

## **Gesundheitspolitik zwischen Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Steuerung – Versuch einer Bilanz der Gesundheitsreformen seit 1989**

*von Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands, Berlin\**

\*Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder. Die Vortragsform wurde weitgehend beibehalten. Hinweise zur weiterführenden Literatur finden sich am Schluss des Beitrags.

### **Reformgeschichte der Nachkriegszeit im Überblick – Die wichtigsten Gesetze**

Das zwanzigjährige Bestehen der Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen ist ein treffender Anlass, den Versuch einer Bilanzierung der Gesundheitsreformen seit der Inkorporation der sozialen Krankenversicherung in ein modernes Sozialgesetzbuch durch die Blümsche Reform zu wagen. Dabei kann man sich trefflich streiten, ob das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988 zum Ausgangspunkt der Betrachtungen gewählt werden sollte, oder ob das aus dem Kompromiss von Lahnstein hervorgegangene Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 nicht den Wendepunkt zu strukturellen Reformen im Gesundheitswesen markiert. In jedem Fall lässt sich feststellen, dass in der Nachkriegszeit bis zum historischen Jahr 1989 keine grundlegenden Veränderungen im rechtlichen Gefüge der seit 1911 geltenden Reichsversicherungsordnung (RVO) die Krankenversicherung bewegten. Vielmehr stand die Restaurierung der alten Ordnung nach den Barbareien des Naziregimes im Vordergrund. Beispielhaft sei hier nur auf das Gesetz zur Wiederherstellung des Kassenarztrechts aus dem Jahr 1955 verwiesen. Zwei Anläufe des christdemokratischen Arbeitsministers Theodor Blank zur umfassenden Reform des deutschen Gesundheitswesens scheiterten am geschlossenen Widerstand fast aller Interessengruppen und zementierten den Einfluss des organisierten Lobbyismus. In Zeiten eines Jahrzehnte andauernden Wirtschaftsaufschwungs standen vielmehr die Ausweitung des versicherten Personenkreises und die Ausdehnung des Leistungskatalogs im Mittelpunkt der gesetzgeberischen Aktivitäten. Daran war nicht nur der Gesetzgeber maßgeblich beteiligt; auch die Rechtsprechung betrieb aktiv Rechtsfortbildung. So wurde beispielsweise der Zahnersatz durch

Entscheidungen des Bundessozialgerichts in den Leistungskatalog der GKV übernommen.

Diese Expansion fand ein jähes Ende im Gefolge der Ölkrise Mitte der siebziger Jahre. Das Ende der automatischen wirtschaftlichen Zuwächse markierte den Beginn der Kostendämpfung und der (finanziellen) Konsolidierung der Sozialversicherung, die mit einer Legitimationskrise des Sozialstaats einherging. Kritiker wie Verteidiger des deutschen Wegs zur Sozialstaatlichkeit forderten eine Neuordnung der Strukturen und eine Optimierung der Ressourcenallokation. Zugleich stand eine umfassende Neukodifizierung mit der Integration in das Sozialgesetzbuch an.

Auch wenn sich die Idee Norbert Blüms von der „großen Reform aus einem Guss“ schnell als Illusion entpuppen sollte und der ehrgeizige Minister im Laufe des langwierigen Beratungsprozesses Abstriche an den Reformzielen hinnehmen musste, war mit dem GRG ein neues Kapitel in der Geschichte der Gesundheitspolitik eröffnet. Exemplarisch für die Innovationskraft des Gesetzes seien nur die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel genannt und die Bedeutung der neuen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit hervorgehoben, die als Startrampe für die Schaffung einer eigenständigen Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung angesehen werden können. Mit dem gleichen Gesetz wurden Leistungen gestrichen und Zuzahlungen erhöht, so dass sich der öffentliche Beifall für diese Reform in engen Grenzen hielt. Von einer nachhaltigen finanziellen Wirkung dieser sog. „Jahrhundertreform“ war bereits drei Jahre später nichts mehr zu spüren. Allerdings hatten die Querelen um das GRG insofern Konsequenzen, als Bundeskanzler Helmut Kohl Norbert Blüm die Zuständigkeit für die Krankenversicherung entzog und Horst Seehofer mit dem Amt des Bundesgesundheitsministers betraute.

