das solidarische Finanzierungssystem der GKV verband er mit einer deutlichen Warnung vor einer Ausweitung der Steuerfinanzierung in der GKV (47). Die politische Unabhängigkeit der gemeinsamen

Selbstverwaltung des GKV-Systems sei ein „hohes Gut, das den Einfluss der Lobby nachhaltig einschränkt. ... Vor diesem Hintergrund sind wachsende Zuschüsse des Bundes zum Gesundheitsfonds ein süßes Gift, das stabile Beitragssätze mit dem wachsenden Einfluss politischer und ökonomischer Interessengruppen auf die Gestaltung des Gesundheitswesens erkaufte“ (49). Eine Gefahr, die auch Schroeder erkennt: Mit zunehmender Steuerfinanzierung der Sozialversicherungen könnte die Legitimation der herkömmlichen Zusammensetzung der Kassen-Verwaltungsräte abnehmen und der Anspruch des Staates auf eine direktere Beteiligung entstehen (243), etwa mit Drittelparität nach dem Muster der Bundesagentur für Arbeit.

4. Urwahl und die Spaltung der Kassenlandschaft

Im Hintergrund steht: Die Ersatzkassen haben in ihrer Selbstverwaltung immer noch eine eigentümliche Sonderprägung (durch die Versichertengemeinschaften etc.). Sie wollten mit dieser Publikation vor allem die bei Ihnen üblichen Urwahlen ins Schaufenster stellen und damit

Die beteiligten Kassen waren mutig und haben viel Arbeit und Herzblut in den Modellversuch zur Online-Wahl gesteckt.

einen besonderen Legitimationsvorsprung beanspruchen. Man könnte sie insoweit implizit als Kampfschrift gegen die Friedenswahlen und damit auch gegen die Mehrheit der AOKen verstehen. Verbunden wird damit die Hoffnung, es könnte eine Trendwende bei der seit 15 Jahren stattfindenden Entmachtung der SV geben.

Im Kern klammerte man sich an die Vorstellung, mit der Urwahl (vor allem als Online-Wahl) könnte das gelingen. Es wird jedoch in keinem Beitrag diskutiert, was z.B. eine verpflichtende Urwahl auslösen würde (Sozialwahl als Zusatz-Arena für die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien? Politische Spaltung der Versicherteninteressen?). Konsequenterweise kommt die Mehrheit der AOKen und der BKKen (bei denen

überwiegend Friedenswahlen stattfinden) in dem Buch nicht vor (ausführlicher zu dieser Debatte Paquet 2018). Auch die Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die ja als Listenträger für die personelle Zusammensetzung der (meisten) Gremien verantwortlich sind, kommen nicht zu Wort. – Ob man dem Gedanken der Selbstverwaltung damit einen guten Dienst erwiesen hat, bleibt eine offene Frage. Schneider und Fromm jedenfalls hatten als kluge Beobachter in ihrem Beitrag bereits eine entsprechende Warnung ausgesprochen: „Die Aufgabe der Politik ist es, der möglichen Spaltung der Sozialen Selbstverwaltung entgegenzuwirken, die sich ausgehend von der Frage, ob eine Urwahl durchgeführt wird und ... ob man sich am Projekt des E-Voting beteiligt, bereits jetzt in verschiedene Lager teilt“ (226).

5. Enttäuschende Wahlbeteiligung – Chance zur Aufarbeitung?

Bei der Bekanntgabe der Wahlergebnisse (in einer Pressekonferenz am 23. Juni 2023) lobte der Bundeswahlbeauftragte, Peter Weiß, den Modellversuch der Online-Wahlen, zeigt sich aber entsetzt über die niedrige Wahlbeteiligung, die von knapp über 30 (im Jahr 2017) auf rund 22 Prozent gesunken war. Drei Fragenkomplexe stünden dabei im Hintergrund: Was macht diese Selbstverwaltung eigentlich? Was sind das für Personen auf den Listen? Wie unterscheiden sich die Listen? – Eine Nachwahlbefragung sollte über die Vorstellungen der Wahlberechtigten zu diesen Themen Aufschluss geben.

Möglichkeit der Online-Wahl

Fangen wir aber mit dem Positiven an: Der Modellversuch zur Online-Wahl ist gelungen. Die umfangreichen Sicherheitsvorkehrungen (im Zusammenwirken mit dem Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik, für Datenschutz, Schutz vor Hackern, Manipulationssicherheit etc.) haben sich bewährt. Die beteiligten Kassen waren mutig und haben viel Arbeit und Herzblut in dieses Projekt gesteckt. Allerdings lag der Anteil der Online-Stimmen unter zwei Prozent. Nur 330.000 Wählerinnen und Wähler haben diese Chance genutzt.

Wenn man genauer hinschaut, waren es bei der TK rund 10 Prozent, bei der

BARMER nur noch 5,9 % und bei der DAK mit Ach und Krach 2,4 %. Die Klientele der Kassen unterscheiden sich offensichtlich mehr als mancher dachte. Jedenfalls sind die TK-Versicherten technisch avancierter, was sich einerseits in dem relativen Erfolg digitaler Anwendungen bei dieser Kasse zeigt (Interesse an der elektronischen Patientenakte, am E-Rezept etc.), andererseits beim politischen Engagement der TK für digitale Lösungen im Gesundheitswesen. Die Ergebnisse der größten Krankenkasse lassen sich nicht auf die GKV insgesamt übertragen.

Nicht zuletzt haben Online-Wähler über das umständliche Verfahren geklagt (u.a. Eingabe von mehreren Zahlenfolgen und „Wahlkennzeichen“ etc.). Die traditionelle Briefwahl war viel bequemer: Kreuzchen machen, Briefumschlag und ab in den Kasten. Hier war die Stunde derer, die es einfach einmal ausprobieren wollten. Wenn das Online-Wahlverfahren nicht einfacher wird, wird es auch beim nächsten Wahlgang nicht viel mehr Freunde finden. Für die Übertragung auf politische Wahlen dürften 330.000 Digital-Fans auch kaum überzeugend sein.

Wahlbeteiligung

Die niedrige Wahlbeteiligung stellt für sich genommen kein massives Legitimationsproblem für die Selbstverwaltung dar. In unserem (politischen) System ist es auch legitim, sich an Wahlen *nicht* zu beteiligen. Wer nicht wählt, erklärt sich konkludent mit dem Ergebnis einverstanden, das die tatsächlichen Wähler hervorgebracht haben. Niedrige Wahlbeteiligungen kommen z.B. auch bei Bürgermeister- oder Betriebsratswahlen vor. Beunruhigend am Sinken der Beteiligung ist jedoch die Tatsache, dass sie im allgemeinen Trend z.B. von Landtags- und Kommunalwahlen liegt. Besonders enttäuscht zeigte sich der Bundeswahlbeauftragte darüber, dass die verstärkte und „gute Öffentlichkeitsarbeit“ nicht gefruchtet habe. Es habe diesmal eine größere Medienresonanz gegeben, man habe auch auf Social Media gesetzt und Influencer genutzt, um die jüngeren Wahlberechtigten zu erreichen.

Dabei war die Kampagne zur Sozialwahl gar nicht schlecht, aber auch nicht wirklich besser als die bei den vergangenen Sozialwahlen. Man muss sich klar-

machen, dass sie auf eine stark veränderte Medienlandschaft traf, mit einem massiven Umbruch im Nutzungsverhalten. Das Entscheidende dürfte jedoch die Tatsache sein, dass die Sozialversicherungen als eigenständige Institutionen im öffentlichen Bewusstsein nicht präsent sind. Sie werden als selbstverständliche Gegebenheiten wahrgenommen. Wenn sich überhaupt jemand die Frage nach ihrer Steuerung stellt, kommt man auf den Staat. – Und das ist ja auch gar nicht so falsch.

Die drei Fragen des Bundeswahlbeauftragten

Kommen wir zurück auf die drei Fragen von Peter Weiß: Was wäre die sachlich zutreffende Antwort auf die Frage „Was machen die denn eigentlich?“ Da geht es um die Aufstellung des Haushalts (mit engen gesetzlichen Vorgaben bei den Satzungsleistungen und Verwaltungskosten). Am wichtigsten ist die Auswahl und Kontrolle der Vorstände der Krankenkassen. Hartmut Reiners sieht die Verwaltungsräte daher als eine Art „Aufsichtsräte“, die sich „auf die Haushaltskontrolle, die Festlegung der Satzung sowie auf die Bestellung des hauptamtlichen Vorstandes“ beschränken (Reiners 2023, 195).

Der Verwaltungsrat ist außerdem zuständig für „Fragen von grundsätzlicher Bedeutung“, was eine Leerformel ist. Eine Kasse kann sich daher auch zur Gesundheitspolitik äußern, und manche tun das recht oft. Der Verwaltungsrat kann mittelbar die Vertragsarbeit der Kasse mit den Leistungsanbietern beeinflussen. Mittelbar heißt dabei: Diese Aufgabe gehört zur Kernkompetenz der Vorstände; der Verwaltungsrat kann ihnen dafür aber Richtlinien geben. – Das ist nicht wenig, die Bedeutung solcher Kompetenzen erschließt sich aber eigentlich nur den Fachleuten. Die normalen Bürgerinnen und Bürger lässt das kalt.

Wer steht auf den Listen? In der offiziellen Broschüre zur Sozialwahl werden die Personen vorgestellt (als Beispiel: DRV Bund 2023). Allerdings nur mit Namen und im Allgemeinen mit der Funktion in der Selbstverwaltung, die sie gerade bekleiden. Mehr ist ohne große Mühe nicht über sie herauszufinden. Was machen sie beruflich? Welche Erfahrungen bringen sie ein? Haben sie Familie? Und so weiter. Das würde den Wähler vielleicht interessieren.

Was unterscheidet die Listen? Oder besser noch: Was charakterisiert sie? – In der erwähnten Broschüre stellen sich die Listen selbst nach dem folgenden Schema vor: „Wer wir sind. Wofür wir stehen. Was uns auszeichnet.“ Die „Antworten“ auf diese Fragen sind austauschbar. Geboten werden Wortschatzübungen mit Sicherung der Renten, Rentenniveau, Rehabilitation, Beitragssatzstabilität, Gesundheitsförderung etc. Nur die Gewerkschaften unterscheiden sich hier wohltuend. Unter einem regionalen IG-Metall Geschäftsführer oder einem Betriebsratsvorsitzenden von Thyssen-Krupp kann sich fast jeder etwas vorstellen (Seite 8).

Weitere Ergebnisse

Dominant ist bei der DRV-Bund die „BfA DRV-Gemeinschaft“ mit rund 26 % der Stimmen. Dann kommen zusammen 36 Prozent von sog. Krankenkassen-Mitgliedergemeinschaften (TK, BARMER, DAK etc.). Charakteristisch für diese Organisationen ist, dass sie nur als Wahlvereine für die Sozialwahlen existieren. Sie haben praktisch keine Aktivitäten jenseits der Gremienarbeit in den Sozialversicherungen. Die DGB-Gewerkschaften IG-Metall und ver.di bringen es zusammen dagegen nur auf 24 % der Stimmen. Bei den großen Krankenkassen sieht es ähnlich aus: Bei der TK dominiert die „TK-Gemeinschaft“ mit über 61 %. Ihr folgt mit knapp 17 % die „BfA DRV-Gemeinschaft“. Ver.di und IG-Metall haben zusammen knapp 20 %. Bei der BARMER teilen sich zwei Organisationen die Dominanz: Die „BARMER Versichertengemeinschaft“ kam auf knapp 46 % der Stimmen. Die „BARMER Interessenvertretung“ erreichte über 27 %. In der DAK erreichte die „DAK-Mitgliedergemeinschaft“ über 53 % und die „DAK VRV“ kam auf 18 %. In den meisten der fünf Ersatzkassen mit Urwahl hat auch die „BfA DRV-Gemeinschaft“ Sitze im Verwaltungsrat.

