

Betriebs
Krankenkassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

NEUE KOALITION – NEUER KANZLER

Leinen Los!

■ **KOALITIONSVERTRAG**
Fortschritt wagen. Der
Leitartikel lotet aus,
was möglich ist

■ **WAS BRAUCHT
GESUNDHEITSPOLITIK?**
Franz Knieps im Gespräch zur Agenda
der neuen Legislaturperiode

 **BKK**
Dachverband



DER NEUE KOALITIONSVERTRAG

MEHR FORTSCHRITT GEWAGT?

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

12 Verhandelnde, 2 Wochen Zeit, maximal 3 Seiten in Schriftgröße 11. Das waren u. a. die vorgegebenen Rahmenbedingungen der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege aus SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP zur Vereinbarung ihres Teils des Koalitionsvertrages. Herausgekommen sind Ende November knapp 8 Seiten, die die Richtung für die neue Legislaturperiode vorgeben sollen. Atmen diese den deklarierten Fortschritt?



© dpa

Spätestens, als der „Leitfaden“ für die Arbeit der Arbeitsgruppen der Öffentlichkeit bekannt wurde, war klar: Dieser Koalitionsvertrag- und konkret der Teil Gesundheit und Pflege - wird kein detailliertes Werk, an dem sich eine künftige Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister abarbeiten kann bzw. muss. Diese Vermutung bestätigte sich, als am 19. November die vorläufige, sechseitige Endfassung der Arbeitsgruppe vorlag. Auf solch einer Flughöhe ist viel Prosa und Lyrik unausweichlich. Viele Absichtserklärungen sind selbstredend. Umso wichtiger ist es, auf die Kernbotschaften zu schauen. Die Finalfassung vom 24. November hat schließlich noch einige Änderungen erfahren, auf die es sich ebenfalls zu blicken lohnt.

Der Bedeutung des Themas angemessen werden im Kapitel Pflege und Gesundheit des Koalitionsvertrages zuvorderst die Pflegefachkräfte angesprochen. Für diese will die Koalition viel tun: finanziell, mit Blick auf die Ausbildung und Kompetenzerweiterung sowie bezüglich der Arbeitsbedingungen. Konkret sollen sie z.B. ein finanzielles „Schulterklopfen“ für die Anstrengungen während der Pandemie erhalten mittels eines Bonus inkl. Steuerbefreiung bis 3.000 Euro. Eine Milliarde Euro will der Bund hierfür zur Verfügung stellen. Entgegen der Forderungen von Pflegeverbänden erfolgt also keine dauerhafte Gehaltsanpassung. Kaum war dies bekannt, wurden Forderungen für höhere Beträge von 5.000 Euro und Boni auch für andere Berufsgruppen reklamiert. Statt Anerkennung für die Pflegekräfte resultiert also wieder Gezänk. Dies, obwohl die Bewältigung der Corona-Pandemie in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ganz maßgeblich von den Pflegekräften abhängt und derzeit wegen Mangels an diesen ganze Krankenhausabteilungen und Betten geschlossen werden müssen. Bezeichnend ist auch der Reflex nach Staatsgeldern für alle zu rufen. In anderen Branchen ist es hingegen üblich, dass Boni, gute Arbeitsbedingungen und Anerkennung in erster Linie von dem Arbeitgeber zu verantworten sind. Aber im Gegenteil: Nun wird gerade zu Lasten der Pflegekräfte nach weiterer Aussetzung von Pflegepersonaluntergrenzen gerufen – einem Instrument, das die Versorgungsqualität in pflegerisch sensiblen Bereichen sicherstellen soll. Unterschreitet man diese Personal- bzw. Versorgungsschlüssel, gefährdet dies Leib und Leben der Patienten und Patientinnen und belastet die Pflegekräfte zusätzlich. Umso wichtiger ist es, dass auch die Koalitionspartner nicht an der Qualität der Versorgung und damit an Personalbemessungsverfahren rütteln, sondern diese weiterentwickeln wollen. Zuversichtlich macht ferner die klare Aussage, dass die Attraktivität des Pflegeberufs auch durch neue Berufsbilder und mehr Kompetenzzuweisungen gesteigert werden soll. Nur sehr vorsichtig wagt man sich hier an die Substitution ärztlicher Leistungen z.B. durch die Etablierung von Gemeindeschwestern