Da strukturelle Reformen im Gesundheitswesen in der Regel nur mit Zustimmung des Bundesrats zu erreichen sind, war es nur konsequent, dass Seehofer Kontakt zur oppositionellen SPD aufnahm, die im Bundesrat über eine Mehrheit der Stimmen verfügte. Im beschaulichen Städtchen Lahnstein am Mittelrhein trafen sich Gesundheitspolitiker aus Bund und Ländern, um hinter verschlossenen Türen bisher Unverhandelbares zu diskutieren und den gordischen Knoten einer Organisationsreform der gesetzlichen

Krankenversicherung zu durchschlagen. Die Teilnehmer, die einen „Hauch von Sozialgeschichte“ (Hartmut Reiners) spürten, verständigten sich, die berufsständische Gliederung durch ein System von Wahlfreiheit und Wettbewerb abzulösen und einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich zur Gewährleistung von Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb und zur Minderung von Risikoselektion einzuführen. Gleichzeitig wurden die innere Verfassung der Krankenkassen neu geordnet, Selbstverwaltungsorgane gestrafft und ein hauptamtlicher Vorstand eingeführt, der die Krankenkasse nach innen und außen vertritt. Die Grundentscheidung für ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitswesen durch das GSG im Jahr 1992 sollte die weiteren Reformschritte bis weit ins neue Jahrtausend prägen.

Davon noch weitgehend unberührt blieb die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1993. Das SGB XI knüpft zwar an die Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung an, verbannt aber den Wettbewerb weitgehend aus dem neuen Sozialversicherungszweig, der sich sogar in den Bereich der privaten Versicherung erstreckt. Allerdings blieben die Finanztöpfe von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung getrennt – eine Entscheidung, die bis heute periodisch für politische Kontroversen sorgt, zumal sich die ursprüngliche Annahme des Gesetzgebers, das Pflegerisiko sei gleichmäßig über die Versicherungssysteme verteilt, als fehlerhaft erwiesen hat.

Nach überraschenden Erfolgen der FDP in drei Landtagswahlen 1996 kam es zu keinen weiteren gemeinsamen Gesetzesinitiativen von schwarz-gelber Koalition und Sozialdemokratie, auch wenn die Fachleute beider Seiten bereits entsprechende Gesetzentwürfe (GSG II bzw. GKV-Weiterentwicklungsgesetz) erarbeitet hatten. Stattdessen setzte die Koalition mit zustimmungsfreien GKV-Neuordnungsgesetzen 1996 und 1997 höchst kontroverse Regelungen wie ein Krankenhaus-Notopfer von 20 DM, die Anbindung der Zuzahlungshöhe an Beitragserhöhungen oder die Ausdünnung des Leistungskatalogs über sog. Gestaltungsleistungen durch. Diese Änderungen entfremdete selbst treue Anhänger der Koalition und beförderten den politischen Zynismus beim zuständigen Minister. Horst Seehofer, der anfangs seine befohlene Tatenlosigkeit als „Beitrag zur Humanisierung des Arbeitslebens“ kommentiert hatte, prognostizierte die kommende Wahlniederlage mit der Feststellung, mit Gesundheitspolitik könne man keine Wahl gewinnen, aber jede Wahl verlieren.

Die neue rot-grüne Koalition machte die kontroversen Punkte der Vorgängerregierung sofort rückgängig, ehe sie sich an angekündigte strukturelle Veränderungen wagte. Der grünen Ministerin Andrea Fischer gebührt das Verdienst, mit den Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke (DMP), der integrierten Versorgung zur besseren Verzahnung der Versorgungssektoren (IV) und den diagnosebezogenen Fallpauschalen zur Finanzierung stationärer Leistungen (DRG) im GKV-Reformgesetz 2000 gleich drei Neuerungen einzuführen, die wesentlich durch die Erfahrungen in ausländischen Gesundheitssystemen geprägt waren. Selbstverständlich stießen auch diese neuen Instrumente auf den Widerstand der etablierten Akteure. Aber sie ließen sich nicht grundsätzlich verhindern, sondern sollten erheblichen Einfluss auf die Steuerung des Versorgungsgeschehens in den nächsten Jahren nehmen.