Mit anderen Worten: Die Krankenkassenvertreter kontrollieren die Selbstverwaltung der Rentenversicherung Bund (früher Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)). Zu einem guten Teil besetzt auch die „BfA DRV-Gemeinschaft“ die Gremien der DRV-Bund. Die von den Kassenverwaltungen hofierten Mitgliedergemeinschaften kontrollieren also ihre jeweiligen Kas-

sen (unter punktueller Hinzunahme der „BfA DRV-Gemeinschaft“). – Die Selbstverwalter der Rentenversicherung Bund sind in den Verwaltungsräten der großen Krankenkassen mit beteiligt. Ist diese „Arbeitsteilung“ ein sinnvolles Aufsichtsrats-Modell? – Der Begriff der „Selbstverwaltung“ bekommt damit eine gewisse Doppeldeutigkeit.

Zwischenfazit und Bewertung

In der Selbstverwaltung jener Sozialversicherungen, die vor dreißig Jahren noch zum ständischen Kreis der Angestellten-Organisationen gehörten, ist die Zeit stehen geblieben. Hier dominieren noch die Club-Strukturen, die aus der damaligen Alleinherrschaft der Deutschen Angestelltengewerkschaft (DAG) über diese Organisationen (Angestellten-Ersatzkassen und BfA) überlebt haben. Was ist das Fazit? Nach der Empfehlung, nur noch sog. „Friedenswahlen“ („Wahlen ohne Wahlhandlung“) durchzuführen, wozu Hans-Jürgen Urban (2023), Vorstandsmitglied der IG-Metall, tendiert, wäre vielleicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Urban hat zwar recht, wenn er sagt: „Ein inhaltlicher Wahlkampf ist durch die gesetzlichen Vorgaben kaum möglich und viele Listennamen werben irreführend.“ Eine kleine Chance steckt dennoch in der Urwahl. Vielleicht könnte man sie doch noch für eine Verlebendigung der Krankenversicherung nutzen?

Genauso wenig zielführend wäre die komplette Abschaffung der Sozialwahl. Das würde die Krankenversicherung vor allem der tagespolitischen Form des jeweiligen Gesundheitsministers ausliefern. – Ein Learning jedenfalls sollten die Ersatzkassen beherzigen: Die Verklärung ihrer Urwahlen als ‚Fest der Demokratie‘ ist nicht gerechtfertigt.

6. Übergabe des Schlussberichts

Am 30. September 2024 haben Peter Weiß und seine Stellvertreterin Doris Barnett im BMAS ihren Bericht über die Sozialwahl 2023 übergeben (vgl. OB-SERVER MIS 2024). Die Wahl sei einwandfrei gelaufen, so Weiß. „Lichtpunkte“ seien die erfolgreiche Umsetzung der Geschlechterquote und die reibungslose Durchführung des Modellversuchs für die Online-Wahlen.

Staatssekretär Schmachtenberg (BMAS) lobte den Bericht. Die Online-

Wahlen hätten aber leider nicht als „Booster“ für die Wahlbeteiligung gewirkt. Trotzdem solle der Bundesgesetzgeber die Online-Wahl-Möglichkeit für die Sozialversicherung generell einführen. Den „provozierenden Vorschlag“ der Beauftragten, die Sozialwahl in der Verfassung zu verankern, machte er sich nicht zu eigen. Der Vorschlag könne aber eine wichtige Debatte über die Bedeutung der Sozialversicherung auslösen.

In der Veranstaltung gab es die Forderung nach „Urwahlen für alle!“ Es müsse mehr Einheitlichkeit geben; das Nebeneinander beider Wahlformen verstehe keiner. Die Sozialpartnerorganisationen wollten dagegen „Friedenswahlen“ und Urwahlen nebeneinander bestehen lassen. Beide hätten ihre Berechtigung. Weiß bestätigte: „Zu dieser Kontroverse haben wir in unserem Bericht erklärt, dass beide Möglichkeiten bestehen bleiben sollen.“ (Bei der Unfallversicherung würde das Urwahl-Modell z.B. nicht funktionieren.) Es sei aber bedauerlich, dass 2023 nur in 7 Institutionen Urwahlen stattgefunden hätten. Das sei seit 1953 die niedrigste Anzahl. Urwahlen seien aber notwendig, „um die Sozialwahl am Leben zu halten“. „Unsere Kompromissvorschläge zielen darauf, die Träger zu ermuntern, mehr Urwahlen durchzuführen.“

7. Das Wesentliche im Bericht

Der Schlussbericht über die Sozialwahlen 2023 (zitiert als Bericht 2024) vermeldet Rekorde. Insgesamt seien 3.238 Mandate vergeben worden, davon alleine über 1.600 in den 94 Krankenkassen mit eigenständiger Selbstverwaltung (Seite 8ff). Dabei „wurde mit 51,3 Millionen ein Rekord bei der Anzahl der Wahlberechtigten aufgestellt“ (13). Theoretisch wären (einschließlich der Versicherten in Kassen mit „Friedenswahlen“) 192,6 Millionen Versicherte wahlberechtigt gewesen (34). Das sind natürlich Doppelzählungen. Die 22,3 Millionen Wahlberechtigten bei den Ersatzkassen überschneiden sich z.B. weitestgehend mit den 28,8 Millionen Wahlberechtigten bei der DRV Bund. Dabei lag die Wahlbeteiligung bei den fünf Ersatzkassen im Schnitt bei 22 Prozent und bei allen nahe bei diesem Wert (15). Die Wahlbeteiligung bei den Sozi-

alwahlen insgesamt ging von 2017 um rund acht Prozentpunkte zurück. In den vier Wahlen von 2005 bis 2017 hielt sie sich immerhin auf dem Niveau von ca. 30 Prozent. In den Wahlen davor (1974 bis 1999) lag sie sogar um die 40 Prozent (14).

Nachwahlbefragung

Drei Nachwahlbefragungen sollten zur Erklärung der geringen Wahlbeteiligung beitragen. In der Kantar-Befragung heißt es „dass sich das diagnostizierte Informationsdefizit spürbar auf die Mobilisierung ausgewirkt hat: Fast jeder dritte

Wer nicht wählt, erklärt sich konkludent mit dem Ergebnis einverstanden, das die tatsächlichen Wähler hervorgebracht haben.

Nicht-Wählende begründete die eigene Wahlabstinenz mit Unkenntnis bzw. Unverständnis in Bezug zur Sozialwahl (15 Prozent), bzw. führt fehlende Informationen über Listen, Kandidaten und/oder Programme an (14 Prozent)“ (172). Außerdem „So berichtet etwa jede*r Siebte von fehlendem Interesse an der Wahl (15 Prozent), etwa jede*r Zwölfte kann subjektiv keinen Bezug zur oder Sinn mit der Sozialwahl in Verbindung bringen (8 Prozent), und jede*r Elfte gibt an, die Sozialwahl kaum wahrgenommen, verpasst oder schlicht vergessen zu haben (9 Prozent). ...“. Vor allem „die Altersgruppe der 16- bis 34-Jährigen führt als Begründung für die Wahlabstinenz mehr als doppelt so häufig die eigene Unkenntnis bzw. das mangelnde eigene Wissen im Bezug zur Sozialwahl an (33 Prozent versus alle: 15 Prozent)“ (ebenda). Jeder zweite Wählende meint jedoch, „dass Wahlen Basis der Demokratie seien, dass Wählen *Bürgerpflicht* sei und dass Wahlen ganz allgemein wichtig sind.“ (173)

Trotz der öffentlichkeitswirksam geplanten Verkündung der Ergebnisse habe es „kaum Wiederhall in den Medien [gegeben]. So entstand bei den Wählenden der Eindruck, man habe gewählt, aber niemand informiert über das Ergebnis“ (174). Trotz aller Anstrengungen der Sozialversicherungsträger, die Arbeit

ihrer Selbstverwaltungen kontinuierlich darzustellen, gelinge es nicht, die Wahlberechtigten damit zu erreichen (174f). – Die Ergebnisse der Nachwahlbefragungen – so weit im Schlussbericht referiert – bringen insoweit leider keine neuen Erkenntnisse.

Empfehlungen und Verankerung im Grundgesetz

Die 24 Empfehlungen der Bundeswahlbeauftragten „für eine Stärkung der Sozialen Selbstverwaltung und die Fortentwicklung des Sozialwahlrechts“ (192ff) decken sich weitgehend mit den Empfehlungen früherer Schlussberichte:

- Mehr Bildung und Information zur Sozialversicherung und Sozialen Selbstverwaltung (schon in der Schule etc.),
- Steigerung der Anzahl der Urwahlen, z.B. durch die Ermöglichung von „Persönlichkeitswahlen“ (196),
- Stärkung der Kompetenzen für die Selbstverwaltung, insbesondere im Haushaltsrecht,
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit (mit z.B. einer „Website-Pflicht“),
- Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten der Gremien-Mitglieder und ihrer Entschädigungsregelungen,
- Geschlechterquotierung, und – was niemals fehlen darf –
- die „Weiterentwicklung der Aufgaben des Bundeswahlbeauftragten“ (216).

Mit einem Punkt schlagen Weiß und Barnett jedoch eine echte Innovation vor: Die Zukunft der Selbstverwaltung soll verfassungsrechtlich garantiert werden (179ff). Angeknüpft wird dabei an die Weimarer Reichsverfassung. Deren Artikel 161 lautete: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“ (181). Eine Stärkung der Selbstverwaltung – ausdrücklich als Alternative zu „staatlichem Dirigismus“ – gelänge am besten durch ihre verfassungsrechtliche Absicherung (183).

Die Träger der Sozialversicherung seien seit jeher „selbständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts“

mit Satzungsautonomie, „die ihre Mittel im Wesentlichen durch Beiträge ihrer Mitglieder aufbringen“ (ebenda). Damit die Satzungsautonomie nicht immer mehr ins Leere greife, müsse der „Bundesgesetzgeber seine Regelungsmacht jedenfalls in Teilbereichen zurücknehmen und fakultativem Satzungsrecht partiellen Vorrang einräumen“ (189).

Die Autonomie der Selbstverwaltungsorgane sollte daher im Grundgesetz explizit verankert werden. Es sei „unter dem Gesichtspunkt der treuhänderischen Wahrnehmung von Versicherteninteressen“ auch „nicht akzeptabel“, dass den Sozialversicherungsträgern „weiterhin ... die Grundrechtsberechtigung mit der Möglichkeit zur Verfassungsbeschwerde abgesprochen wird“ (189f).

8. Ein Fazit in Thesen

- Es ist sicher richtig, wenn die Verwaltungsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes zum 1. Dezember und damit zum 140-jährigen Inkrafttreten des „Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ erklären: Die GKV-Selbstverwaltung „konnte ... immer wieder stabilisierende Wirkung in der Gesellschaft entfalten und zum sozialen Frieden beitragen. Sie ist ein wichtiger Bestandteil unserer sozialen und demokratischen Grundordnung.“ (AOK-Statement 2024). Diese Einschätzung wird auch von vielen Fachleuten geteilt (z.B. Bäcker 2024, 161)
- Trotzdem überschätzt sich die Selbstverwaltung oft selbst. Der Gestaltungsanspruch für die Versorgung wird zwar immer wieder vorgetragen, kann aber wegen der rechtlichen Restriktionen nur in sehr geringem Umfang eingelöst werden. Und wenn, dann geht es hier um Aufgaben der hauptamtlichen Vorstände und bestenfalls mittelbar der ehrenamtlichen Verwaltungsräte. So wirkt die Forderung des vdek zum Tag des Ehrenamtes nach mehr „Freiräumen der Sozialen Selbstverwaltung zur Gestaltung der Versorgung“ etwas aufgesetzt (vdek 2024). – Eine relevante „Versorgungsgestaltung“ über Satzungsrecht bzw. Wahltarife hat der Gesetzgeber bisher erfolgreich blockiert – aus dem durchaus nachvollziehbaren Grund der Erhaltung einer einheitlichen „Regelversorgung“.

