

gpk
10/2007

Gesellschafts- politische Kommentare

Bonn/Berlin, Oktober 2007
48. Jahrgang, Nr. 10
Einzelpreis: EUR 4,00

Oktober

„*Hidden agenda*“*

Es fehlt an einer ehrlichen und offenen Analyse
unseres Gesundheitswesens

Eike Hovermann

1. Die Gefahr der Deparlamentarisierung am Beispiel der Genese des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes	4
2. Zum Sinn von Anhörungen und zur Rolle von Gutachten	6
3. Das Phänomen der <i>hidden agenda</i>	8
a) <i>Hidden agenda</i> am Beispiel Chipkarte	10
b) <i>Hidden agenda</i> am Beispiel Krankenhausfinanzierung	11
c) <i>Hidden agenda</i> und die Disease Management Programme	16
d) <i>Hidden agenda</i> und der Gemeinsame Bundesausschuss	21
4. Vom Kopf auf die Füße stellen – warum geht das eigentlich nicht? oder: Schmerzhaftes, aber unumgängliches Weichenstellungen	21
5. Summary	24
Autor	20
Impressum	20

* *Hidden agenda* – eine Wort- und Begriffserklärung

Wortklärung: *hidden* = versteckt, heimlich, verborgen

Begriffserklärung: Im politischen Prozess kann es geschehen, dass zwischen dem öffentlich Gesagten und dem politisch Gewollten bzw. Machbaren Differenzen entstehen. Die *hidden agenda* bezeichnet dabei die hinter dem öffentlich Verkündeten versteckte Intention des politisch Handelnden.

Diese *hidden agenda* kann dabei einerseits dazu dienen, bestimmte politische Ziele umzusetzen, die nicht „kommunizierbar“ sind, da sie öffentlich tabuisiert sind bzw. auf enormen Widerstand treffen würden. Diese Ziele werden daher verschwiegen oder gar hinter gegenteiligen Ankündigungen versteckt.

Andererseits ist die *hidden agenda* aber auch hilfreich dafür, bestimmte Probleme zu verheimlichen, die von den politischen Akteuren gar nicht gelöst werden können – zumindest nicht ohne bisherige Erwartungshaltungen der Bevölkerung massiv zu erschüttern. Das versteckte Ziel der Politik besteht in diesem Fall nicht in einem „geheimen Masterplan“, sondern allein darin, über drängende Probleme nicht zu sprechen, sie unter den sprichwörtlichen Teppich zu kehren. Stattdessen wird verkündet, die Lage im Griff zu haben – „die Probleme sind gelöst“, „es geht bergauf“ etc. Als Beispiel sei nur der demografische Wandel genannt, dem die Politik jahrelang mit der mantrahaften Wiederholung „Die Rente ist sicher“ begegnete.

Editorial

I.

Seit Jahrzehnten sieht sich die Politik gezwungen, in regelmäßiger Abfolge Kostendämpfungsgesetze zu erlassen, um unser Gesundheitssystem funktionsfähig zu halten. Jedes Mal wurde damit die Erwartung verbunden, das Ausgabenproblem für einen längeren Zeitraum gelöst zu haben.

Vorhersagen, es handele sich um eine Regelung für den Zeitraum einer ganzen Generation, wurden durch den tatsächlichen Ablauf schnell als kurzlebig widerlegt. Schon nach zwei Jahren war der Kostendämpfungseffekt weitgehend verpufft, und ein neues Kostendämpfungsgesetz tauchte am Horizont auf. Diese Gesetze waren verknüpft mit einer Ausweitung der Bürokratie, Etablierung von Regelungsmechanismen und anderen „Folterinstrumenten“. Die Ausgaben überstiegen regelmäßig und kontinuierlich die zur Verfügung stehenden Einnahmepotenziale. Es begann wiederkehrend aufs Neue die Stellschraubendebatte mit den altbekannten Instrumenten und Denkritualen.

In zunehmendem Maße hat sich diese Art der Kostendämpfungsgesetze tot gelaufen. Ihr Potenzial ist erschöpft, und es ist für die Politik unausweichlich, eine grundlegende Strukturreform des Gesundheitswesens anzustreben. Allerdings blockieren sich derzeit noch die beiden großen politischen Lager gegenseitig, weil sie mit der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie von Grund auf gegensätzliche Ansätze vertreten.

Der „Schwarze Peter“ wird deshalb im Blick auf eine grundsätzliche und langfristige Lösung hin und her gereicht. Aber auch innerhalb des Gesundheitssystems gibt es wechselnde „Schwarze Peter“. Mal sind es die Krankenhäuser mit der stationären, mal die niedergelassenen Ärzte mit der ambulanten Versorgung; mal die Verbände der Krankenkassen oder andere Player des deutschen Gesundheitssystems.