Unter der sozialdemokratischen Ministerin Ulla Schmidt sollten nach zwei speziell auf die Arzneimittelversorgung fokussierten Gesetzen die Modernisierung der Institutionen und die Implementierung einer patientenorientierten Prozesssteuerung weiter forciert werden. Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2002 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss als zentrale Steuerungsinstitution der gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffen, ein wissenschaftlich unabhängiges Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit der Möglichkeit, angestellte Ärzte zu beschäftigen, in ganz Deutschland zugelassen. Die Patientenbeteiligung wurde auf kollektive Entscheidungsprozesse ausgeweitet. Selektivverträge wurden auf neue Versorgungsgebiete, insbesondere auf die hausarztzentrierte Versorgung ausgeweitet. Für Integrationsverträge wurde eine auf fünf Jahre befristete Anschubfinanzierung geschaffen. Um Leistungsausschlüsse – diskutiert wurden Zahnersatz oder Krankengeld – zu vermeiden, wurden ein Sonderbeitrag der Versicherten in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten eingeführt und die Arbeitgeber zugleich um 0,45 Beitragssatzpunkte entlastet, was letztere nicht hinderte, den Zusatzbeitrag als Lohnzusatzkosten zu qualifizieren. Man muss nicht betonen, dass die Interessengruppen auch diesmal den Untergang des deutschen Gesundheitswesens prophezeiten und die Medien im Gefolge der neu eingeführten Zuzahlung zur ambulanten ärztlichen Versorgung die ersten Toten

der Gesundheitsreform Ulla Schmidt anlasteten. Die ließ sich davon ebenso wenig beeindrucken wie von andauernder Kritik aus der Ärzteschaft. Dabei wurde 2003 im Konsens mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) verabschiedet, das eine weitgehende Flexibilisierung der Organisations- und Betriebsformen in der ambulanten Versorgung ermöglichte, Gemeinschaftspraxen sowie Arztnetze und Verbände förderte und Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte erweiterte.

Hitler und Honnecker wurden bemüht, als Ulla Schmidt mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erneut in das Institutionengefüge des Gesundheitswesens eingriff und Verantwortungsbereiche neu ordnete. Die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung und die Schaffung eines PKV-Basistarifs wurden von der privaten Assekuranz vergeblich in Karlsruhe beklagt. Dies war erneut ein Beleg dafür, dass die achtspurige Autobahn nach Karlsruhe auf dem Rückweg in aller Regel zu einem steinigem Feldweg mutiert. Bis dorthin schafften es die Verbände der Krankenkassen nicht, die ihres Körperschaftsstatus „beraubt“ und deren hoheitliche Kompetenzen an den neu geschaffenen GKV-Spitzenverband übertragen wurden. Vollends zur Schnappatmung auf der Kassenseite führte die Etablierung eines bundesweiten Gesundheitsfonds mit einheitlichem paritätischem Beitragssatz und flexiblen versichertenbezogenen Zusatzbeiträgen. Dabei war der Fonds alles andere als ein „bürokratisches Monster“, sondern nur die Hülle für den vom Bundesversicherungsamt durchgeführten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Doch nicht nur Kassenfunktionäre läuteten das Totenglöcklein im Dauereinsatz, sondern auch die Vertragsärzte liefen gegen die von der KBV wesentlich mit geprägte Honorarreform Sturm und setzten die Grundregeln der Mathematik außer Kraft, als sie pauschal die mit rund 3,5 Mrd. Mehrausgaben für die ambulante Versorgung kalkulierte Reform als Todesurteil für die niedergelassenen Ärzte quali- und quantifizierten. Das letzte größere Reformvorhaben der längstdienenden Gesundheitsministerin Ulla Schmidt war das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008. Es führte Pflegeberatung und Pflegestützpunkte ein und unternahm erste Schritte zur Einbeziehung Demenzkranker in die Pflegeversicherung – ein Verdienst, dessen sich später zu Unrecht Daniel Bahr rühmen sollte.

Die von vielen Akteure des Gesundheitswesens erwünschte und von den Massenmedien wahrhaft herbei geschriebene konservativ-liberale Koalition vermochte zwar nicht den angekündigten fundamentalen Kurswechsel zu vollziehen, sorgte aber für eine unerwartete Volte in der Arzneimittelpolitik, die die gesamte pharmazeutische Industrie auf dem falschen Fuß erwischte. Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) aus dem Jahr 2010 verordnete ausgerechnet der liberale Gesundheitsminister Philipp Rösler der Branche sowohl einen scharfen Sparkurs (Erhöhung des Zwangsrabatts und Einführung eines unbefristeten Preismoratoriums) als auch eine Preisregulierung für neu eingeführte Produkte. Die frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde die Grundlage für Preisverhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband einschließlich einer Konfliktlösung über eine Schiedsstelle. Das hätte niemand von dieser Koalition und diesem Minister erwartet, selbst wenn der Satz „Only Nixon went to China“ auch deutschen Politikbeobachtern bekannt sein sollte.