- Dabei gibt es auch innerhalb der Selbstverwaltung hemmende Faktoren: Arbeitgeber- und Versicherten-seite blockieren sich bei bestimmten Fragen. Die Trägerorganisationen (Sozialpartner BDA und DGB) tragen konzeptionell immer weniger bei und unterstützen im Alltag praktisch wenig. Die Konkurrenz der Kassen und Kassenarten schwächt immer wieder den Auftritt der Kassenseite. Die Schwäche der Selbstverwaltung zeigt sich regelmäßig auch daran, dass sie Aufgaben der Kostendämpfung und der Steuerung der Inanspruchnahme lieber an die Politik weiterreicht.
- Das führt auch dazu, dass die Selbstverwaltung gerade in *dem* Bereich in dem sie substantielle Verantwortung trägt (Personalbestellung), nicht immer glücklich agiert. So hat sie sich z.B. bei der Neubesetzung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes leider als kleinkariert erwiesen und hängt in der Welt der Kassenarten des vorigen Jahrhunderts fest (Paquet 2024b).
- Die Sozialversicherungen sind mittelbare Staatsverwaltung und mit bestimmten Aufgaben beliehen. Sie haben keine Befugnisse aus eigenem Recht. Es ist denkbar unwahrscheinlich, dass das geändert wird, dass sich die öffentlich sichtbare Politik hier von der weitgehend unsichtbaren Selbstverwaltung wesentliche Entscheidungen abnehmen lässt.
- Die von den Sozialwahlbeauftragten geforderte verfassungsrechtliche Verankerung der Selbstverwaltung wird es daher nicht geben. Die Politik wird sich das gesundheitspolitische Heft nicht aus der Hand nehmen lassen. Auch die Zecke einer Grundrechtsfähigkeit der Sozialversicherungsträger werden sich die Politiker nicht freiwillig in den Pelz setzen. Der Verfassungsrang würde ja der Sozialversicherung z.B. ein Klagerecht gegen die Bundesregierung verschaffen, die den Trägern immer mehr Kosten versicherungsfremder Aufgaben aufgebürdet hat.
- Die Legitimation der Selbstverwaltung ist einerseits ein Problem (Urwahl vs. „Friedenswahl“), das man andererseits nicht überschätzen sollte. Demokratie ist immer unvollkommen; ein vollkommenes System gibt es nicht. Ein Hinweis sei erlaubt: Die

Vorstellungen darüber, was demokratische Legitimation ist, sind z.B. schon innerhalb der europäischen Union ebenso divers wie unüberschaubar.

- Andererseits gibt es eine Art der Überlebensgarantie der Selbstverwaltung. Die Politiker spüren instinktiv ihre „Entlastungsfunktion“, nicht in dem Sinne – wie es die GKV- und Kassenärzte-Funktionäre gerne selbst sehen – der Entlastung der Politik z.B. bei Detailentscheidungen zur Konkretisierung des Leistungskatalogs. Sondern in dem ganz banalen Sinne, dass es im Gesundheitswesen einen probaten Sündenbock gibt, dem man ggf. auch politisch falsche Weichenstellungen zur Last legen kann. Allein schon deshalb wird die Selbstverwaltung nicht ganz abgeschafft.
- Was im Übrigen auch eine Garantie der Pluralität der Kassenlandschaft sein dürfte, trotz gelegentlicher Überlegungen zur Reduktion der Kassenzahl (z.B. Holetschek 2024). „Ihre politische Legitimation bezieht die gegliederte GKV aus der freien Kassenwahl als einer aus der Sicht der Versicherten attraktiven Eigenschaft. Sie sind keiner Monopolbehörde ausgeliefert und können ihre Kasse wechseln, wenn ihnen der Zusatzbeitrag zu hoch ist oder sie aus anderen Gründen nicht mehr mit ihrer Kasse zufrieden sind“ (Reiners 2023, 194).
- Was steht wohl im nächsten Koalitionsvertrag zur Zukunft der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen?

Eigentlich müsste man sich wünschen: „Möglichst wenig!“. Denn alle weiteren Konkretisierungen würden wahrscheinlich die politische Regulierung stärken und zulasten der Selbstverwaltung gehen.

Literatur

- AOK-Statement 2024:** „140 Jahre GKV-Gesetz: Gestaltungsfähigkeit der paritätischen Selbstverwaltung bleibt aktuell“, 29.11.2024. <https://www.aok.de/pp/bv/statement/gesetz-ueber-die-krankenversicherung-der-arbeiter/>
- Bäcker, Gerhard 2024:** „Der deutsche Sozialstaat – Dimensionen, Charakteristika, Wirkungen“, in Bäcker/Boeckh/Huster: „Der Sozialstaat in Deutschland“, NOMOS Verlag, Baden-Baden 2024
- Bericht 2024:** „Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen 2023“, herausgegeben vom BWB, Berlin, September 2024. https://bundessozialwahlbeauftragter.de/storage/Schlussbericht_mit_Titel_2023_end.pdf
- Braun/Klenk/Klemens (Hrsg.) 2023:** „SELBSTverwalten! – Wie Ehrenamtliche unser Gesundheitswesen mitgestalten“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2022.
- DRV Bund 2023:** „Sozialwahl 2023: Die Listen stellen sich vor“ https://www.sozialwahl.de/fileadmin/Downloads/Sozialwahl_Selbstdarstellungsbroschuere_Einzelseiten.pdf.
- Holetschek 2024:** „Holetschek für Reduzierung der Krankenkassen“ in [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de) vom 1. November 2024, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/155400/Holetschek-fuer-Reduzierung-der-Krankenkassen>

de/nachrichten/155400/Holetschek-fuer-Reduzierung-der-Krankenkassen

OBSERVER MIS 2023: „Sozialwahl 2023 – Die Soziale Selbstverwaltung konstituiert sich neu – Herausforderungen, Chancen, Potenziale“ beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) am 18. Januar 2023 in Berlin.

OBSERVER MIS 2024: „Sozialwahlen 2023 – Der Schlussbericht (wird überreicht)“, 30. September 2024.

Paquet, Robert 2024: „GKV-Spitzenverband vor künftigen Herausforderungen“, in Observer Gesundheit vom 12.10.2024. <https://observer-gesundheit.de/gkv-spitzenverband-vor-kuenftigen-herausforderungen/>

Paquet, Robert 2023: „SELBSTverwalten! – Ein Buch zur Sozialwahl zwischen Hoffen und Bangen“, Besprechung im Observer Gesundheit vom 13.01.2023. <https://observer-gesundheit.de/selbstverwalten/>

Paquet, Robert 2018: „Mit Urwahl alles gut für die Selbstverwaltung? – Auch die neue Bundesregierung sieht das anders“, G&S, 2/2018 DOI: 10.5771/1611-5821-2018-2-64, Seite 64ff.

Reiners, Hartmut 2023: „Die ökonomische Vernunft der Solidarität – Perspektiven einer demokratischen Sozialpolitik“, Promedia Verlag, Wien 2023.

Urban, Hans-Jürgen 2023: Pressemitteilung der IG-Metall vom 22. Juni 2023. <https://www.igmetall.de/presse/pressemitteilungen/bilanz-zur-sozialwahl-2023>

vdek 2024: „Soziale Selbstverwaltung fordert mehr Gestaltungsspielräume und Stärkung der Finanzautonomie“, Pressemitteilung vom 5.12.2024. <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2024/tag-des-ehrenamts-soziale-selbstverwaltung.html>

Krankenhausreform und Unterversorgung – eine drohende Zuspitzung

PROF. DR. MED. MATTHIAS
SCHRAPPE

Universität Köln

In der gesetzgeberischen Polypragmasie der letzten beiden, auf Corona folgenden Jahre sind vorherige Gewissheiten ins Abseits geraten: Patientenautonomie, Qualitätsverbesserung auf der Basis reliabler und valider Daten, Evidenz-Basierung politischer Entscheidungen, strukturelle Einbeziehung der „Meso-Ebene“. Stattdessen feiern hierarchische Top-Down Vorstellungen ihre Wiederauferstehung auf die Orientierung an einer analytisch begründeten strategischen Ausrichtung auf die zentralen Problemkreise wird verzichtet. Dabei gäbe es Anlass, gezielt und entschlossen zu handeln, denn das deutsche Gesundheitssystem ist gerade dabei, mit einem hierzulande bislang wenig beachteten Phänomen Bekanntschaft zu machen, nämlich einer drohenden Unterversorgung. Arzneimittel sind nicht verfügbar, Termine sind ebenfalls Mangelware und in dieser Situation reagiert die Politik mit der Schließung von Notfallambulanzen und Krankenhäusern. Natürlich ist im Krankenhaussektor ein erheblicher Handlungsbedarf gegeben, allerdings kann dieser nicht in einer nochmaligen sektoralen Optimierungsstrategie bestehen. Der nachfolgende Artikel analysiert die Reform und arbeitet heraus, dass durch diese Reform die Unterversorgung verschärft und ebenso einer Fehlversorgung durch Untergrabung des Qualitätsgedankens sowie Risikoselektion Vorschub geleistet wird.

In den ersten Jahren nach dem Leuchtturm-Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) aus dem Jahr 2001 zum Thema „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Sachverständigenrat 2001) konzentrierte sich die gesundheitspolitische Diskussion

hierzulande ganz auf die gängige Formel der „kombinierten Über- und Fehlversorgung“. Zum Begriff Unterversorgung verwies man hier entweder auf Gesundheitssysteme mit freier Marktgestaltung (USA) (Asch et al. 2000) oder auf staat-

liche Systeme (NHS in Großbritannien). In Deutschland war ein entsprechendes Problembewusstsein kaum zu spüren, zu sehr standen Qualitätsdefizite und den Bedarf übersteigende, Angebots-orientierte Behandlungsmethoden im Vordergrund.

Diese Situation hat sich heute grundlegend gewandelt, denn angefangen von einer deutlich wahrnehmbaren Zugangsproblematik von gesetzlich Versicherten in der ambulanten Versorgung (Facharzttermine) sind die Themen Arzneimittel-Engpässe und die im Zuge der Krankenhausreform zu erwartenden Krankenhausschließungen sowie die Reduktion der Notfallaufnahmen nun unüberhörbar in der Diskussion (Bosch Stiftung 2023). In diesem Beitrag sollen hierzu zwei Aspekte beleuchtet werden, zum einen die Begrifflichkeit und Differenzierung verschiedener Formen der Unterversorgung, zum anderen die Situation im Krankenhaussektor unter besonderer Berücksichtigung der Auswirkungen der Krankenhausreform mit seinen Regelungen aus dem Jahr 2024.

Unterversorgung: Begriffseingrenzung

Der SVR definiert Unterversorgung unter Rückgriff auf die im Gutachten 2001 zentralen Themen Nutzen, Bedarf und somit auch Evidenz:

„Eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind, ist eine Unterversorgung.“ (SVR 2001, III-1, S. 52 (Nr. 40)).

Zusätzlich zu dem „anerkannten Bedarf“ müssen also Leistungen „mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen vorliegen“, sonst wäre eine Unterversorgung nicht objektivierbar. Historisch war diese Bezugnahme möglich und realistisch, weil in den Jahren zuvor durch das Aufkommen der Evidence-Based Medicine erstmalig eine Methode zur Verfügung stand, die das für die Nutzenbeurteilung notwendige fachliche und wissenschaftliche Wissen identifizieren, in ihrer Tragfähigkeit beurteilen und transparent synthetisieren konnte

(z.B. durch Systematische Reviews und Metaanalysen). Die „Eminenz-basierte Entscheidungsfindung“ durch Stellungnahmen und Fachkongresse konnte in diesem Sinne ergänzt und überkommen werden, wodurch Bewertungen und Allokationsentscheidungen auf ein anderes Fundament gestellt wurden.

Im typischen Fall tritt eine Unterversorgung allerdings oft nicht isoliert auf, sondern in Kombination mit einer Fehlversorgung („Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotential ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen“), gelegentlich sogar gemeinsam mit Überversorgung („Versorgungsleistungen ... ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen“) (SVR 2001 III-1, S. 52 (Nr. 40)). Aus dieser Perspektive kann eine Unterversorgung generell auch als Form einer Fehlversorgung verstanden werden, „da entgangener Nutzen [durch das Unterlassen der Behandlung, MS] vermeidbaren Schaden bedeutet.“

In Bezug auf Unterversorgung kann man folgende Fälle unterscheiden:

- Patienten haben keinen Zugang zu einer Behandlung, entweder, weil sie darüber nicht informiert sind, sie sie nicht erreichen können oder die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangs- bzw. access-Perspektive);
- Patienten haben Zugang, die Behandlungsleistung wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (Fehlversorgung, s.o.);
- Patienten erhalten grundsätzlich Zugang, die Leistung wird adäquat erbracht, aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems werden die Leistungen verknappt oder waren nicht indiziert (wären vermeidbar gewesen, z.B. aufgrund fehlender Prävention, fehlender Koordination).