Auch die prinzipielle Frage nach dem Fortbestand der typisch deutschen Selbstverwaltung ist noch nicht endgültig gelöst. Hier geht es um den intermediären Bereich zwischen dem Einzelnen und dem Staat. Seit der Französischen Revolution ist in

vielen Gemeinwesen das Individuum, das heißt, die je einzelne Person, in vielen Lebensbelangen unmittelbar mit dem Staat konfrontiert. Sie ist nicht eingebettet in die subsidiären gesellschaftlichen Institutionen und entbehrt des solidarischen Schutzes dieser vorstaatlichen Gemeinschaften. Diese Gemeinschaften sind zwar staatsbezogen, aber nicht staatseigen.

Der intermediäre Bereich macht wesentlich das aus, was man unter freier Gesellschaft in einem freiheitlich demokratischen Rechts- und Sozialstaat versteht. Allzu leicht wirft man diesen Institutionen und ihren verantwortlichen Personen (Funktionären) mangelnde Professionalität vor. Das führt dazu, dass der Staat diese immer näher an sich heranzieht und sie durch ein Korsett staatlich verordneter Professionalisierung mehr oder weniger zu quasi Staatsbeauftragten macht.

Der Erhalt der vorstaatlichen Institutionen wie z. B. die Kassen- und Ärzteverbände, der Gemeinsame Bundesausschuss und andere Zusammenschlüsse ist für eine funktionierende demokratische Gesellschaft und für die in ihr lebenden Individuen von eminenter Bedeutung. Diese Institutionen vertreten existenzielle Lebensinteressen der Einzelnen, wie es Prof. Johannes Messner herausgearbeitet hat. Die Interessenverbände haben sehr wohl eine Freiheit erhaltende Bedeutung für die in Gesellschaft und Staat lebenden Menschen.

Natürlich bedarf es dazu eines starken Staates – siehe etwa dazu die Ausführungen der Christlichen Soziallehre –, der sich in der Sicherung der existenziellen Lebensinteressen seiner Bürger als Hüter des Gemeinwohls erweist. Er muss den ordnungsstiftenden Rahmen schaffen und durch Gesetze gewährleisten. Dies bleibt nicht ohne Rückwirkung auch auf die Selbstverwaltung. Beide Seiten müssen ständig darum bemüht sein, eine richtige Balance zu finden. Der Staat hat ein Recht zum Eingriff, etwa über eine Ersatzvornahme, wenn es aus seiner Sicht um die Hütung des Gemeinwohls geht. Allerdings hat er hier auch eine Begründungspflicht.

II.

Diese Ausgabe der Gesellschaftspolitischen Kommentare (gpk) ist ein typischer **Eike Hovermann**. Er analysiert und spricht aus, was so mancher, der z.B. nur auf seine Karriere schaut, lieber verborgen, das heißt „hidden“, sein lässt. Sein Ziel ist es, einen gesamtgesellschaftlichen breiten Dialog anzustoßen und diesem Impulse zu geben, damit so etwas wie eine Jahrhundertreform, aber zumindest eine Reform möglich wird, die in ihren Grundstrukturen eine Generation lang hält.

Eine solche Reform muss nicht nur in der öffentlichen Meinung akzeptiert werden, sie muss auch von den Bürgern und den intermediären Vereinigungen angenommen werden. Nur durch eine breite gesellschaftliche und politische Akzeptanz und Verbindlichkeit wirkt sie Ordnung stiftend, erhaltend und weiterführend.

Für dieses Ziel riskiert Eike Hovermann Erhebliches. Er ist bereit, auch höchst Unpopuläres auszusprechen, wenn er z.B. fordert, über Rationierungen im Gesundheitswesen nachzudenken. Seine Gedanken finden Zustimmung über die Parteigrenzen hinaus, weil er das anspricht, was viele denken, aber so nicht aussprechen wollen.

Eike Hovermann wäre sicherlich längst in wichtige Funktionen aufgerückt, wenn man nicht seine Offenheit und seine ungemütlichen Fragen fürchten würde. Manch einer sagt, er solle sich von seiner Partei, der SPD und der solidarischen Verbundenheit mit ihr, nicht zu weit entfernen. Sonst würde er zwischen „die Fronten kommen“, und das könnte auch einmal zu einem „politischen Tod“ führen.