Weitgehend profillos blieb Röslers Nachfolger Daniel Bahr, der zwar mit einem „Omnibusgesetz“ 2011 viele Restanten aus der ambulanten Versorgung abarbeitete, die von Ärzten wie Versicherten ungeliebte Praxisgebühr abschaffte und die überkomplexe ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zumindest auf dem Papier aus der Taufe hob, jenseits dieses Versorgungsstrukturgesetzes (VSG) kaum Akzente setzte. Allerdings darf dieses Gesetz durchaus als ein typisches Vorhaben zur Anpassung des Gesundheitswesens an demografische, soziale und ökonomische Veränderungen angesehen werden.

Der Gesundheitsminister in der nunmehr dritten Großen Koalition Herrmann Gröhe konnte sich über Arbeitsmangel nicht beklagen, hatten doch die Unterhändler im Koalitionsvertrag 2014 präzise Vorgaben ausgehandelt, die in den Folgejahren eine wahre Flut von Gesetzesvorlagen auslösten. Den Startschuss gab das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) im gleichen Jahr. Es korrigierte Fehlentwicklungen im Finanzierungssystem, gab den Kassen Spielräume für die Kalkulation des prozentualen Zusatzbeitrages zurück und etablierte das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). Ihm folgte Ende des Jahres das Versorgungsstärkungsgesetz (VStG), das vor allem darauf abzielte, dem Ärztemangel auf dem Land abzuhelpfen. Instrument hierfür sollte

vor allem die Neuordnung der Bedarfsplanung sein. Außerdem soll die Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens einschließlich der Versorgungsforschung durch ein Sonderbudget von 300 Mio. € im Jahr gestärkt werden. Mit zwei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I und II) wurden 2014 und 2015 Leistungen ausgeweitet und dynamisiert, Anspruchsvoraussetzungen für viele Leistungen erweitert und der bereits unter Ulla Schmidt konzipierte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich schrittweise eingeführt. Ein weiteres Vorhaben, das in der zweiten Großen Koalition stecken blieb und es auch unter Schwarz-Gelb nicht ins Bundesgesetzblatt schaffte, nahm 2015 die parlamentarischen Hürden; endlich wurde ein Präventionsgesetz (PrävG) verabschiedet, in dem sich der Bund ungeniert an Beitragsmitteln bedient, um Staatsaufgaben – konkret der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu erfüllen. Bund und Länder erarbeiteten in einer Gemeinschaftsaktion 2015 ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG), dessen Kernelemente eine qualitätsorientierte Zugangssteuerung über die Bedarfsplanung und ein steuer- und beitragsfinanzierter Strukturfonds für Um- und Abbau nicht bedarfsnotwendiger stationärer Kapazitäten sein sollten, das aber durch Milliarden spritzen für die stationäre Versorgung wiederum den Reformdruck in diesem Sektor minderte. Das KHSKG ist ein typisches Beispiel dafür, wie strategisch gut ausgerichtete Reformansätze vom Kartell der Krankenhauslobby, die von Kommunen über Länder, Kirchen, Sozialverbände bis zu Gewerkschaften und privaten Konzernen ausgreift, zunichte gemacht werden.

Weitere Vorhaben, die zum Teil im Jahr 2016 zu Ende gebracht wurden, umfassen die Förderung von E-Health (einschließlich der Beendigung des Trauerspiels um die elektronische Gesundheitskarte), die Verbesserung von Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Vereinheitlichung der Ausbildung von Kranken- und Altenpflege. Außerdem steht zu erwarten, dass im Gefolge des sog. Pharmadialogs zwischen Bundesregierung und Industrie (kleinere) Korrekturen am AMNOG erfolgen und gegebenenfalls Regelungen zur Versorgung und Integration von Flüchtlingen getroffen werden. Weitgehend spekulativ ist zu Beginn des Jahres 2016 die Frage zu beantworten, ob die großzügige Ausgabenpolitik der Großen Koalition noch in der laufenden Legislaturperiode Korrekturen am Finanzierungssystem der Krankenkassen erwarten lassen. Die Rückkehr zur vollen Parität dürfte vor der nächsten

Bundestagswahl wohl an ideologischen Streitfragen scheitern. Demgegenüber wären eine Entnahme aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds zur Vermeidung eines weiteren Anstiegs der Zusatzbeiträge im Wahljahr 2017 ebenso denkbar wie (begrenzte) Korrekturen von Fehlentwicklungen im Risikostrukturausgleich, wie etwa der Verzicht auf Surrogatparameter zur indirekten Abbildung von Morbidität im Fall der Erwerbsminderung. Weitere Vorhaben dürften in Zukunft unter strengem Finanzierungsvorbehalt stehen, denn ein Blick auf die GKV-Finzen zeigt: Die fetten Jahre sind vorbei.