Es gibt Überschneidungen dieser drei Formen, vor allem da sie oft gemeinsam auftreten. Der **Zugangsaspekt (erster Fall)** ist die klassische Ausprägung des Unterversorgungsbegriffes und wird als Qualitätsparameter besonders für regionale oder Populations-bezogene Versorgungskonzepte verwendet, bei denen z.B. ein Anreiz besteht, den Patienten Versorgungsangebote vorzuenthalten (sog. *area*-Indikatoren). Hierzu werden

auch finanzielle und soziale Barrieren gerechnet, weiterhin strukturelle Hindernisse, z.B. durch mangelnde Kooperation bzw. Informationsdefizite, und letztlich die sog. *navigationale Unterversorgung*. Diese beschreibt eine Unterversorgung durch Barrieren, die Patienten daran hindern, sich in der hohen Komplexität der Gesundheitsversorgung zurechtzufinden. Dies beginnt bereits bei der Terminvergabe „wenn man niemanden kennt“, in der Verwendung von inhibitorischen, digitalen Instrumenten und unklaren bürokratischen Vorbedingungen einer Behandlung; sie betrifft im Rahmen der zunehmenden Problematik gar nicht nur GKV-versicherte Patienten, sondern auch „nicht vernetzte“ Privatversicherte (Foltmann und Kießling 2024).

Der zweite Fall betrifft die Unterversorgung **bei Fehlversorgung**, da dem „anerkannten Bedarf“ nicht entsprochen wird, auch wenn formal eine bedarfsgerechte Versorgung angeboten wird. Diese Situation ist in ihrer Auswirkung der Zugangsproblematik mindestens gleichwertig, denn sie simuliert die Zurverfügungstellung der Versorgung, obwohl sie in ihrer professionell und wissenschaftlich geforderten Form nicht verwirklicht wird.

Der dritte Fall tritt in Erscheinung, wenn der Zugang zwar gegeben ist und es auch nicht zu Qualitätsproblemen i.S. einer Fehlversorgung kommt, es jedoch aus übergeordneten Gründen nicht zu einer adäquaten Versorgung ausreicht. Als Beispiel können Kommunikationsdefizite dienen, etwa, wenn Patienten aus der stationären Versorgung entlassen werden, eine weiterversorgende Arztpraxis auch geöffnet hat und die notwendige Weiterversorgung auch qualitativ hochwertig bereitstellt, es aber wegen fehlender Entlassungsdokumente nicht dazu kommen kann, weil Systemeigenschaften wie der Sektoregoismus dies verhindern. Ein anderes Beispiel ist die übersteuerte Preisreduktion im Generika-Markt, die zur Einstellung der Arzneimittel-Produktion oder zur Unterbrechung von Lieferketten im globalisierten Arzneimittelmarkt führt.

Unterversorgung und aktuelle Gesetzgebung

Unterversorgung (*underuse*) tritt international in unterschiedlich strukturierten Gesundheitssystemen auf (Glasziou et al. 2017). In Deutschland stand zunächst die ambulante Versorgung im Mittelpunkt,

so dass sich die Gesetzgebung gezwungen sah, immer wieder gegenzusteuern. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 spezifizierte man den Sicherstellungsauftrag der KVen und richtete im neuen §75 Abs. 1a die sog. Terminservicestellen ein, die über die mittlerweile auch in der Corona-Pandemie vielgenutzte Telefon-Nummer 116117 erreichbar sein sollten. Der Sicherstellungsauftrag wurde im Entwurf des Notfall-Reformgesetzes noch differenzierter ausgestaltet (Entwurfssassung des §75a Abs. 1a ff), konnte aber wegen der Diskontinuität nach Beendigung der Legislaturperiode nicht umgesetzt werden. Dies gilt auch für die beabsichtigten Regelungen im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, insbesondere für die dort beabsichtigte, aber ungenügend ausgestaltete Stärkung kommunaler Träger in der ambulanten Versorgung durch MVZ (Neufassung §95 Abs. 1a SGB V im VSG).

In der fast unübersehbaren Breite gesetzgeberischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich in den Jahren 2023-2024 stand die Krankenhausreform im Mittelpunkt. Das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTrGes) trägt das Datum vom 22.03.2024 und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) passierte am 22.11.2024 den Bundesrat, das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (GRN) muss allerdings als gescheitert angesehen werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

- Krankenhausplanung 1: Übergang von der Einteilung in Grund-, Regel- und Maximalversorgung in drei Level mit Sonderzuordnungen (§135d Abs. 4);
- Krankenhausplanung 2: Übergang von der Fallzahl-bezogenen Planung auf Ebene von Fachabteilungen in die Planung nach Leistungsgruppen (KHVVG §135e);
- Behandlungskosten: Reduktion des DRG-Anteils in der Finanzierung auf einen Erlös-Anteil von 40% zugunsten eines Vorhaltebudgets, das nach Fallzahl vergeben wird (und Sicherstellungselemente enthalten kann);
- Investitionskosten: Planung eines Transformationsfonds von 50 Mrd. €, das hälftig von den Ländern und von der GKV finanziert wird (PKV nicht berücksichtigt; §12b KHG (KHVVG));
- Verknüpfung der Leistungsgruppen mit Qualitätsparametern, die sich auf die Leistungsmenge sowie auf weitere Kriterien beziehen, die noch entwickelt werden müssen (KHVVG §§135e, f);
- Übergang von einem Versorgungsauftrag, der auf Sicherstellung (KV) und Daseinsfürsorge (Krankenhaus) basiert, zu einer Versorgung auf der Grundlage statistischer Annahmen z.B. zur Erreichbarkeit (§6a Abs. 4 KHG (KHVVG) und §123a Abs. 1 Entwurf Notfallreform-Gesetz);
- Übergang der Erstellung von Qualitätsparametern und ihrer Validierung als Indikatoren vom G-BA auf die Exekutive (BMG) (KHVVG §135e Abs. 3);
- Versuch der Etablierung einer Sektor-übergreifenden Versorgungsstruktur (Sektor-übergreifende Versorgungszentren nach §115g) mit allerdings fortbestehender sektoraler Vergütung (KHEntG §6c i.V.m. §18 KHG);
- Überbetonung digitaler Instrumente zu Lasten menschlicher/persönlicher Interaktion.

Zahlreiche grundsätzliche Kritikpunkte sind offensichtlich und sollen hier nur tabellarisch aufgeführt werden:

- Fortbestehen des Mengenanreizes trotz Reduktion des DRG-Budgets auf 40%;
- Zentralisierung und Bürokratielastigkeit;
- Eingriff in die föderalen Kompetenzen der Bundesländer;
- Scheitern einer wirklich Sektor-übergreifenden Integration, da die Finanzierung der §115g-Zentren weiter aus dem Krankenhaus-Budget erfolgt und eine gesicherte Finanzierung damit in weiter Ferne liegt, außerdem da auch die beabsichtigte Notfallreform an sektoralen Budgets festhält;
- Entmachtung des G-BA für den Bereich der Qualitätssicherung;
- fragwürdige Finanzierung des Strukturwandels (Transformationsfonds) durch Sozialversicherungen statt durch Steuern;
- Nicht-Berücksichtigung der Privatversicherten und von Gehaltsanteilen oberhalb der Bemessungsgrenze bzw. aus Kapitaleinkünften bei der Finanzierung des Transformationsfonds.

Unterversorgung im Krankenhaus – trotz fortbestehendem Mengenanreiz

Der Mengenanreiz insbesondere bei skalierbaren Leistungen (z.B. elektive Chirurgie) wird durch die aktuelle Krankenhausgesetzgebung nicht gemindert sondern verstärkt, ist allerdings kombiniert mit einer gleichzeitigen Unterversorgung. Einerseits wird der Mengenanreiz fortgeschrieben (DRG-System bleibt wirksam, denn die Zuordnung von Vorhaltebudgets und Leistungsgruppen basieren auf Mindestmengen), andererseits wird durch einen bislang in dieser Form unbekannten Vergütungs-Anreiz eine Unterversorgung verstärkt. Der Grund liegt in der gestuften Absenkung des Vorhaltebudgets bei einer Minderung um mehr als 20% der Fälle. Bei konstantem Budget ist die Krankenhausleitung also einem Dreifach-Anreiz ausgesetzt.

- zunächst müssen die Mindestvorhaltezahlen erreicht werden (Mengensteigerung), um eine Leistungsgruppe und somit das Vorhaltebudget zugeteilt zu bekommen;
- andererseits ist die Fallzahl nicht zu stark zu erhöhen (Mehrleistungen werden nicht ausgeglichen);
- drittens muss man die Fallzahl in den betroffenen Leistungsgruppen – soweit man sie denn erhält – niedrig halten, darf sie jedoch nicht unter 80% absinken lassen (Heide 2024).

In kurzen Worten: es lohnt sich, die Vorhaltebudgets bei -19% der vereinbarten Leistungen zu fahren und Patienten, die dieses Ziel gefährden würden, fernzuhalten. Eine Unterversorgung speziell zum Ende des Abrechnungszeitraumes ist zu erwarten.

In Bezug auf die Unterversorgung, die zusammen mit dem verstärkten Mengenanreiz auftritt, muss man neben den Regelungen des KHVVG auch die Notfallversorgung betrachten. Die Krankenhausversorgung wird soweit ausgedünnt, dass die Versorgung für die Innere Medizin und die Allgemeinchirurgie „für einen erheblichen Teil der Einwohner“ in maximal 30 Min. erreichbar ist (mit dem Kraftfahrzeug wahrscheinlich bei Sonnenschein) und die übrigen Leistungsgruppen in maximal 40 Min. (§6a Abs. 4 KHG (KHVVG)). In der Notfallversorgung lauten die Zahlen 95% der Bevölkerung in 30 Min. (§123a Abs. 1 Notfall-

reform-Gesetz (Entwurf)). Unabhängig von der wenig belastbaren Formulierung „erheblicher Anteil“ lässt der Entwurf des Notfallreformgesetzes offen, was mit den übrigen 5% der Bevölkerung im Fall eines Notfalls zu geschehen hat (immerhin 4 Mill. Einwohner). Durch Zusammenwirken beider Regelungen kommt es folglich zu einer **klassischen Zugangsproblematik** im Sinne der o.g. Definition (Fall 1), da die Patienten die Versorgung nicht erreichen können oder sie gar nicht zur Verfügung steht (*access*-Thematik). Der stationäre Bereich wird leider in dieser Negativeigenschaft zum ambulanten Sektor aufschließen, der Bevölkerung wird das „Schlupfloch Notfallambulanz“ versperrt. Es ist zu erwarten, dass entgegen aller euphemistischer Regelungen zu „Ersteinschätzungs-Tresen“, „digitalen Ersteinschätzungsinstrumenten“, kurzer „door-to-triage-time“ und behaupteter nahtloser Weiterbehandlung (Hans et al. 2024) kein hinreichender Ersatz durch den Ausbau ambulanter Strukturen zu den bekannten „ungünstigen Zeiten“ nachts und am Wochenende geschaffen wird.