» Die Vorsichtigen Schritte zur Erweiterung der Kompetenzen von qualifizierten Pflegekräften sind nun konsequent weiter zu gehen. «

und einer weiteren Akademisierung heran. Aber es sind erste Schritte, wie auch Frau Prof. Hasseler lobt (siehe Kommentar S. 20) und die es nun konsequent weiter zu gehen gilt. Das Ausland macht es uns vor, dass dies richtig und sinnvoll ist. Gleichzeitig stehen Gehaltsanpassungen zwischen Kranken- und Altenpflege, die Steuerbefreiung von Zuschlägen, die Abschaffung geteilter Dienste, die Einführung trügereigener Springerpools und der Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten auf der Agenda. Zumindest bei den letzten drei Punkten bleibt das Fragezeichen, wie diese Vorgaben den Einrichtungsträgern so vorgeschrieben werden können, dass sie in der Realität auch ankommen. Doch ohne bessere Arbeitsbedingungen wird das Anwerben ausländischer Arbeitskräfte, das auch diese Koalition als wichtig erachtet, wohl kaum erfolgreicher sein als bislang. Hier beißt sich die Katze nun mal in den Schwanz.

Die Pflegeversicherung an sich wird durch die Koalitionäre nicht auf neue Füße gestellt. Dies war auch kaum zu erwarten, nachdem im Sondierungspapier bereits eine Absage für eine Bürgerversicherung formuliert war. Pflegenden Angehörige sollen nun finanziell durch unterschiedliche Maßnahmen entlastet, Eigenanteile beobachtet bzw. ggf. gesenkt und der Beitragssatz „moderat“ angehoben werden. Dass eine Bündelung von Leistungsansprüchen in einem transparenten und flexiblen Entlastungsbudget vorgesehen ist, ist richtig und höchste Zeit. Als Formelkompromiss kann hingegen nur das Prüfen „einer freiwilligen, paritätisch finanzierten Vollversicherung“ als Ergänzung zur Übernahme der vollständigen Pflegekosten in der Pflegeversicherung und PKV verstanden werden. Diese Idee scheint ein Mix aus dem Drei-Säulen-Modell für die Pflege der FDP (Umlagefinanzierung, Private Vorsorge, betriebliche Modelle zur Pflegezusatzvorsorge) und einer Portion Bürgerversicherung von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu sein. Eine Expertenkommission soll hieraus praktikable Vorschläge erarbeiten. Man darf gespannt sein. Hingegen wird es

wieder konkret, wenn es um die Verschiebung der Behandlungspflege in die GKV geht. Bereits in der Vergangenheit wurde an dieser Thematik „gegraben“, um die Pflegeversicherung finanziell zu entlasten. In welcher Höhe der „pauschale Ausgleich“ für die GKV erfolgen wird, bleibt abzuwarten. Es ist nicht das einzige Thema in dem Vertrag, bei dem klare Finanzierungsaus- oder zusagen fehlen.

Nachhaltige Pflöcke schlagen die Koalitionäre mit Blick auf die Länder und Kommunen ein. Ihr Vertrauen in diese ist offensichtlich groß, denn sie sollen stärker als bislang regionale Besonderheiten mitgestalten können. Dies gilt für den Aufbau quaternaher Wohnformen und kommunaler, medizinischer Versorgungszentren. Auch der Einbezug der Kommunen ins Vertragsgeschehen der pflegerischen Versorgung vor Ort soll verpflichtend werden und Entscheidungen des Zulassungsausschusses sind durch die Landesbehörde zu bestätigen. Versorgung findet regional statt und diese somit dort zu denken, ist richtig. Zentral aber wird sein, dass dieser Einbezug mit objektiv versorgungspolitischem Agieren und, wo verantwortlich, auch mit einer entsprechenden Finanzierung einhergeht. Zudem muss es sich tatsächlich um regionale Besonderheiten handeln und nicht um Sonderlocken, die Vertragspartner lähmen oder Doppelstrukturen schaffen. Die Erfahrungen aus dem stationären Krankenhausbereich, dass regional selbst marode Häuser bis aufs letzte verteidigt und am Leben erhalten werden, lässt zumindest Zweifel daran aufkommen, ob dies gelingt. Auch das jahrelange Ausbluten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist ein mahnendes Beispiel einer unzuverlässigen Daseinsvorsorge. Dass der Bund hier nun notwendige Mittel aufbringen will, spricht Bände. Daher müssen unbedingt die neuen kommunalen Versorgungsstrukturen und Mitspracherechte nach klaren, bundesweiten Vorgaben in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung eingebettet werden.