### **Metathemen und Handlungsfelder**

Zusammenfassend lassen sich in der Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit folgende Trends und Metathemen erkennen:

- Restauration der alten Ordnung und Scheitern umfassender Reformen
- Öffnung des versicherten Personenkreises und Ausweitung des Leistungskatalogs
- Finanzielle Konsolidierung und Kostendämpfung
- Neuordnung der Strukturen und Integration in das Sozialgesetzbuch
- Ausweitung von Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb
- Modernisierung der Institutionen und Implementierung einer patientenorientierten Prozessteuerung
- Überwindung der Sektorengrenzen und Schnittstellenmanagement
- Anpassung an demografische, soziale und ökonomische Veränderungen

Dabei sind nur selten scharfe Brüche zu erkennen, sondern gehen Trends ineinander über, zeigen sich gegenläufige Entwicklungen und Brüche, die gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder geheilt werden.

Inhaltlich lassen sich bei vielen Reformschritten folgende Handlungsfelder und Schwerpunkte identifizieren:

- Finanzierung der GKV und Organisation der Krankenkassen einschließlich des Verhältnisses zur PKV
- Strukturen der Leistungserbringung
- Prozessmanagement der gesundheitlichen Versorgung einschließlich Innovations- und Qualitätsmanagement



- Honorierungs- und Preissysteme für gesundheitliche Leistungen und Produkte
- Bestimmung des Leistungskatalogs
- Patientenbeteiligung und Verbraucherschutz

### **Die Ausbalancierung von Zielkonflikten und die Diskussion um Steuerung im Gesundheitswesen**

Im Kern vieler Reformen geht es darum, das komplexe Gesundheitswesen als System steuerungsfähig zu machen, um politische Ziele, die gegebenenfalls konfliktär einander gegenüberstehen, zu erreichen und Zielkonflikte auszubalancieren. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien genannt:

- Gerechtigkeit (Zugang, Leistung, Verteilung, Belastung)
- Gleichheit (Chancen, Ergebnisse)
- Solidarität
- Qualität
- Effektivität
- Effizienz
- Finanzierbarkeit (Beitragssatzstabilität, Parität...)
- Innovationsfähigkeit
- Transparenz

Erhebliche Defizite bei bestimmten Zielen entfachen immer wieder neue Reformdebatten. So waren ungleiche Wahlrechte von Arbeitern und Angestellte sowie erhebliche Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen (und weniger die ideologisch aufgeladene Debatte um Wettbewerb als Steuerungsinstrument) der Auslöser des Kompromisses von Lahnstein. Erkennbare Qualitätsdefizite und unerklärliche Varianzen bei der Versorgung chronisch Kranker waren der Auslöser von Disease-Management-Programmen. Das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung soll unter anderem mit Veränderungen in der Kapazitätsplanung und erweiterten Selektivverträgen behoben werden. Auf die Beharrungskräfte des Systems reagierte die Politik mit Anschubfinanzierung und Innovationsbudgets.

Die grundsätzlichen ordnungspolitischen Alternativen zur Steuerung im Gesundheitswesen, nämlich

- Markt und Wettbewerb – Steuerung über (frei) ausgehandelte Verträge,

- Korporatismus und Selbstverwaltung – Steuerung durch untergesetzliche Normsetzung und Kollektivverträge,
- Regulierung und Administration – Steuerung durch unmittelbare gesetzliche Vorgaben und administrative Verwaltungsakte,

finden sich nie in Reinkultur und werden auf der Basis der Erkenntnis, dass Gesundheitspolitik die Steuerung einer großen komplexen Wirtschaftsbranche anzusehen ist, zu einem Mix unterschiedlicher Ansätze verwoben. Die ideologische Überfrachtung, wie sie exemplarisch beim mantrahaft vorgetragenen Mythos vom Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV deutlich wird, verliert an Glanz. Da sich die Forderung nach einer „großen Reform aus einem Guss“ als illusionär erwiesen hat, konvergieren die Chancen auf einen allgemeinen Systemwechsel gegen Null. Vielmehr geht der Trend zu inkrementellen Reformschritten mit der bewussten oder unbewussten Platzierung von „Reformviren“. Dabei lässt sich durchaus eine rote Linie entlang einer Pfadabhängigkeit beobachten. Häufig erfolgt die Gesetzgebung im Dreierschritt Vorschaltgesetz – Reformgesetz – Feinjustierung.