Kombination mit Fehlversorgung: Entwertung des *Quality Improvement*-Gedankens

Absicht insbesondere des KHVVG ist es, eine **Qualitätsverbesserung** zu erzielen, allerdings muss jedoch festgehalten werden, dass hier basale Kenntnisse aus der Qualitäts- und auch Patientensicherheitspraxis unbeachtet bleiben. Selbst einzelne DRGs, weitaus enger gefasst und spezifischer definiert als jede der 65 Leistungsgruppen des KHVVG, sind wegen ihrer fehlenden medizinischen Homogenität nicht zu Qualitätsvergleichen geeignet (wenngleich die private Krankenhausindustrie dies wegen ihrer vorteilhaften Eingriffsmöglichkeiten bezweifeln möchte). In jedem Fall bleibt es für die Leistungsgruppen mit ihren umfangreichen Spektren problematisch, reliable und valide Qualitätsparameter oder sogar –indikatoren zu entwickeln, die die Qualität dieser Gruppen anzeigen können. Es wird natürlich eine Komorbiditätskorrektur und Risikoadjustierung geben, aber es ist ausgeschlossen, bei so breit aufgestellten Gruppen die *Confounder* (die verzerrenden Faktoren) so trennengenau zu identifizieren, dass Unterschiede im

Outcome (z.B. Komplikationsraten) wirklich auf die Qualität der Leistungserbringung zurückzuführen sind und nicht auf regionale Besonderheiten, Eigenschaften der Versorgungslandschaft, ethnische Zusammensetzung etc. Zur Bewerkestellung einer Risikoadjustierung, die dazu führen könnte, dass Leistungsgruppen im Sinne des Gesetzes wirklich vergleichbar werden, wären außerordentlich große Modelle notwendig, für die man zahlreiche andere Parameter erheben und integrieren müsste, der Dokumentationsaufwand würde enorm steigen.

Dieser Umstand ist nicht nur fachlich, sondern auch politisch von größter Bedeutung, wenn man sich vor Augen führt, dass Gesundheitsminister Lauterbach gegenüber den Bundesländern mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Transparenzregister (nach KHTrGes) gedroht hat, um seine weitergehenden Forderungen (Leistungsgruppen) durchzusetzen. Eine solche Drohung ist ein Bruch mit allen Bemühungen zur Qualitätsverbesserung durch Qualitätsmanagement (institutionell) und *Quality Improvement* auf Systemebene, die beide immer von Kooperation und interner Motivation getragen waren. Zudem öffnet eine solche Imitation eines Qualitätsvergleiches dem *gaming* und der Fehlnutzung von Qualitätsdaten Tor und Tür, denn durch den Einfluss der nicht kontrollierbaren Confounder kann man mit diesen Daten sozusagen „alles“ beweisen. Unvollständig adjustierten Qualitätsvergleiche, das muss man an dieser Stelle ganz deutlich zum Ausdruck bringen, stellen ein Einfallstor zu einer mit Fehlversorgung kombinierten Unterversorgung dar, da sich Fehlversorgungselemente durch die volatilen Vergleichsmodelle beliebig „hin-korrigieren“ lassen.

Zu diesem Aspekt des *gaming* durch Qualitätsvergleiche in dafür ungeeigneten Leistungsgruppen kommt noch der viel spezifischere Effekt durch **Risikoselektion** und das *gaming* der **Risikoadjustierungs-Modelle** hinzu. Denn die Zuordnung von Leistungsgruppen und Vorhaltebudgets ist an Mindestmengen gekoppelt, was nicht nur mit einem Mengenanreiz (s.o.), sondern auch mit einem enormen Anreiz zur Risikoselektion verbunden ist. Dieser Anreiz zur Risikoselektion durch die Vorhaltebudgets addiert sich zu dem bekannten, gleich-

sinnigen Anreiz durch die DRGs, der in dem 40%igen DRG-Budgetanteil immer noch wirksam ist. Für beide Finanzierungsformen sind zwei Fehlanreize charakteristisch und wirken synergistisch:

- Einerseits ist es ökonomisch sinnvoll, Patienten ohne Risikofaktoren zu bevorzugen, also eine Risikoselektion zu betreiben. In der Konsequenz führt diese Risikoselektion zu einer komparativen Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil.
- Andererseits ergibt sich besonders für breit aufgestellte (private) Versorger die Möglichkeit, über ein gezieltes *gaming* sogar schlechte Ergebnisse bei Niedrigrisiko-Patienten zu unauffälligen Ergebnissen zu konvertieren, indem man deren Komorbidität durch gezielte Dokumentation erhöht. Die tatsächlich beobachteten Parameter können so mit den nach Modell erwarteten Outcomes in Deckung gebracht werden und erscheinen in der Folge dann als „qualitativ unauffällig“.

In diesem Sinne ergibt sich durch diese beiden Punkte, also die Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil zusammen mit dem gleichzeitigen Anreiz zum *gaming* bei schlechter Qualität in der Versorgung von Patienten mit niedrigem Risikoprofil ein passgenauer Fall einer kombinierten Unter- und Fehlversorgung (s.o. Fall 2).

Ausblick

Die Auseinandersetzung um die Krankenhausreform ist zu einem Possenspiel mutiert. Die Person des Bundesgesundheitsministers am Ende der Legislaturperiode, die förderale Struktur, die Seehofersche Scheckbuchphilosophie (heute „Ökonomisierung“), der immer weiter fortschreitende Rückzug des Staates von essentiellen Aufgaben der Daseinsfürsorge, die unaufhörlichen Krisenszenarien (die Alternativen verbieten), die zahlreichen „*embedded scientists*“ in ebenso zahlreichen neu geschaffenden Gremien ergeben ein buntes Bild. Die nüchterne Analyse versank in einem dichten Nebel von Partialperspektiven und am Ende ging das KHVVG eben durch, keiner weiß nach welcher rationalen Überlegung.

Das einzige was fehlte, das war eine unabhängige Diskussion der zu lösenden

Problematik samt Zielorientierung, der Relevanz der angekündigten Maßnahmen, die Folgenabschätzung und vor allem die Kohärenz mit den langfristigen Entwicklungsbedingungen, die das deutsche Gesundheitswesen seit mehreren Dezennien prägen. Patientenorientierung wurde zu einer Frage von Fahrtminuten, Qualitätsverbesserung wurde ad absurdum geführt, Evidenz geht zurück an die Politik und wird von der störenden Wissenschafts- und Fachlichkeit befreit, die Schuldenbremse wird umgangen durch freizügige Eingriffe in die Sozialkassen, die Transformationskosten werden exklusiv den kleinen Leuten auferlegt (PKV draußen vor) und *last not least* werden zentrale Vorgaben des Grundgesetzes – ja wie soll man sagen – nicht so ganz berücksichtigt (z.B. Föderalismus).

Aber es ist, wie heute üblich, auch ein Tanz der Bilder, der sich vor unseren Augen abspielt. 10.000ende Tote wäre zu befürchten, wenn man dem Bundesgesundheitsminister nicht folgt; wenn man ihm jedoch folgte, erhebt sich das deutsche Gesundheitssystem aus seiner Mittelmäßigkeit im internationalen Maßstab. Deswegen in ewiger Medienschleife „das ist ein guter Tag für das deutsche

Gesundheitssystem“, Selbstüberhöhung gehört zum Geschäft. Vorhaltebudgets seien selbstverständlich, denn auch die Feuerwehr würde man ja „vorhalten“, wobei allerdings vergessen würde, dass diese Analogie für die Feuerwehr bedeuten würde, so viel Brände selbst legen zu müssen, dass sie ihre Notwendigkeit (Mindestmengen) überhaupt erst unter Beweis stellen kann (und außerdem: zu wenig Brände darf es auch dann nicht geben, dann gäbe es Kürzungen). Und natürlich die störenden Patienten, die nicht ihr Recht auf Versorgung in Anspruch nehmen, sondern falsch gesteuert, nicht richtig informiert, mit nichtigen Anlässen, überhaupt nur noch als Belästigung wahrgenommen werden. Es reicht, wenn man ihnen mit geschlossenen Türen und Robotern begegnet.

Literatur

Bosch Stiftung: Forsa-Umfrage: Großer Vertrauensverlust in die Gesundheitspolitik. Bosch Health campus, März 2023, <https://www.bosch-health-campus.de/de/story/forsa-umfrage-grosser-vertrauensverlust-die-gesundheitspolitik>

Foltmann, A., Kießling, A.: Gesundheitsrecht. blog Nr. 41, 2024, <https://doi.org/10.13154/294-12601>, ISSN: 2940-3170

GLASZIOU, P., Straus, S., Brownlee, S., Trevena, L., Dans, L., Guyatt, G.: Evidence of Underuse of Effective Medical Services Around the World. Lancet 390, 2017, 169-177

HANS, F.P., Röttger, M.C., Kleinekort, J., Kühn, M., Benning, L., Brich, J., Gottlieb, D., Wagner, F.C., Busch, H.J.: Effects of a central point of assessment with digitally assisted triage in an integrated emergency center Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 849-50. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0201

HEIDE, O.: Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel? Vorhaltefinanzierung im KHVG. Das Krankenhaus 11/2024, 970-7

HÜER, T., Walendzik, A., Pilny, A., Buchner, F., Kleinschmidt, L., Augurzy, B., Wasem, J.: Sektorenübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. In: KLAUBER, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C., Scheller-Kreisen, D. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2024. Schwerpunkt: Strukturreform. Springer 2024, S. 195-208

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. www.svr-gesundheits.de

Die Krankenhausreform

Aufbruch in ein neues Kapitel unseres Gesundheitswesens

MICHAEL WELLER

Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit

Das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“ – Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten. Damit ist eine der wichtigsten und längst überfälligen gesundheitspolitischen Reformen gelungen. Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt: Die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten und die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung. In den vorgesehenen Umsetzungsschritten der Krankenhausreform implementiert ist gleichzeitig ein Abbau von Bürokratie.

Der Start der Krankenhausreform

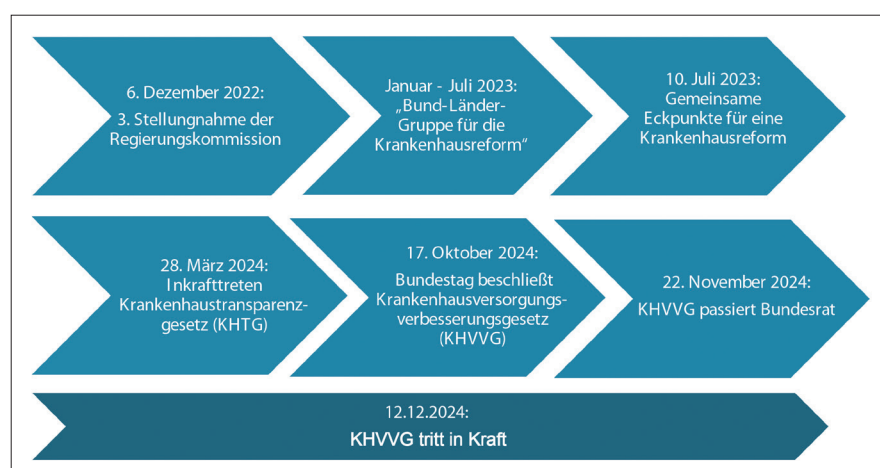
Der Startschuss für die Krankenhausreform ging mit der im Koalitionsvertrag der zerbrochenen Ampelregierung vereinbarten Einberufung einer Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einher. Hiermit wurde der Grundstein für eine systematisch, wissenschaftlich erarbeitete Gesetzesarbeit gelegt. In ihrer Dritten Stellungnahme vom 06. Dezember 2022 empfahl die Regierungskommission grundlegende Weichenstellungen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Empfohlen wurden eine einheitliche Definition von Krankenhausversorgungsstufen (Level) mit Mindeststrukturvoraussetzungen für jedes Level, die Einführung von Leistungsgruppen mit definierten Mindeststrukturvorgaben zur Vergütung von Vorhaltung sowie neu zu bildende sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, hier auch Level 1i genannt. Von Januar bis Juli 2023 wurden dann die Empfehlungen der Regierungskommission im Rahmen einer „Bund-Länder-Arbeitsgruppe“ auf Ministerebene

gemeinsam mit den Bundesländern und Koalitionsfraktionen beraten und am 10. Juli 2023 als Gemeinsame Eckpunkte für eine Krankenhausreform veröffentlicht (siehe Schaubild 1).