Ihn interessiert das wegen seiner absoluten Sachorientiertheit und Bindung an die Wahrheit sowie die Sorge um unser Gesundheitswesen wenig. Ein „hidden“ ist ihm fremd. Es ist ihm zu wünschen und allen politischen Weggenossen, dass sie ihn nicht nur ertragen, sondern schätzen und ihm helfen, dass der erforderliche offene Dialog um die Gestaltung der Zukunft unseres Gesundheitswesens unbekümmert von „hidden-Überlegungen“ geführt wird. Nur so kann unser nach wie vor in vieler Hinsicht gutes Gesundheitswesen auch im Zeitalter der Globalisierung, des technologischen Fortschritts, der neuen therapeutischen Diagnose- und

Behandlungsmethoden, der hochklassigen deutschen Hilfs-, Heil- und Arzneimittel – um nur einiges zu nennen – sowie ganz zu schweigen von unserer guten ambulanten und stationären Versorgung, erhalten und weiterentwickelt werden.

III.

Es ist aber keineswegs so, dass Eike Hovermann nur eine kritische Analyse unseres Gesundheitswesens vornimmt, sondern auf den Seiten 22 bis 24 dieser gpk-Ausgabe stellt er in 7 Punkten Grundelemente einer notwendigen Reform vor.

IV.

Die Gesellschaftspolitischen Kommentare sind Eike Hovermann dankbar, dass er nicht nur zu unseren Autoren gehört, sondern auch das sagt, was Not tut. Dabei fühlt er sich der Wahrheit verpflichtet, d.h. der Übereinstimmung seines Denkens und seiner Aussagen mit der Wirklichkeit. Im Zeitalter eines uferlosen Popperismus in dem jedwede Wahrheit geleugnet wird, wo man behauptet, alles sei nur hypothetisch, es gelte nur die Methode des „trial and error“ (Versuch und Irrtum). Dabei übersieht man, dass diese vornehmlich in der Naturwissenschaft beheimatete Methode im Kern einen anderen Sinn hat. Die Hypothese ist eine Findungsmethode, um die Wahrheit zu erreichen; wie alle Modelle und Theorien lebt sie von der Wahrheit und soll zu ihr führen, sie aber nicht ersetzen, sondern sie ist schon ein Stück von ihr. Seit Sokrates gilt der Satz der Retorsion: wer die Wahrheit leugnet, will diese Aussage als wahre Aussage ausdrücken. Thomas von Aquin formuliert es lapidar: Wer sagt, es gibt keine Wahrheit, sagt eine Wahrheit, also gibt es Wahrheit.

Eine Wahrheit, in unserem Falle die Mängel unseres Gesundheitswesens und das Unterbreiten von Elementen einer echten Reform, heißt noch nicht, dass diese sich ereignet. Hier gilt der Satz, der im ersten Teil des Johannes-Evangeliums formuliert ist: Die Verwirklichung des Guten ist, die Wahrheit tun. Die gpk-Publikation von Eike Hovermann, seine Hidden agenda, könnte dazu ein Schritt sein.

Leo Schütze

„Hidden agenda“

Es fehlt an einer ehrlichen und offenen Analyse unseres Gesundheitswesens

Eike Hovermann

1. Die Gefahr der Deparlamentarisierung am Beispiel der Genese des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Betrachtet man die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik der letzten zwanzig Jahre, so lässt sich eines nicht mehr bestreiten: Die Zusammenhänge und Verflechtungen werden immer komplexer und undurchschaubarer.

Die Zahl der Spezialisten in Ministerien, Verbänden und auf sonstigen Ebenen, die gerade noch ihren eigenen, kleinen Spezialbereich übersehen, wächst. In den jeweiligen Spezialbereichen ist jeder noch so kleinste Teilbaustein bekannt und wird rechtlich und ökonomisch in jede nur denkbare Richtung abgeklopft. Dabei entstehen immer neue Regulierungswünsche und Regulierungen, um den eigenen Bereich „wasserdicht abzuschotten“.

Gleichzeitig weiß natürlich jeder Spezialist, dass „seine“ gesetzlichen Lösungen Auswirkungen auf viele andere Bereiche etwa des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) aber auch des SGB IX oder XI haben werden.

Diese Auswirkungen werden von den jeweils mit beratenden Ministerien mit ihren Heerscharen von wiederum hoch spezialisierten Beamten (die zum Teil stark parteibezogen ausgesucht und damit politisiert sind) sorgsam unter speziellen ministeriellen Fragestellungen überprüft.