Dass es eines klaren Rahmens für die Krankenhausplanung bedarf, das haben die Koalitionspartner erkannt. Und wie die alte Bundesregierung setzt auch die neue auf eine Kommission aus Bund und Ländern, um Leitplanken zu definieren. Richtiger Weise wird hier und bei der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung u.a. von Leistungsgruppen, Versorgungsstufen und Erreichbarkeit als Kriterien gesprochen. Erlösunabhängige Vorhaltepauschalen sollen als differenzierte Vergütung statt Gießkanne entwickelt werden. Doch in der finalen Fassung des Koalitionsvertrags fehlt, wie auch Prof. Augurzky in seinem Kommentar (siehe S. 18) schmerzlich vermisst, ein konkretes Zielbild, wohin die Versorgung insgesamt weiterentwickelt werden soll. Ferner fehlt nun auch der finanzielle Anreizmechanismus des Bundes – die Beteiligung an der Investitionskostenfinanzierung für diejenigen Bundesländer, die diese Leitplanken bei der Krankenhausplanung umsetzen. Es bleibt abzuwarten, wie viel Energie und Mut die neue BMG-Spitze aufbringt, um echte Strukturveränderungen zu bewirken. Doch will man die „kalte“ Bereinigung der Krankenhauslandschaft auf Grund des Fachkräftemangels verhindern, muss mehr geschehen als lediglich das Schaffen weiterer Einnahmemöglichkeiten durch z.B. eine pauschale Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen. Punktuell mag diese Öffnung richtig sein. Aber grundsätzlich müssen die Überlegungen zur Krankenhausplanung zusammengebracht werden mit dem richtigen Vorhaben der Koalitionäre, multiprofessionelle, sektorenübergreifende Gesundheits- und Notfallzentren aufzubauen. Unrentable Krankenhäuser könnten in diese umgewandelt werden und so am regionalen Bedarf ausgerichtete Versorgung sicherstellen. Diese könnten dann ggf. auch in kommunaler Trägerschaft liegen.

Beim Stichwort sektorenübergreifende Versorgungsgestaltung kommen endlich – aber erschreckender Weise auch nur dieses eine Mal – die Krankenkassen als Gestalter ins Spiel. Sie sollen mehr Spielraum für Verträge zur sektorenübergreifenden Versorgungsgestaltung

eingesamt bekommen. Sie gehören aber auch bei der Analyse der Versorgungsbedarfe und vor allem der –planung mit an den Tisch. Gleiches gilt für die Entwicklung hybrider DRGs für sektorenübergreifende Leistungen oder der stationären Vergütung. Hier können sie nicht zuletzt ihre umfangreichen Erfahrungen aus den vielfältigen Projekten des Innovationsfonds einbringen, die sich von Gesundheitslotsen, mit Kompetenzen ausgestatteten Pflegekräften, neuen Vergütungsformen, Krankenhausplanung, Qualitätssicherung, etc. spannen. Sie können auch unterstützen, die überfällige Reform der Notfallversorgung und Notfallzentren sowie des Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen. Der alten Bundesregierung war auch bei diesen Themen die Luft ausgegangen.

Und das Vertrauen in die vorhandenen Akteure scheint insgesamt nicht groß zu sein. Es heißt dort z. B. „wir wollen in unterversorgten Gebieten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung übernehmen“. Das Grundprinzip, dass ambulante Vertragsärzte und Krankenkassen bei der Sicherstellung zusammenwirken, wird hier offensichtlich aufgehoben. Auch haben es die „bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen)“ in den Vertrag geschafft, die den Kassen – so das bisherige Konzept von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – eher eine weisungsgebundene denn aktiv gestaltende Rolle zuweisen. Wie zuletzt der Medizinische Dienst wird nun auch die UPD dauerhaft von den Krankenkassen entkoppelt und in eine unabhängige Struktur überführt. Dabei setzt man auf die Patientenorganisationen und nicht die Versichertenvertreter der Selbstverwaltung. Auch der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll um Stimmen aus dem Pfliegerat, der Pflege und anderen Gesundheitsberufen erweitert und ihnen Mitsprachrechte eingeräumt werden. Dies erhöht sicherlich die Akzeptanz sowie Verantwortungsübernahme bezüglich der getroffenen Entscheidungen durch die einbezogenen Berufsgruppen. Einhergehen soll die Reform des G-BA aber auch mit der Zielsetzung einer Beschleunigung seiner Entscheidungen – ein herausforderndes Unterfangen, wenn die Zahl der „Köche“ steigt. Nachvollziehbar und richtig ist hingegen nach den Erfahrungen in der Pandemie, dass das RKI von der Bundesregierung unabhängiger wird.