Erste Stufe der Krankenhausreform

Die Eckpunkte sahen ein zweistufiges Vorgehen vor. Mit einer ersten Stufe, dem Krankenhaustransparenzgesetz „Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (KHTG)“ von März 2024, wurde u.a. der Bundes-Klinik-Atlas geschaffen. Das Gesetz schafft die Voraussetzungen für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit. Patientinnen und Patienten sollen erkennen können, welches Krankenhaus in ihrer Nähe welche Leistungen anbietet, und wie diese Klinik im Hinblick auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personalausstattung abschneidet. Dafür werden derzeit Fallzahlen von wichtigen Versorgungsanlässen sowie erbrachten Leistungen

Schaubild 1: Prozess bis zum Inkrafttreten des Gesetzes



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

auf Standort- und Fachabteilungsebene, vorgehaltenes Pflegepersonal und Qualitätsmerkmale wie etwa ausgewählte Zertifikate transparent dargelegt. Wichtig war und ist dabei, dass dies allein der Orientierung und Transparenz der Patientinnen und Patienten dient und keinerlei Konsequenzen für die Krankenhausplanung der Bundesländer und der Krankenhausvergütung hat. Seit Mai 2024 ist der Bundes-Klinik-Atlas am Start und wird nach anfänglichen Startschwierigkeiten ständig verbessert und erweitert.

Unverzichtbar für die Umsetzung der Krankenhausreform: Der Leistungsgruppen-Grouper

Das Krankenhaustransparenzgesetz sieht weitere wichtige Regelungen für die Vorbereitung und Umsetzung der eigentlichen Krankenhausreform vor. Unverzichtbar ist hier vor allem die für das im Krankenhausentgeltgesetz vorgesehene gesetzliche Regelung, wonach das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den sogenannten Leistungsgruppen-Grouper erarbeitet. Diese Vorgaben für die standortbezogene Zuordnung der vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zu den Leistungsgruppen sind von elementarer Bedeutung für das Gelingen der Krankenhausreform. Auf dieser Grundlage kann das InEK künftig für jede Leistungsgruppe ein Vorhaltebudget pro Bundesland und pro Krankenhausstandort ermitteln. Neben seiner vergütungsrechtlichen Bedeutung ermöglicht der Leistungsgruppen-Grouper den Bundesländern zudem, Transparenz über die

Auswirkungen der Krankenhausreform herzustellen und perspektivisch ihre Krankenhausplanung anzupassen. Umso bedauerlicher war es, dass das Krankenhaustransparenzgesetz relativ spät den Bundesrat passieren konnte. Jedenfalls konnte der gesetzlich avisierte Termin zur Veröffentlichung eines zertifizierten Groupers zum 30. September 2024 nicht erreicht werden. Den Bundesländern konnte dennoch für die Folgenabschätzung zur Krankenhausreform eine vorläufige Version des Groupers im Oktober 2024 u.a. mit interaktiven Planungstools zur Verfügung gestellt werden. Der zertifizierte und dann öffentliche Grouper liegt vrsl. im Februar 2025 vor, nachdem Millionen von Krankenhausbällen mit einer klaren Hierarchisierung, einer sachgerechten Identifizierung anhand von OPS- und ICD-Kodes oder anderen Kriterien, wie etwa dem Fachabteilungsschlüssel zugeordnet worden sind. Der Leistungsgruppen-Grouper ist dabei als ein „lernendes System“ zu verstehen. In Zukunft wird er regelmäßig anzupassen sein, etwa im Nachgang zu einer Weiterentwicklung der Leistungsgruppen. Die Erfahrung mit dem DRG-System lehrt, dass auch über Jahrzehnte nach Einführung eines solchen komplexen Systems regelmäßig nachgearbeitet und angepasst werden muss.

Vergütung der Krankenhäuser für Vorhaltung

Viele Krankenhäuser wären von der Schließung bedroht, wenn sich nichts ändert. Das System der Fallpauschalen hat die Krankenhäuser stark ökonomischen

Zwängen ausgesetzt. Heute besteht der starke Anreiz unabhängig vom medizinisch Notwendigen aus rein wirtschaftlichen Erwägungen, immer mehr Krankenhausbälle zu generieren. Motiviert durch die Logik der Finanzierung über Fallpauschalen und damit einer Vergütung medizinischer Leistungen pro Behandlungsfall kann man hier auch von einem „Hamsterradeffekt“ sprechen. Durch die Einführung einer Vorhaltevergütung soll dieser „Hamsterradeffekt“ überwunden werden. Die Vorhaltevergütung soll künftig sicherstellen, dass Krankenhausstrukturen unabhängig von der direkten Leistungserbringung erhalten oder geschaffen werden können. Unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ihrer Leistungen bekommen bedarfsnotwendige, somatische Krankenhäuser künftig eine feste Vorhaltevergütung. Diese leistungsgruppenbezogene Vorhaltevergütung wird an die Krankenhäuser ausgezahlt, denen durch die zuständige Landesbehörde eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde und die die entsprechenden Qualitätskriterien grundsätzlich erfüllen. Die dafür notwendigen Mittel werden aus den bestehenden Fallpauschalen ausgegliedert. Unberührt davon bleibt die Refinanzierung der Pflege im Krankenhaus. Personalkosten für die Pflege am Bett werden krankenhausspezifisch nach dem Selbstkostendeckungsprinzip durch das Pflegebudget bezahlt.

Zukünftig erhalten die Krankenhäuser einen Großteil ihrer Betriebskosten, ca. 60 % der bisherigen DRGs, ausschließlich für die Vorhaltung von Behandlungsleistungen. Diese Vorhaltevergütung ist damit unabhängig davon, ob tatsächlich Patienten behandelt werden. Variable Sachkosten werden zuvor abgezogen. Da ca. 40 % der bisherigen DRGs weiterhin für jede Behandlung bezahlt werden, bleibt für die Krankenhäuser ein ökonomischer Anreiz erhalten, medizinische Leistungen zu erbringen. Die Vorhaltevergütung ermöglicht es den Bundesländern, eine flächendeckende Versorgung auch in seltener benötigten medizinischen Bereichen oder in dünner besiedelten Regionen sicherzustellen, da durch die Vorhaltevergütung eine finanzielle Absicherung der Krankenhäuser gewährleistet ist. Erst nach drei Jahren erfolgt eine Anpassung des Vorhaltebudgets eines Krankenhauses getrennt für jede Leistungsgruppe, sofern das Krankenhaus 20 % mehr oder aber 20 % weniger Behandlungen in der Leis-

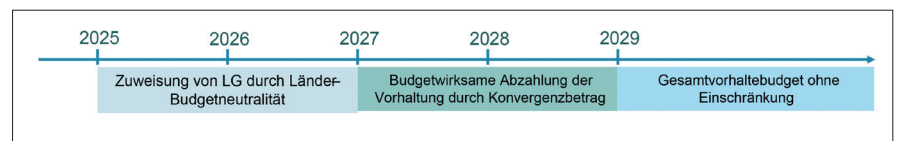
tungsgruppe durchgeführt hat. Die Bundesländer haben aber die Möglichkeit, Krankenhausstandorte in ausgewählten Leistungsgruppen gezielt zu unterstützen, indem sie den Krankenhäusern sogenannte Planvorhaltezahlen zuweisen. Dann zählen diese für die Bemessung der Vorhaltevergütung und nicht die tatsächlich erbrachten Behandlungsfälle. Hierdurch können zum Beispiel Krankenhäuser in dünn besiedelten Gegenden, die nur mit einem geringen Patientenaufkommen rechnen können, gezielt unterstützt werden.

Der „Kamineffekt“ der Krankenhausreform

Niemand wird ernsthaft bestreiten, dass es in Deutschland, auch im internationalen Vergleich, zu viele Krankenhausbetten und Krankenhäuser gibt. Erklärtes Ziel der Reform ist es daher u.a., dass die Krankenhausreform eine bedarfsnotwendige und wirtschaftlich tragfähige Krankenhauslandschaft für die Zukunft sichert. Ausgehend von diesem Ziel soll die Krankenhausreform der „Philosophie eines Kamineffektes“ folgen: Die notwendigen Konzentrationsprozesse dürften dazu führen, dass eine Leistungsgruppe bei einem Krankenhaus A wegfällt und einem Krankenhaus B neu zugewiesen oder zusätzlich zugewiesen wird. Da das Vorhaltebudget je Leistungsgruppe und je Bundesland ausgewiesen ist und die Vorhaltevergütung der Leistungsgruppe folgt, wandern die Vorhaltebudgets entsprechend mit. Das Krankenhaus B erhält damit in diesem Fall eine entsprechend höhere Vorhaltevergütung.

Bis zum Jahr 2027 können Krankenhäuser erstmals eine Information über ihr Vorhaltevolumen erhalten – diese Information ist budgetneutral. Ab dem Jahr 2027 wird den Krankenhäusern nach Zuweisung der Leistungsgruppen durch das Bundesland ihr Vorhaltevolumen mitgeteilt. Für die Jahre 2027 und 2028 werden finanzielle Auswirkungen durch eine Konvergenzphase in zwei gleichmäßigen Schritten abgedeckt. Im Vorfeld der Einführung der Vorhaltevergütung wird möglichen Fehlanreizen begegnet, die mit dem Ziel, eine höhere Vorhaltevergütung zu erreichen, zu einer gezielten Steigerung der Fallzahlen führen könnten. Hierzu wird für die Jahre 2026 bis 2028 eine feste Bezugsgröße für das jeweilige Vorhaltevolumen auf Landesebene vorgegeben. Für die genannten Jahre wird das

Schaubild 2: Vorhaltevergütung



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Volumen jeweils auf den Durchschnitt aus den Jahren 2023 und 2024 festgelegt. Die Liquidität der Krankenhäuser wird durch verschiedene Maßnahmen gestärkt, so können Krankenhäuser unterjährig und unbürokratisch Zuschläge erhalten, wenn ihre Erlöse in einem Quartal ein Viertel ihres jährlichen Gesamtvorhaltebudgets unterschreiten (siehe Schaubild 2).

Leistungsgruppen statt Fachabteilungen

Die Verbesserung der Behandlungsqualität sowie die Vermeidung von Gelegenheits- und Überversorgung sind weitere zentrale Zielsetzungen der Krankenhausreform. Strikte Qualitätsorientierung dienen dem Patientinnen- und Patientenschutz. Künftig wird deshalb ein Spektrum medizinischer Leistungen der Krankenhäuser in 65 Leistungsgruppen abgebildet. Diese können als Instrument einer differenzierten und gezielten Krankenhausplanung durch die Bundesländer dienen. Die Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der 60 in Nordrhein-Westfalen bereits eingeführten somatischen Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien, zuzüglich fünf ergänzender Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Die Qualitätskriterien müssen erfüllt sein, damit ein Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen werden kann und es hierfür die Vorhaltevergütung erhält. Zukünftig weisen die Bundesländer den Krankenhäusern die sehr viel differenzierten Leistungsgruppen zu, statt wie heute in der Regel Fachabteilungen, wie z. B. Chirurgie, Innere Medizin oder Neurologie. Die Fachabteilungen umfassen heute zumeist breite medizinische Bereiche, sodass kein systematischer Überblick besteht, welche konkreten Behandlungen oder Spezialisierungen innerhalb einer Fachabteilung tatsächlich durchgeführt werden. So kann es potentiell passieren, dass sich fast alle

chirurgischen Abteilungen eines Bundeslandes auf ähnliche Operationen spezialisieren, z. B. Darmoperationen. Mit der Krankenhausreform werden daher z.B. Leistungsgruppen Brustkorbchirurgie, Speiseröhreneingriffe, Bauchspeicheldrüseneingriffe oder Lebereingriffe differenziert zugewiesen. So kann sichergestellt werden, dass eine gut erreichbare Versorgung der Bevölkerung für alle medizinischen Indikationen gewährleistet ist und dass keine unerwünschte, ineffiziente und dem Qualitätsanspruch entgegenstehende Mehrfachversorgung auf engem Raum stattfindet.