Während der achtziger und neunziger Jahre standen allgemein Regulierungen unter Generalverdacht. Der ehemalige Verfassungsrichter Dieter Grimm konstatierte wachsende Staatsaufgaben bei einer sinkenden Steuerungsfähigkeit des Rechts. Später gerieten dann die Selbstverwaltung und der Korporatismus in die Kritik. Heute scheint die Politik eher von wettbewerblichen Ansätzen enttäuscht zu sein und setzt wieder stärker auf direkten oder indirekten Einfluss der staatlichen Administration. Exemplarisch sei auf die Besetzung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss verwiesen, wo Vertreter der Bundesregierung direkt über die Verwendung von Beitragsmitteln zur Förderung von Innovationen (mit)entscheiden. Generell wächst die Einsicht, dass Regulierung zu jeder Steuerungsform gehört und vom Staat über Selbstverwaltung zum Wettbewerb an Tiefe und Dichte zunimmt. Inhaltlich wandelt sich das Gesundheitsrecht vom klassischen Sozialrecht mit Ausgleich und Verteilung zu einem spezifischen Wirtschaftsverwaltungsrecht mit Bezügen zum Wettbewerbs-, Kartell-, Vergabe-, Datenschutz- und Verbraucherrecht. Dabei steigt die Bedeutung des normativen Grundgerüsts (Ethik, professionelle Standards, Grundrechte) und der sozialen Beziehungen, speziell mittels (digitaler) Kommunikation. Folglich werden neben regulativen Vorgaben und pretialer Lenkung die Ethik der

Professionen und die Kommunikation durch Überzeugung zu zentralen Elementen einer Steuerungsphilosophie, die angesichts der Komplexität auch das (partielle) Scheitern von Steuerungsbemühungen mit einkalkuliert.

### **Der Blick in die Zukunft – Herausforderungen, Probleme, Reformansätze**

Der Blick in die Historie ist kein Selbstzweck, sondern soll die Fähigkeit verbessern, einen Ausblick in die Zukunft zu wagen, der an dieser Stelle nur cursorisch ausfallen kann.

Die wesentlichen Herausforderungen an moderne Gesundheitssysteme sind bekannt. Der sozio-demografische Wandel erfasst nicht nur die allgemeine Bevölkerung, sondern auch die Gesundheitsberufe. Migration schafft und löst möglicherweise einen Teil dieser Probleme. Bei den Gesundheitsberufen sind unter anderem eine Konzentration in den urbanen Ballungsgebieten, eine zunehmende Spezialisierung und eine Feminisierung zu beobachten. Das Krankheitspanorama wandelt sich von Akuterkrankungen zu chronischen Erkrankungen mit degenerativem Verlauf und Multimorbidität. Der medizinische, technische und pharmakologische Fortschritt führt zur Ambulantisierung und Individualisierung der Versorgung. Die Digitalisierung der Kommunikation verändert Berufsbilder und Nutzerverhalten. Die Debatte um ethische und soziale Grenzen des medizinisch Möglichen hält ebenso an wie die Diskussion um eine nachhaltige Finanzierung.

Auch wenn das deutsche Gesundheitswesen internationale Vergleiche nicht zu scheuen braucht, lassen sich viele ungelöste Probleme identifizieren, wie folgende kurze Übersicht ohne Anspruch auf Vollständigkeit zeigt:

- Inkongruenz von Gesundheitszielen, volkswirtschaftlichem Nutzen und betriebswirtschaftlichen Rationalitäten
- Finanzierung und Ressourcenallokation
- Fokus auf Akutversorgung und Arztzentrierung
- Über-, Unter- und Fehlversorgung,
- Varianzen bei Qualität und Outcomes
- Ungleichheiten bei Mortalität und Morbidität
- Sektordenken und Bürokratisierung
- Abrechnungsgesteuerte Versorgung („Ökonomisierung“)