» Digitalisierung darf nicht im Denken als „Tool“ stecken bleiben. «

Versorgung lösungsorientiert und endlich vom Versicherten her zu denken, wird im Unterkapitel zur Digitalisierung im Gesundheitswesen artikuliert. Die dann aufgeführten Aufgaben bzw. Nutzen der Digitalisierung bleiben dann jedoch im Denken eines „Tools“ stecken (regelmäßige elektronische Verordnungen, Telemedizin und –monitoring, Entlastung bei der Dokumentation). Auch hier fehlen Aussagen zu einem künftigen Bild der Versorgung, die sich durch die digitale Transformation in allen Bereichen fundamental verändern wird. Die Verbesserung der Versorgung und Vernetzung der Akteure über die neue Gestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) künftig als „opt-out“ ist dennoch ein wichtiger Schritt. Er ist auch überfällig, denn 72 Prozent der Bürger und Bürgerinnen bestätigten erst kürzlich in einer Befragung des BKK Dachverbandes, dass sie im Behandlungsfall allen an der Versorgung Beteiligten Einsicht in die ePA geben würden. Es bleibt also zu hoffen, dass die Digitalisierung mit dem gebotenen Druck weitergedacht wird. Digital-Moratorien – wie zuletzt von Ärzteseite gefordert – dürfen und können hingegen keinen Raum haben. Und gerade mit Blick auf diese Forderung ist es wichtig, dass digitale Gesundheitskompetenz tatsächlich in der Ausbildung aller ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheits- und Pflegeberufe verankert wird. Denn letztlich haben alle Vorhaben der Koalitionäre, wie Frau Prof. Thun richtiger Weise schreibt (siehe Kommentar S. 22), etwas mit Digitalisierung zu tun.

Irritierend sind schließlich die Aussagen beim Thema Gesundheitsförderung. Will man positiv interpretieren, soll künftig die von den Betriebskrankenkassen geforderte, stärkere Vernetzung aller an der Prävention beteiligten Akteure vorangetrieben werden. Dass ein nationaler Präventionsplan zu verschiedenen Themen aufgelegt werden soll, befremdet hingegen. Schließlich sind mit der nationalen Präventionskonferenz die Voraussetzungen geschaffen, gemeinsam Präventionsaktivitäten zu entwickeln und in den jeweiligen Zuständigkeiten umzusetzen. Bedauerlich ist auch, dass das Thema ökologische und soziale Nachhaltigkeit im Gesundheitsbereich auf die Vermeidung von klima- bzw. umweltbedingten Gesundheitsschäden reduziert wird. Ökologische und soziale Nachhaltigkeit müssen aber neben den Voraussetzungen einer wirtschaftlichen, notwendigen und zweckmäßigen

Leistungserbringung grundsätzlich im Sozialgesetzbuch verankert werden. Zu Recht mahnt daher die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. an, dass Klimaschutz und Prävention ganz oben auf die Agenda der politischen Gesundheitsakteure gehört (siehe Kommentar S. 23). Vage bleibt ferner, wie konkret man die Lieferketten im Arzneimittelbereich und den Aufbau der europäischen Produktion sicherstellen will. Bezüglich robuster Lieferketten wird leider nicht von der notwendigen verpflichtenden Herstellung von Transparenz, und zwar von der Produktion über die Lieferung bis hin zur Lagerung der Arzneimittel, gesprochen. Unstimmig sind auch die geplanten Maßnahmen zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken. Sie existieren zum Teil bereits (vergütete Botendienste) oder sind zwischen Apothekern und Krankenkassen abgestimmt (pharmazeutische Dienstleistungen). Dennoch sollen die Apotheken hierfür nochmal zusätzliche Gelder erhalten.

Und damit ist man insgesamt bei der Frage: Wie sollen all die oben genannten Maßnahmen finanziert werden? Zum Teil tritt der Steuerzahler ein. Aber vieles bleibt pauschal oder wird gar nicht mit einer Finanzierungsüberlegung hinterlegt. Das war zumindest in der Vergangenheit immer gefährlich. Da war plötzlich gerne der Beitragszahler, oder abstrakt „der Fonds“, zur Finanzierung das Mittel der Wahl. Daher ist es bedauerlich, dass in der Endfassung des Koalitionsvertrages die Mehrwertsteuer-Absenkung nicht mehr enthalten ist. Immerhin um rund 6 Mrd. Euro hätte dies die Beitragszahler entlastet. Gleiches trifft, wie oben beschrieben, auf die Bundesmittel beim Umbau der Krankenhauslandschaft zu. Stattdessen setzt man zum einen auf eine regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV. Dies ist auch gerechtfertigt, will man der GKV weiterhin Aufgaben zuschreiben, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind. Ziel muss es jedoch sein, wie Prof. Ulrich völlig richtig in seinem Kurzkomentar schreibt (siehe S. 16), über Strukturanpassungen die im System vorhandenen Effizienzreserven zu heben. Es ist gerade im internationalen Vergleich genug Geld vorhanden, es wird nur falsch eingesetzt. Daher kommt auch aus diesem Grund den Vorhaben zur besseren Vernetzung der Strukturen und einer umfassenden Krankenhausstrukturreform eine besondere Bedeutung zu. Bereits im letzten Koalitionsvertrag als Vorhaben deklariert, versprechen die jetzigen Koalitionäre höhere Beiträge für ALG II-Bezieher aus Steuermitteln. Das Vorhaben ist völlig richtig, denn hierbei handelt es sich in der Tat um eine versicherungsfremde Leistung. Es ist daher hoffentlich nur ein handwerklicher Fehler, dass hierbei sprachlich nicht berücksichtigt wurde, dass an anderer