Auf diese Weise entsteht dann langsam ein vorläufiger Gesetzestext, nennen wir ihn im speziellen Fall Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Dieser Gesetzestext geht dann zur vorläufigen Endabstimmung erneut in die Ministerien und das Kabinett und parallel dazu in die Beratungen und Diskussionen des Bundesrates und seiner 16 Bundesländer mit ihren unterschiedlichen, regional geprägten Interessen.

Ist auf diesem Weg ein Konsens entstanden, geht der Gesetzestext allmählich zur Beratung in die verschie-

denen mit beratenden Ausschüsse des Bundestages und die Arbeitsgruppen der Fraktionen sowie den federführenden Ausschuss – in diesem Fall in den Gesundheitsausschuss – und schließlich von dort in das Plenum des Parlaments.

Zur Beratung liegt dann im speziell genannten Gesetzestext ein Paket von rund 600 Seiten vor, das in seinen wesentlichen Punkten nicht mehr aufgeschnürt werden darf – würden doch sonst die vorausgegangenen mühsamen Einigungspakete zwischen den Bundesministerien und den Bundesländern und den ständig tagenden Verhandlungsgruppen der Regierungsfractionen erneut in Frage gestellt. Motto: „Wenn da jetzt noch etwas wieder aufgeschnürt werden soll, dann ist der Konsens hin und alles fängt noch mal von vorne an.“

Der auf der Ebene der Exekutive gefundene Konsens wird so der Legislative überantwortet. Die Legislative hat dann – auch auf Grund fehlender personeller Ressourcen – so gut wie keine Möglichkeit mehr, wirklich eigene strukturelle Vorschläge oder neue Fragestellungen zu entwickeln. Auf diesem Weg findet im Grunde eine schleichende Deparlamentarisierung und Aufhebung von Gewaltenteilung statt.

In diesen Prozess fließen oft lange vor den Sitzungen in den Arbeitsgruppen und den Ausschüssen die Vorschläge von Verbänden und Institutionen ein; hinzu kommt eine wachsende Zahl von Gutachtern auf Bundes- und Landesebene.

Viele Ausschussmitglieder bekommen wichtige Papiere oftmals eher von den Verbänden als vom zuständigen Bundesministerium. Und manche Entscheidungen, die an einem Mittwoch im Ausschuss beraten und beschlossen werden sollen, werden bereits am Montag oder Dienstag zuvor in der Presse als „mit den entscheidenden Playern bereits beschlossen und vereinbart“ verkündet.

Und es gibt nicht wenige, die das Hauptziel der Verhandlungen um das GKV-WSG so umschrieben haben: „Es muss vor allem sichergestellt bleiben, dass

nach Neuwahlen im Jahre 2009 das je eigen gewollte Reformkonzept noch durchsetzbar ist“. Legislatorsche Diskontinuität wird so zum einzig planungssicheren Kriterium für Handelnde und Betroffene.

Auf diesem Weg entstand nicht nur eine Mischung inkompatibler Finanzierungsmodelle, sondern ein an vielen Stellen widersprüchlicher Kompromiss, dessen hochgestecktes Ziel der Wettbewerbsstärkung tatsächlich durch einen bundesweiten Einheitsbeitrag und einen Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen – mit deutlich sichtbarer Tendenz zu einer Einheitskasse mit monopolartigen Nachfragestrukturen – erreicht werden soll.

Dafür wird zusätzlich ein riesiger neuer Regulierungswust aufgebaut. Die entscheidenden Bausteine wie u. a. etwa der Fonds, der noch nicht durchgerechnete morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) und die Ärztevergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab¹ (EBM) sollen erst ab Ende 2008 bzw. Anfang 2009 umgesetzt werden. Doch zu erwarten ist, dass die wirkliche Umsetzung ab diesem Zeitpunkt noch Jahre andauern wird.

Bei näherem Hinsehen basiert das Gesetz zudem auf der Erwartung eines kräftigen Wirtschaftswachstums. Um die anstehenden Kostensteigerungen durch den fortschreitenden demografischen Wandel sowie durch den medizinisch-technischen Fortschritt im Gesundheitswesen auffangen zu können, müsste das Wachstum kontinuierlich mindestens bei 3 bis 3,5 Prozent jährlich liegen.