Mehr Qualität: Qualifikation, Facharztvorhaltung und verwandte Leistungsgruppen

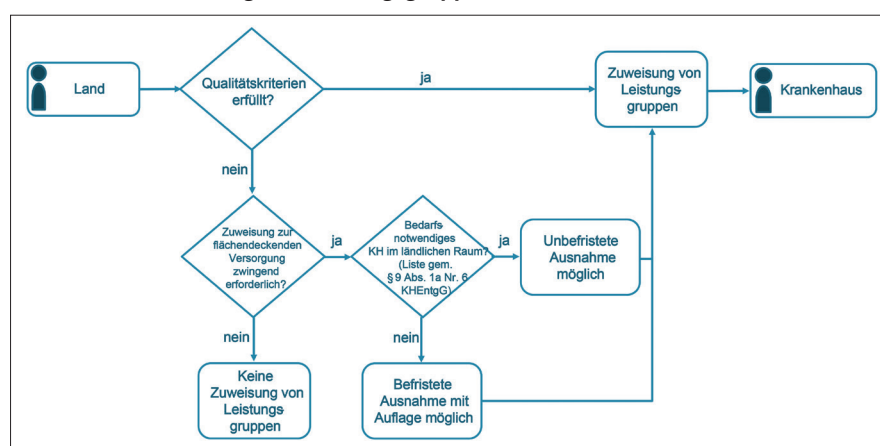
Die bundesweit geltenden Qualitätskriterien beinhalten auch Vorgaben zur Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte im jeweiligen Gebiet. Konkret bedeutet dies, dass Fachärztinnen und Fachärzte auf die fachärztlichen Vorgaben in maximal 3 Leistungsgruppen voll angerechnet werden. Bei den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ müssen dagegen die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungsmöglichkeit eingehalten werden. Dies ist erforderlich, um zu vermeiden, dass Fachärztinnen und Fachärzte vollständig auf unbegrenzt viele Leistungsgruppen angerechnet werden. Die begrenzte Anrechenbarkeit verbessert die Behandlungsqualität. Ferner gibt es für jede Leistungsgruppe konkrete Vorgaben zum Vorhandensein medizinischer Geräte (wie z.B. CT oder MRT) und zu weiteren Leistungsgruppen, die das Krankenhaus haben muss, damit es in der spezifischen Leistungsgruppe eine sichere und hochqualifizierte Behandlung durchführen kann. So muss ein Krankenhaus für die Leistungsgruppe „Bauchspeicheldrüseneingriffe“ z. B. die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“

und „Allgemeine Innere Medizin“ haben, da Patienten nach Operationen an der Bauchspeicheldrüse häufig intensivmedizinisch behandelt werden müssen und da die Bauchspeicheldrüse Insulin produziert, sodass eine internistische Behandlung eines möglichen Diabetes mellitus möglich ist. Bislang ist die Zuteilung einer Fachabteilung an ein Krankenhaus nicht an bestimmte Qualitätsbedingungen geknüpft. Auch Vorgaben zur Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte gibt es nicht. Weitere Vorgaben zu Geräten oder Ausstattung des Krankenhauses bestehen bis heute nicht durchgehend.

Ausnahmen für eine flächendeckende Versorgung notwendig

Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollen hinsichtlich der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen Ausnahmeregelungen gelten. So soll trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien die Zuweisung einer Leistungsgruppe ausnahmsweise zulässig sein, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Dabei kommt es darauf an, ob ein anderes Krankenhaus, dem diese Leistungsgruppe zugewiesen ist, innerhalb bestimmter Fahrzeiten erreichbar ist (für die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ 30 PKW-Fahrzeitminuten und für alle übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrzeitminuten). Ist dies nicht der Fall, ist eine Ausnahme zulässig. Da die Krankenhausdichte typischerweise in ländlichen Gebieten geringer ist, werden in erster Linie diese Krankenhäuser für Ausnahmen in Betracht kommen. Grundsätzlich ist die Leistungsgruppenzuweisung im Rahmen einer Ausnahme auf höchstens drei Jahre zu befristen. Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum, die auf der Liste der Sicherstellungshäuser aufgenommen sind und die Vorgaben der sogenannten Sicherstellungszuschläge erfüllen, darf eine Leistungsgruppe auch dauerhaft zugewiesen werden, wenn die Qualitätskriterien nicht erfüllt sind. Das sind aktuell 136 Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen. Um eine dauerhafte Unterschreitung der Mindestanforderungen an die Qualität zu vermeiden, sind Krankenhäuser auch in diesem Fall einer Ausnahme verpflichtet, Maßnahmen zur

Schaubild 3: Zuweisung von Leistungsgruppen



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Qualitätssteigerung zu ergreifen. Zudem erhalten Krankenhäuser unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Qualitätskriterien in Kooperation und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern und Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen. So sind z.B. bei der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in begründeten Fällen und hinsichtlich der Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien telemedizinische Kooperationen mit einem anderen Krankenhaus zulässig. Auch Bundeswehrkrankenhäuser und Berufsgenossenschaftliche Kliniken können verwandte Leistungsgruppen in Kooperation erbringen. Um der besonderen Spezialisierung der Fachkrankenhäuser Rechnung zu tragen, gelten für diese darüber hinaus erweiterten Kooperationsmöglichkeiten (siehe Schaubild 3).

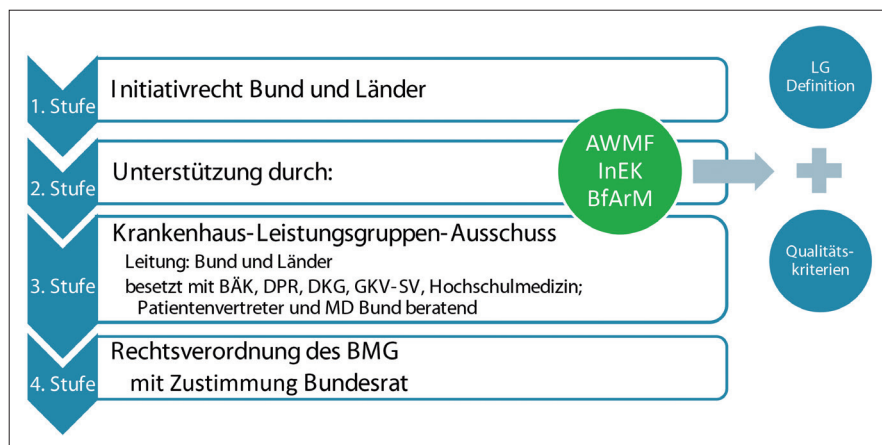
Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualität

Die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und der dahinterstehenden Qualitätskriterien werden gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesländern verantwortet und in einer Rechtsverordnung geregelt, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Hierzu wird ein Leistungsgruppen-Ausschuss als rein fachlich arbeitendes Gremium eingerichtet. Dieser Leistungsgruppen-Ausschuss ist ein kooperatives Gremium der Selbstverwaltung. Mitglieder sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundes-

ärztekammer, der GKV-Spitzenverband, die Hochschulmedizin und die Berufsorganisation der Pflege, mit beratender Funktion werden Patientenvertretung sowie des Medizinischen Dienstes Bund beteiligt. Das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesländer haben die Leitung mit Initiativrecht zu den Beratungsthemen. Die Beschlüsse werden mit empfehlendem Charakter gefasst. Die Geschäftsstelle wird zur Koordinierung des Leistungsgruppen-Ausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet und ist nicht als eigenständiger Verwaltungsträger ausgestaltet. Die erste Rechtsverordnung soll bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 01. Januar 2027 erlassen werden (siehe Schaubild 4).

Keine Gelegenheitsversorgung mehr

Mit der Krankenhausreform sind weitere Instrumente vorgesehen, die nachhaltig die Qualität aber auch die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung steigern werden. Deshalb sind Mindestvorhaltefallzahlen erforderlich, um diese Zielsetzungen zu erreichen und um damit Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Künftig sollen daher leistungsgruppen-spezifische Mindestvorhaltefallzahlen vom Bundesministerium für Gesundheit in einer gesonderten Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden. Diese Festlegung erfolgt auf Basis von Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Form von Perzentilen, so wie in Auswertungen des InEK. Für eine rechtssichere Umsetzung

Schaubild 4: Weiterentwicklung von Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

der Rechtsverordnung ist eine wissenschaftlich fundierte Methodik auf der Grundlage von wissenschaftlicher Evidenz wichtig. Die Erfüllung von Mindestvorhaltefallzahlen ist Voraussetzung für den Anspruch eines Krankenhauses auf Zahlung der Vorhaltevergütung. Mindestvorhaltefallzahlen sollen ein Jahr nach Inkrafttreten der Krankenhausreform veröffentlicht werden. Das KHVVG ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten, somit ist die Rechtsverordnung erstmals bis zum 12. Dezember 2025 zu erlassen. Das Inkrafttreten ist im KHVVG zum 01. Januar 2027 vorgesehen.

Ein weiteres, für eine flächendeckende, allen Patientinnen und Patienten zu Gute kommende und in Einzelfällen sogar lebenssichernde Maßnahme, die mit der Krankenhausreform eingeführt wird, ist die Förderung der Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen. Die Spezialisierung soll dadurch gefördert werden, dass die Krankenhausstandorte, deren Fälle in einem onkochirurgischen Indikationsbereich zu den untersten 15 % gehören, bei Erbringung onkochirurgischen Leistungen in diesem Indikationsbereich nur noch die Vorhaltung und die Pflege abrechnen dürfe. Die Abrechnung der „Rest-DRG“, der sogenannten rDRG nebst Zusatzentgelten sowie Zu- und Abschlägen und weiteren Entgelten soll nicht mehr möglich sein. Die Gestaltung dieser entgeltrechtlichen Regelung wurde aus kompetenzrechtlicher Sicht so gewählt. Mit dieser Regelung wird der Anreiz zur Erbringung onkochirurgischer Leistung reduziert, wodurch die wünschenswerte Konzentration und Spezialisierung in der Onkochirurgie gefördert wird. Die Entfer-

nung eines Krankenhauses zum Wohnort kann und darf bei planbaren überlebenswichtigen onkochirurgischen Eingriffen keine Rolle spielen. Hier müssen aus Sicht der Patientinnen und Patienten ausschließlich Qualität, Kompetenz und Erfahrung die Messlatte sein.

Vorfahrt für sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) werden künftig eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung übernehmen. Sie sollen stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch pflegerischen Leistungen verbinden. Hiervon können insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist. Es besteht die Möglichkeit, das Leistungsangebot dieser Krankenhäuser sektorübergreifend an dem jeweiligen Bedarf an stationären, ambulanten oder pflegerischen Leistungen auszurichten. SüV können im Übrigen auch neu gegründet werden. Der stationäre Leistungsrahmen wird durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV-Verband vereinbart. Festgelegt wird insbesondere, welche Leistungen der Inneren Medizin oder Geriatrie angeboten werden müssen (Mindestgrenze) und welche weiteren stationären Leistungen zusätzlich erbracht werden können (Höchstgrenze). Hier werden sich auch neue Perspekti-

ven für belegärztliche Tätigkeit ergeben. Bestimmte Leistungen, z.B. spezifische kardiovaskuläre Interventionen sowie bestimmte onkologische Behandlungen und Therapien, Endoprothetik, Operationen an der Wirbelsäule oder bariatrische Chirurgie gehören nicht zum stationären Leistungsrahmen. Für von einem Bundesland zugewiesene stationäre Krankenhausleistungen ist ein krankenhausindividuelles Gesamtvolumen zu vereinbaren, aus dem dann degressive krankenhausindividuelle Tagesentgelte abgeleitet werden können. Wichtig ist dabei, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung am Bett vollständig in das Gesamtvolumen einfließen. Pflegerisch sind die SüV prädestiniert z. B. Übergangspflege, Kurzzeitpflege nach dem SGB V oder zusätzlich Leistungen der Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege nach dem SGB XI in organisatorisch und wirtschaftlich getrennten Pflegeabteilungen zu erbringen.

Nukleus der ambulant-stationären Versorgung

Vor allem aber sollten sich die SüV zum Nukleus der ambulant-stationären Versorgung entwickeln. Viele Behandlungen müssen nicht in einem Krankenhaus mit Maximalversorgungsaufgaben behandelt oder nach einer erfolgten Behandlung oder einem Eingriff weiterbehandelt werden. Es bedarf in einem solchen Behandlungsfall ggf. noch der medizinischen Beobachtung oder einer pflegerischen Versorgung. Diese könnte dann auch sehr gut wohnortnah in einem SüV erfolgen. Explizit gesetzlich gefördert wird hier auch die telemedizinische Unterstützung durch ein kooperierendes Krankenhaus. Viele Behandlungen müssen auch nicht stationär erfolgen, sondern können ambulant vorgenommen werden und die Patientinnen und Patienten werden nur über Nacht in eine Einrichtung aufgenommen. Um die Ambulantisierung zu fördern, sieht die Krankenhausreform weitreichende Vorgaben zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) vor. Die SüV sind hier für ein entsprechendes Leistungsangebot prädestiniert, genauso wie z.B. für ambulante Operationen (AOP).