Stelle die Hartz IV-Empfänger künftig statt ALG II ein Bürgergeld erhalten sollen. Als finanzielle Entlastung für die GKV ist ferner der Beibehalt des Preismoratoriums vorgesehen. Auch dies ist richtig und wichtig. Gleiches gilt auch für das Signal, dass neue Arzneimittel bereits ab dem 7. Monat nach Markteintritt der Erstattungsbetrag gemäß des AMNOG-Verfahren gilt. Hier hätten sich die Krankenkassen sicher ein noch früheres Datum gewünscht, doch es ist ein erster Schritt, um Innovationen und Finanzierbarkeit besser zusammen zu bringen. Welche finanziellen Auswirkungen die beitragsseitigen Veränderungen bei den Selbständigen, das neue Bürgergeld und die Anhebung des Mindestlohns haben werden, bleibt abzuwarten.

Last but not least ist der Mut der Koalitionspartner wohl ausgegangen bei dem Vorhaben, den Wechsel von Versicherten in der PKV zu erleichtern. Damit ist, wie Herr Prof. Wenner richtig feststellt, nicht mal ein Hauch von etwas Bürgerversicherung oder Wettbewerb in der PKV übriggeblieben (siehe Kommentar S. 25).

Bleibt zusammenfassend festzuhalten: Die Verhandler in der Arbeitsgruppe haben an vielen Stellen auf ein „Weiter so“ gesetzt. Sie haben jedoch auch Fortschritte gewagt, die teils noch sehr zaghaft und vorsichtig daherkommen. Letztlich wird es also darauf ankommen, wie viel Mut und Energie der neue Gesundheitsminister aufbringen wird, aus diesen Schritten ein Zielbild und Fundament zu stricken, das idealerweise noch bis in die nächste Legislaturperiode trägt. Als Vorbild kann hier wieder einmal Dänemark dienen, das nachhaltige Strukturveränderungen unabhängig von der Parteienkonstellation der Regierung bewirkt hat. Gelänge dies, würde aus dem „Fortschritt wagen“ ein „Fortschritt gestaltet“. Das wäre dann ein gutes Resümee nach den kommenden vier Jahren. ■



Steuerzuschüsse für GKV? Oder höhere Beitragssätze?

Prof. Dr. Volker Ulrich,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Finanzwissenschaft,
Universität Bayreuth

Welche Chance für eine langfristig tragbare Regelung für die GKV Finanzen haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Das Thema Finanzierung ist darin zwar berücksichtigt, etwa über die Dynamisierung des Steuerzuschusses, allerdings fehlt eine Bewertung der Illusionen und Gefahren einer stärkeren Steuerfinanzierung sozialer Leistungen unter ordnungs- und politökonomischen Gesichtspunkten. Die nächste Legislaturperiode wird zweifellos für die künftige Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenkassen von großer Bedeutung sein. Der Arbeitsmarkt könnte pandemiebedingt länger belastet bleiben und damit auch die Entwicklung bei den Beitragseinnahmen. Es wird zu entscheiden sein, ob die zugesagten Steuerzuschüsse zur GKV länger als nur ein oder zwei Jahre gezahlt werden oder ob man höhere Beitragssätze in der Sozialversicherung akzeptieren will. Eine stärkere Steuerfinanzierung unterwirft die sozialen Leistungen einer verstärkten Budgetkonkurrenz. Inwieweit die Steuerfinanzierung die gegenwärtigen Probleme der Beitragsfinanzierung in der Sozialversicherung zu mindern vermag, lässt sich theoretisch nicht eindeutig beantworten, auch weil mögliche Beschäftigungswirkungen stark davon abhängen, welche Steuern zur Finanzierung herangezogen werden.

Das Dilemma der widersprüchlichen Einschätzungen zum Finanzierungsmix aus Beiträgen, Steuern und neuen Schulden besteht darin, dass es bislang keine verbindliche Festlegung für den GKV-Finanzierungsmix gibt. In einem beitragsfinanzierten GKV-System sollte sich die Steuerfinanzierung auf versicherungsfremde Leistungen beschränken, sonst wird sie zum Spielball der Politik.