Hieraus lassen sich die Schwerpunkte künftiger Reformschritte destillieren. Die Konvergenz der dualen Versicherungssysteme wird sich beschleunigen. Zur Finanzierung werden neue Finanzquellen herangezogen bzw. bestehende erweitert werden. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind neue Instrumente erforderlich, die auch außerhalb des Gesundheitswesens (Telekommunikation, Mobilität) gefunden werden können. Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen muss neu bestimmt werden. Die Transparenz über Angebote, Prozesse und Ergebnisse muss verbessert werden. Ziel- und Nutzenorientierung müssen konsequent vom Patienten her ausgebaut werden.

Konkret lassen sich hier vor allem zwei Schwerpunkte ausmachen:

- 1) Die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes mit gleichen Rahmenbedingungen für alle Versicherungsträger, der Berücksichtigung der gesamten Leistungsfähigkeit der Beitragszahler auf der Einnahmenseite und der Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Effizienz auf der Ausgabenseite.
- 2) Die Schaffung eines integrierten, patientenorientierten Versorgungssystems zur Überwindung der Sektorengrenzen, insbesondere bei Kapazitätssteuerung, Honorierung und Qualitätssteuerung. Den Kern bilden dabei eine integrierte Bedarfsplanung und die Entwicklung eines Honorarsystems für ärztliche Leistungen, das Multimorbidität besser abbildet, Qualität berücksichtigt und Anreize zu schonender Medizin und gegen Mengenausweitung bietet. Prävention, Rehabilitation und Pflege müssen ebenso aufgewertet werden wie die Anerkennung, Arbeit und Bezahlung der einzelnen Gesundheitsberufe.

### **Fazit – Was lehrt uns das?**

Reformen im Gesundheitswesen lassen keinen Systemwechsel befürchten, sondern initiieren, verstärken oder bremsen langfristige Veränderungen. Sie folgen gesellschaftspolitischen Trends und sind stark abhängig von der Finanz- und Beschäftigungslage. Sie sind stets anfällig gegen interessenpolitisch oder ideologisch motivierte Beeinflussungen. Aber insgesamt erweisen sich die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens als erstaunlich stabil, die einzelnen

Steuerungsinstrumente als erstaunlich flexibel. Daher ist für die Zukunft kein „Big Bang“ zu erwarten, sondern weitere Anpassungsschritte, um die Herausforderungen zu meistern und die Probleme zu lösen.

Am besten lässt sich dies mit einem Zitat umschreiben, das der alte Fürst in Giuseppe di Tomasi Lampedusas Roman „Der Leopard“ als Resümee seines Lebens zieht: „Wenn wir wollen, dass alles so bleibt, wie es ist, dann ist es nötig, dass sich alles verändert.“

### **Hinweise auf weiterführende Literatur**

Butterwegge, Krise und Zukunft des Sozialstaats, 5. Auflage, Wiesbaden 2014

Cassel/Jacobs u.a.(Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014

Ebsen (Hrsg.), Handbuch Gesundheitsrecht, Bern 2015

Ebsen, Krankenversicherungsrecht, in: von Maydell/Ruland/Becker (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 5. Auflage, Baden-Baden 2012, 723 ff

Grimm (Hrsg.), Wachsende Staatsaufgaben – sinkende Steuerungsfähigkeit durch Recht, Baden-Baden 1999

Knieps/Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Kontroversen, Bern 2015

KomPart-Verlag (Hrsg.), Die Reformfibel – Handbuch der Gesundheitsreformen, Berlin 2012

von Maydell (Hrsg.), Probleme sozialpolitischer Gesetzgebung am Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes St. Augustin 1991

Perschke-Hartmann, Die doppelte Reform – Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Opladen 1994

Reiners, Mythen in der Gesundheitspolitik, 2. Auflage, Bern 2011

Reiners, Gesundheitspolitik als Implantation von „Reformviren“, GGW 3/2009,7 ff.

Reiners, Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein Hauch von Sozialgeschichte, WZB-Veröffentlichung, Berlin 1993

Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Bonn 1987

Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, Tübingen 2009

Rosewitz/Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/Main New York 1990

Schmehl/Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, 3 Bände, Tübingen 2005-2007

Schröder/Paquet (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007 - Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden 2007

Wallrabenstein (Hrsg.), Braucht das Gesundheitswesen ein eigenes Regulierungsrecht? , Frankfurt/Main 2012