Die SüV werden darüber hinaus eine wichtige Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schlagen, weil sie auf Antrag zur allgemeinme-

dizinischen ambulanten Versorgung ermächtigt werden, wenn in dem Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Das ist immerhin in rd. 80 % der Planungsbereiche nicht der Fall. Für die fachärztliche ambulante Versorgung erfolgt auf Antrag auch die Ermächtigung, wenn in der jeweiligen Arztgruppe keine Zulassungssperre angeordnet ist. Hier ist allerdings vor der Ermächtigung eine Neun-Monats-Frist abzuwarten, ob die bestehenden Niederlassungsmöglichkeiten nicht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ausgeschöpft werden. Diese Zulassungsmöglichkeit zur fachärztlichen ambulanten Versorgung besteht im Übrigen auch für die Sicherstellungskrankenhäuser.

Der Weg zur sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung wird von zwei weiteren Maßnahmen der Krankenhausreform flankiert. Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit pädiatrischen Fachabteilungen werden gesetzlich zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher ermächtigt. Damit wird die Expertise dieser Krankenhäuser für die ambulante Versorgung besser nutzbar gemacht. Gleichfalls gesetzlich ermächtigt für die ambulante Versorgung der Versicherten werden Bundeswehrkrankenhäuser für zuvor stationär behandelte Patientinnen und Patienten.

Finanzielle Wirkungen der Krankenhausreform

Zahlreiche Krankenhäuser befinden sich derzeit in einer sehr angespannten wirtschaftlichen Lage. Ohne eine weitreichende Krankenhausreform würde sich die Situation dieser Häuser weiter verschärfen. Neben den zentralen Elementen der Krankenhausreform (Vorhaltefinanzierung und Leistungsgruppen) werden umfangreiche weitere Maßnahmen zur Finanzierung implementiert. Die Belange von ländlichen und strukturschwachen Räumen finden dabei besondere Berücksichtigung. So werden die Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum um 25 Prozent erhöht. Vor der Krankenhausreform konnte ein Krankenhaus zwischen 400.000 € und 800.000 €/Jahr erhalten, in Zukunft 500.000 € bis 1 Mio. €/Jahr. Die Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige defizitäre Krankenhäuser im

Schaubild 5: Förderbeträge und Zuschläge

Neueinführung von Förderbeträgen/ Zuschlägen ab 2027

• Förderbetrag Stroke Unit	35	Mio. Euro
• Förderbetrag Spezielle Traumatologie	65	Mio. Euro
• Förderbetrag Intensivmedizin	30	Mio. Euro
• Zuschlag für Koordinierungsaufgaben	125	Mio. Euro
• Zuschlag spezielle Vorhaltung von Unikliniken	75	Mio. Euro

Erhöhung bisheriger Zuschläge

Zuschlag Notfallversorgung	33	Mio. Euro
----------------------------	----	-----------

Verstetigung von Förderbeträgen ab 2025

• Förderbetrag Pädiatrie	300	Mio. Euro
• Förderbetrag Geburtshilfe	120	Mio. Euro

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

ländlichen Raum bleiben dabei erhalten. Zudem werden mit der Krankenhausreform zusätzliche Mittel für die Förderung der Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Pädiatrie, Geburtshilfe, Intensivmedizin sowie für die Erhöhung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung bereitgestellt. Finanziell gefördert werden in Zukunft auch die immer wichtiger werdenden Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch Hochschulkliniken oder Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3“ (siehe Schaubild 5).

Schon heute ist gesetzlich vorgesehen, dass Kostensteigerungen in den Landesbasisfallwerten berücksichtigt werden. So fließen Kostensteigerungen der Vorjahre in den Orientierungswert (durchschnittliche jährliche Veränderung der Krankenhauskosten) der nachfolgenden Jahre. Beispielsweise würde die Kostensteigerung des ersten Halbjahres in den Orientierungswert für das Jahr 2025 einfließen. Die finanzielle Situation der Krankenhäuser wird durch die Regelungen der Krankenhausreform kurzfristig spürbar verbessert. Neben den dargestellten Zuschlägen wirken hier insbesondere die vollständige und unterjährige Tariffinanzierung rückwirkend ab dem Jahr 2024 für alle Berufsgruppen. Zukünftig soll nach Abschluss der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen innerhalb von vier Wochen eine Einigung zur Refinanzierung der gestiegenen Personalkosten erfolgen. Darüber hinaus wird die Ermittlung des Landesbasisfallwertes angepasst. Ab dem Jahr 2025

kann zusätzlich der volle Orientierungswert zu Grunde gelegt werden (bisher anteiliger Ausgleich). Wiedereingeführt für die Krankenhausfinanzierung wird in diesem Zusammenhang die „Mehr-begünstigungsregelung“. Je nachdem, welcher Wert höher und damit besser für die Krankenhäuser ist, wird die Veränderungsrate (Grundlohnorientierung = Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen) oder der Orientierungswert voll weitergegeben.

Gezielt finanziell gefördert werden spezialisierte Kinderkliniken und sogenannte besondere stationäre Einrichtungen (Kliniken, die Menschen mit Behinderungen behandeln). Diese werden dauerhaft vom (Rest-)DRG-System ausgenommen. Bei Krankenhäusern, denen pädiatrische Leistungsgruppen zugewiesen werden, entfallen die untere Grenzerweildauer und somit die entsprechenden Abschläge.

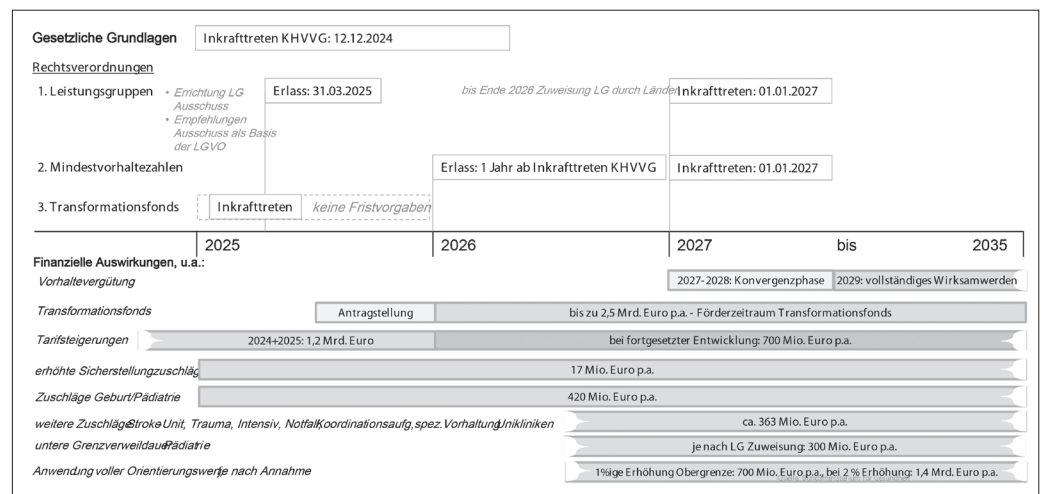
Transformationsfonds

Ein so grundsätzlicher Wandel der Krankenhausstrukturen, wie er mit der Krankenhausreform vorgesehen ist, muss mit ausreichenden finanziellen Mitteln für den Umbau ausgestattet sein. Mit dem hierfür in der Krankenhausreform vorgesehenen Transformationsfonds werden die Krankenhäuser und die Bundesländer, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu finanzieren haben, auf dem Weg zur Modernisierung der Strukturen finanziell unterstützt. In den Jahren 2026 bis 2035 werden dafür bis zu 25 Mrd. € aus der

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Zusätzlich muss das antragstellende Bundesland mindestens 50 % des jeweiligen Vorhabens finanzieren, ggf. gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung (wobei das jeweilige Bundesland von diesem 50 % Anteil mindestens die Hälfte aus eigenen Haushaltsmitteln aufzubringen hat). Insgesamt stehen so bis zu 50 Mrd. € bereit. Am Transformationsfonds soll sich auch die private Krankenversicherung beteiligen, deren Versicherte ebenfalls von den modernen und leistungsfähigen Krankenhausstrukturen in Zukunft profitieren. Sofern es bis zu einem Stichtag nicht zu einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung kommt, wird das Bundesministerium für Gesundheit einen Regelungsvorschlag erarbeiten, der eine Finanzierung des Transformationsfonds unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung (und weiterer Kostenträger) vorsieht.

Wenngleich für diese Rechtsverordnung keine gesetzliche Frist vorgesehen ist, ist sie unabdingbar für die Umsetzung der Krankenhausreform in der Praxis. Die Rechtsverordnung muss daher zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Kraft treten. Dabei ist auch für diese Rechtsverordnung das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates ermächtigt, das Nähere zu regeln. Das Gesetz bestimmt bereits sehr eindeutig die förderfähigen Projekte. Diese müssen sich ausschließlich an den Zielen der Krankenhausreform orientieren. Insbesondere Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration, zur Umstrukturierung zu SüV, zur Bildung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen, zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen, zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten. Eindeutig ist dabei die gesetzliche Vorgabe, dass Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehenden Strukturen dienen, nicht förderfähig

Schaubild 6: Ziel für die Zeitachse gemäß KHVVG



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

sind. Für die Umsetzung der Rechtsverordnung erscheint es sinnvoll, sich an die bestehende Krankenhausstrukturverordnungsverordnung (KHSFV) anzulehnen und eng die neuen Fördertatbestände im Sinne der mit der Krankenhausreform beabsichtigten Transformation zu implementieren. Wichtig erscheint darüber hinaus, die Förderpraxis insbesondere im Sinne eines digitalisierten und bürokratieärmeren Verfahrens für Bundesländer und das Bundesamt für Soziale Sicherung zu aktualisieren (siehe Schaubild 6).

Krankenhausreform baut Bürokratie ab

Um vermeidbare Aufwände bei den Krankenhäusern und des Medizinischen Dienstes zu reduzieren, werden die neuen und bestehenden Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern harmonisiert und vereinheitlicht. Es wird grundsätzlich eine elektronische Datenübermittlung eingeführt. Prüfergebnisse und Mitteilungen werden in einer Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund gebündelt. Der Prüfaufwand bei Abrechnungsprüfungen wird vermindert, indem die bereits etablierten Einzelfall- und Strukturprüfungen weiterentwickelt werden und auf die Einführung auf eine neue Stichprobenprüfung verzichtet wird. Bei der Einzelfallprüfung wird der bisherige prozentual zu berechnende Aufschlag auf beanstandende Abrechnungen durch einen pauschalen Aufschlag ersetzt. Die Prüfintervalle werden verlängert. Dieses

Vorgehen vereinfacht Prozesse und vermindert Prüfaufwände und potentiell Konfliktpotenzial zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Damit wird im Übrigen ein gemeinsamer Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes 1:1 umgesetzt. Darüber hinaus wird der Fixkostendegressionsabschlag abgeschafft.

Lernendes System

Mit der Krankenhausreform werden neue Grundlagen für Krankenhausstrukturen und -finanzierung, Qualität, sektorübergreifende und integrierte Versorgung sowie für mehr Ambulantisierung geschaffen. Daher muss allen Beteiligten klar sein, dass die Krankenhausreform auch im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt wird. Im KHVVG angelegt sind daher eine laufende Überprüfung und umfassende Bewertung zur Wirkung der Reformmaßnahmen. Die Evaluationsregelungen sehen enge Intervalle zur Vorlage von Evaluationsberichten vor. Um die Auswirkungen der Krankenhausreform möglichst frühzeitig zu untersuchen, sollen die ersten beiden Berichte in einem Abstand von zwei Jahren vorgelegt werden. Danach soll die Evaluation in einem dreijährigen Abstand erfolgen. Zudem hat das InEK für die Vorhaltevergütung eine Evaluation vorzunehmen und dabei deren Auswirkungen zu analysieren und Empfehlungen zu deren Weiterentwicklung abzugeben. Vorgesehen ist zudem eine Prüfung zur Weiterentwicklung einer bevölkerungsbezogenen und völlig fallzahlunabhängigen Vorhaltevergütung.