Um die Finanzierung der Gesundheit langfristig zu sichern, sind umfassende Strukturreformen unverzichtbar. Letztlich stellt die Finanzierungsseite der GKV nur die eine Seite der Medaille dar. Ohne weitere Anstrengungen zur Begrenzung der Ausgaben bzw. zur Anreizverbesserung auf der Ausgabenseite wird eine stabile Lösung nicht gelingen. Dies impliziert auch eine Überprüfung der Leistungsversprechen und der Strukturen im Gesundheitswesen. Alle auch international erfolgversprechenden Ansätze basieren auf einem konsequenten Versorgungsmanagement. Die bisherigen Selektivverträge erreichen noch nicht die nötige vertikale und horizontale Verknüpfung zu Netzwerken für eine umfassende Versorgung. Insgesamt sollten die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen stärker an die langfristigen Erfordernisse einer nachhaltigen Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherung angepasst werden. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Die Vorhaben der neuen Koalitionspartner zielen auf mehr Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen ab. Die gegenwärtige Versorgung ist zersplittert und impliziert Brüche in der Patientenbehandlung. Die Regelungen im Koalitionsvertrag gehen aus meiner Sicht in die richtige Richtung. Bereits zu Beginn des Kapitels über Pflege und Gesundheit wird die Bedeutung eines sektorübergreifenden Ansatzes in der Gesundheits- und Pflegepolitik betont. Die geplanten integrierten Gesundheits- und Notfallzentren eröffnen die Chance, die Versorgung stärker am Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Die elektronische Patientenakte soll per Opt-out-Verfahren allen Versicherten angeboten werden, wodurch ihre Verbreitung unterstützt werden kann. Auch das Bekenntnis, die Telemedizin oder die Videosprechstunde zur Regelleistung zu machen, ist hier positiv zu erwähnen. Mit den Vorhaben im Bereich der Digitalisierung kann die bisherige Entwicklung weiter forciert und auch in der Pflege zumindest angeschoben werden.

Im ambulanten Bereich erhofft man sich den Zugang zu bisher stationär erbrachten Leistungen, umgekehrt verhält es sich mit den Erwartungen im stationären Bereich. Dort erwartet man, dass die Krankenhäuser neue ambulante Behandlungsmöglichkeiten für ihre Patienten erhalten. Beides kann durchaus angezeigt sein; hier muss allerdings nachgeschärft werden, in welchen Fällen man in welche Richtung tendiert. Bei der Strukturreform in der Krankenhaus- und Notfallversorgung sowie in der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen zeigt der Koalitionsvertrag Gestaltungswillen und bringt einiges auf den Weg. Das Vorhaben, das DRG-System nach 20 Jahren weiterzuentwickeln, ist ebenfalls begrüßenswert. Allerdings ist die Krankenhausstrukturreform in einer Bund-Länder-Kommission gelandet und dürfte es bei divergierenden föderalen Interessen schwer haben. «



Zielbild der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung

Dr. rer. pol. Boris Augurzky,
RWI- Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Welche Chance für eine umfassende Reform der Krankenhausstrukturen haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hatte die Erwartungshaltung, dass die neue Regierung sich aufmacht, ein Zielbild der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung für dieses Jahrzehnt zu erarbeiten, das sukzessive durch geeignete Maßnahmen in dieser Legislaturperiode angestrebt und idealerweise in der nächsten Legislaturperiode erreicht wird. Da die Personalressourcen in diesem Jahrzehnt immer knapper werden, muss sich das Zielbild dazu äußern, wie die Gesundheitsversorgung effizienter gestaltet werden kann, um Rationierung und/oder steigende Beitragssätze der GKV zu vermeiden. Meines Erachtens brauchen wir dazu eine sektorenübergreifende Versorgung, flankiert durch entsprechende Planungselemente und durch eine darauf ausgerichtete Investitionsfinanzierung, eine klare Definition von Versorgungssicherheit, eine sektorenübergreifende Vergütung, die Anreize zur stärkeren Ambulantisierung setzt, und vor allem mehr Gestaltungsfreiheit in den Regionen sowohl für Krankenkassen als auch für Leistungserbringer. Damit ließen sich schneller als bislang effizientere Krankenhausstrukturen erreichen. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Ein gesamthafter Blick in Form eines Zielbilds einer effizienten und nachhaltigen Gesundheitsversorgung fehlt im Koalitionsvertrag. Auch gibt es keine Aussage zur Investitionsfinanzierung. Dennoch finden sich einige interessante Ansatzpunkte. Positiv überrascht hat mich dabei nicht die eine Maßnahme, sondern vielmehr das Bündel an Vorhaben: sektorenübergreifende Versorgungsplanung, eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung, eine Krankenhausfinanzierung mit nach Versorgungsstufen differenzierten Vorhaltepauschalen und mit Hybrid-DRG für die sektorenfreie Leistungserbringung, bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge und in diesem Zusammenhang die Ausweitung des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Eine „kleine“ Überraschung waren für mich die Errichtung von Gesundheitskiosken und der Ausbau der Angebote an Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen sowie die Aufnahme des Rettungswesens als integrierten Leistungsbereich in das SGB V. «



Die Entwicklung der Pflegeberufe in Zukunft

Prof. Dr. Martina Hasseler,
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Welche Chance für eine Verbesserung der Situation der Pflegefachkräfte haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hätte mir zuerst erwartet, dass die Pandemiefolgen mitbedacht werden, da diese für die Pflegeberufe enorm sind. Sie sind gesundheitlich belastet, die Arbeits- und Rahmenbedingungen haben sich verschlechtert, Pflegeberufe verlassen den Beruf – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Des Weiteren hätte ich erwartet, dass professionelle Pflege von der Pflegeversicherung getrennt gedacht wird. Auch in diesem Koalitionsvertrag schwimmt wieder ein Teilleistungsrecht mit den Pflegeberufen. Es ist dringend erforderlich, dass politische Entscheidungsträger realisieren, dass die Pflegeversicherung nicht für die Pflegeberufe und nicht für Entwicklung und Finanzierung professioneller Pflege steht. Wünschenswert wäre gewesen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflege mehr auszudifferenzieren wie auch die Frage, wie die Entwicklung der Pflegeberufe in Zukunft aussehen soll. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Im Koalitionsvertrag hat mich positiv überrascht, dass im Bereich der Pflegeversicherung aus den Eigenanteilen die Ausbildungumlage und aus der Pflegeversicherung sogenannte versicherungsfremde Leistungen wie Rentenbeiträge für die pflegenden Angehörigen und pandemiebedingten Zusatzkosten sinnvollerweise herausgenommen werden sollen. Wie sich die Übertragung der Behandlungspflege (was für ein obsoletes Wort) aus der stationären Versorgung in die gesetzliche Krankenversicherung auf die stationäre Versorgung auswirken wird, muss beobachtet werden. Damit könnten auch negative Anreize entstehen. Damit ist nicht automatisch verbunden, dass die Behandlungspflege tatsächlich finanziert wird.

Die Stärkung der Pflegeausbildung ist hochrelevant. Die Bereiche der autonomen durchzuführenden Aufgaben für Pflegeberufe, auch durch Übertragung sogenannter heilkundlicher Aufgaben, ist absolut notwendig. Auch wenn wir diese Übertragung bereits seit 20 Jahren erfolglos in Deutschland versuchen umzusetzen. Im Koalitionsvertrag wird die Community Health Nurse explizit als förderwürdig betrachtet und auch das Bekenntnis zur Stärkung der akademischen Pflege im Koalitionsvertrag ist positiv aufgefallen. «



Mit DIGA, eRezept, ePA in ein neues digitales Gesundheitswesen

Prof. Dr. Sylvia Thun,
Berlin Institute of Health

Welche Chance für eine Beschleunigung der Digitalisierung haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Durch die Digitalisierung können endlich die Sektorengrenzen durchbrochen und der Fokus auf den Patient und die ganzheitliche Patientenbehandlung und Prävention gelegt werden. Durch den uneingeschränkten Zugang zu digitalen Werkzeugen, welche bei einem guten WLAN im Krankenhaus oder hervorragenden Breitbandanbindungen im ländlichen Raum anfangen und über DIGAS, eAU, eRezept und EPA fortschreiten, ist es möglich barrierefrei und niederschwellig die Versorgung stetig zu verbessern und den Ärztinnen und Ärzten hilfreiche Wissensmanagementkomponenten mitzugeben. Das wiederum benötigt eine umfassende Strategie und Umsetzung der vielen Gesetze, die in der letzten Legislaturperiode auf den Weg gebracht worden sind. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Der Digitalisierungsscheck und die Gesetze gegen digitale Gewalt bilden einen guten Rahmen für die vielfachen Aufgaben, die vor uns liegen. Ebenso finden Passagen zur Gendermedizin, paritätischen Beteiligung und Diversität Einzug. Das sind alles auch digitale Themen, da v.a. die ‚falschen Algorithmen‘ auf Basis von Daten von vornehmlich Männern eine Gefahr für die Gesundheit von Frauen darstellen können. Die Entbürokratisierung und Entlastung bei der Dokumentation ist ein bereits seit vielen Jahren gewünschtes Ziel, durch innovative Softwarelösungen wäre das nun möglich. Niederschwellige Online-Angebote und Telemedizin können die Medizin, Pflege, Therapie und das Wohlbefinden jedes Bürgers verbessern, auch das finden wir im Koalitionsvertrag. Die neue Gesundheitsagentur mit den opt-out-Lösungen kann uns in ein neues digitales Gesundheitswesen führen. «



Klimawandel und Gesundheitsrisiken

Maïke Voss,
KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

Welche Chance für Klimawandel & Gesundheit haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Gelobt hätte ich einen starken Bezug zu und konkrete Aktivitäten für die notwendige gesellschaftliche Transformation, die wir benötigen, um Klimawandel bedingte Gesundheitsrisiken zu vermeiden, zu reduzieren und Gesundheit dort zu fördern, wo Kinder und Erwachsene lernen, arbeiten und leben. Dies darf dabei nicht nur auf Deutschland bezogen bleiben, sondern braucht einen klaren europäischen und internationalen Bezug. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Positiv hervorzuheben ist, dass die Ampel-Koalition die Klimakrise als die Bedrohung wahrnimmt, die sie für uns aktuell und für zukünftige Generationen noch viel mehr darstellt. In wenigen, dafür aber wichtigen Fällen bezieht sich der Koalitionsvertrag auf die Schnittstelle Klimawandel und Gesundheit. So sollen bei zukünftigen Klimaanpassungsstrategien auch Ziele der Gesundheitsförderung, Allergie- und Hitzeprävention verfolgt und Luftbelastungen reduziert werden. Außerdem soll eine nationaler Präventionsplan klima- und umweltbedingte Gesundheitsschäden vorbeugen. Klimaschutz und Prävention werden daher oben auf der Agenda der politischen Gesundheitsakteure zu finden sein – hoffentlich mit der notwendigen Dringlichkeit, einem breiten Verständnis von Gesundheitsschutz und -förderung in planetaren Grenzen sowie mit ausreichend Ressourcen. Wir haben keine Zeit zu verlieren. Die deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) steht gern mit Rat zur Seite. «



Ein Rechtsrahmen für globale Gesundheit

Prof. Dr. Felix Welti,
Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht,
Universität Kassel

Welche Chance für einen gemeinsamen Rechtsrahmen internationaler Gesundheit haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich habe ein klares Bekenntnis dazu erwartet, dass in einer global vernetzten Welt die bestmögliche Gesundheit jeder einzelnen Person die Voraussetzung für die Gesundheit aller ist. Funktionierende Pandemievorsorge und gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen werden nur global durchgesetzt werden können. Partikulare wirtschaftliche und politische Interessen müssen dagegen zurückgestellt werden. Das Bekenntnis zur Stärkung der WHO, zum „One Health“-Ansatz und zur globalen Impfallianz hätte konkreter sein müssen, aber es ist vorhanden und lässt noch Raum für die Schaffung eines nötigen Rechtsrahmens globaler Gesundheit. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Das klare Bekenntnis zur Ratifikation des Fakultativprotokolls zum Sozialpakt hat mich positiv überrascht. Damit werden individuelle Menschenrechtsbeschwerden möglich, mit denen überprüft werden kann, ob Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit respektiert, schützt und erfüllt. «



Zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung

Prof. Dr. Ulrich Wenner,
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht

Welche Chance für einen Zeitgemäße Organisation der gesundheitlichen Versorgung haben Sie im Koalitionsvertrag erwartet?

» Ich hatte auf einen minimalistischen Einstieg in die Bürgerversicherung gehofft, die nach allen empirischen Befunden auf extrem hohe Zustimmungswerte in der Bevölkerung trifft. Das hätte bedeutet, dass zumindest neu ernannten Beamten die Möglichkeit eröffnet wird, statt für die Kombination von Beihilfe des Dienstherrn und private Versicherung für die freiwillige Versicherung in der GKV zu optieren. Das ist so inzwischen über den Umweg einer „pauschalierten Beihilfe“ in Hamburg und anderen von SPD und Grünen dominierten Bundesländern verwirklicht. Dass sich dazu nicht einmal ein Prüfauftrag im Koalitionsvertrag findet, ist sehr bedauerlich. «

Was hat Sie in diesem Koalitionsvertrag positiv überrascht?

» Positiv hat mich überrascht, wie viele Ideen zu einer stärker regional ausgerichteten Gesundheitsversorgung aufgegriffen worden sind. Die zunächst nur für besonders benachteiligte Kommunen und Stadtteile vorgesehenen Gesundheitskioske können Modellcharakter haben und mittelfristig ein wichtiger Ansatz (auch) für lokale und niederschwellige Angebote zur Prävention etwa durch Schutzimpfungen sein. Dass nunmehr der Bund höhere Beiträge für die Bezieher von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II übernimmt, ist zwar „nur“ die Korrektur eine langjährigen Fehlentwicklung, aber was heißt im Kontext von milliardenschweren Umverteilungsentscheidungen schon „nur“ «