Was also im gesamten Beratungsprozess um das Gesetz fehlte, war – nicht nur beim Finanzierungskonzept – ein ganzheitlicher Ansatz auf der Basis einer schonungslosen Analyse darüber, warum alle bisherigen Regulierungs- und Neuordnungsgesetze immer wieder nach kurzer Zeit jegliche intendierte Wirkung verloren haben. Verwiesen sei nur auf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – entstanden übrigens in einer Großen Koalition zwischen Rot, Schwarz und Grün –, das schon nach zwei, drei Jahren kaum mehr seine Hauptziele erreichen konnte. Wir erinnern uns:

Eine schrittweise Senkung des Beitragssatzes auf „deutlich unter 14 Prozent“ bis zum ministeriell verlautbarten Satz von 12,15 Prozent Ende 2006, um so einen deutlichen Beitrag zur Senkung der Lohnnebenkosten und zur Kompensation der von Arbeitnehmern allein zu zahlenden Zahnersatzkosten zu leisten, ist keinesfalls eingetreten. Ebenso hat sich die Ankündigung, man könne mit sinkenden Beitrags-

sätzen ein höher werdendes Maß an Leistungen und vor allem an Qualität garantieren, nicht bewahrheitet.

Auf diesem Weg ist zunehmend ein Missverhältnis zwischen dem Verkündeten und der tatsächlichen Versorgungsrealität entstanden. Die Folge: Wachsende Planungsunsicherheit auf allen Ebenen und schwindendes Vertrauen in die Politik.

Die immer wieder verkündeten Zielwerte wie etwa Transparenz, Gerechtigkeit, Abbau von verkrusteten Regulierungen, mehr Planungssicherheit, effektiver Geldeinsatz nach dem Motto: Geld folgt guter Leistung, sind dadurch in das gefährliche Fahrwasser der Beliebigkeit geraten. Eine ernsthafte Diskussion mit Bürgern ist so kaum mehr möglich.

Die relativ einfach zu gewinnende Erkenntnis, dass auf den bekannten Trampelpfaden bisher nichts wirklich Nachhaltiges entstanden ist, hat dennoch nicht davon abhalten können, diese Trampelpfade weiter auszutreten. Und so bleiben in der Diskussion überwiegend die alt bekannten „Überschriften“, auch „politische Lyrik“ oder im Altertum mit „Augurenlächeln“ umschrieben: „Mehr Ethik statt Monetik“², „Mit uns keine Zweiklassenmedizin“, „mehr Solidarität“, „mehr gesunden Wettbewerb“, „mehr Transparenz“ und so fort.

1 Wenn nun seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Zusammenhang mit der Konstruktion eines neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber der Selbstverwaltung der altbekannte Vorwurf der Unprofessionalität wieder lauter wird, dann sei nur an folgende *Essentials* erinnert: Schon die Abrechnung nach Punkten krankte daran, dass die „Soll-Honorierung“ zunehmend von der „Ist-Honorierung“ bis zu einer Spreizung von 40 Prozent abwich, da im Zuge größer werdender Mengen und steigender Fallhäufigkeiten die GKV-Einnahmepotentiale nicht mehr mit den Ausgaben Schritt halten konnten. Nicht zuletzt deshalb, weil sich aufgrund der Grundlohnsammenbindung die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter geöffnet hat. Diese Grundproblematik wird und kann sich auch mit dem Wechsel von einer Punktabrechnung hin zu einem neuen EBM nicht ändern. Die Selbstverwaltung kann mit den von der Politik zur Verfügung gestellten Mechanismen den Verteilungskampf zwischen ambulanten und stationären Begehrlichkeiten nicht sachgerecht lösen. Hätte die Politik – insbesondere das BMG – den EBM selbst zu entwickeln, stünde sie vor den gleichen Problemen wie die Selbstverwaltung.

2 Doch Ethik und Monetik sind in der Gesundheitspolitik nicht voneinander zu trennen. Wie sagte schon Friedrich Schiller 1797 in den *Xenien* über die Wissenschaften: „Einem ist sie die hohe, die himmlische Göttin, dem anderen eine tüchtige Kuh, die ihn mit Butter versorgt.“

2. Zum Sinn von Anhörungen und zur Rolle von Gutachten

An diese über Jahre gewachsenen Denkstrukturen und Denkrituale knüpfen in gewisser Weise auch die vielen Gutachten und parlamentarischen Anhörungen an. Sie beziehen sich in der Regel auf den vorgelegten Gesetzestext, bewerten kaum oder gar nicht die hinter den Gesetzen verborgenen Interessen und Interessenkonflikte. Jeder Gutachter will seine eigene hundertprozentige Lösung liefern, will sich dabei natürlich von seinen auch forschenden Kollegen unterscheiden und muss seinen Auftraggebern im Sog der sogenannten erkenntnisleitenden Interessen „etwas“ liefern.

Es ist kein Wunder, dass Anhörungen und Gutachten mittlerweile durchaus mit Distanz betrachtet werden, die folgendermaßen ablaufen:

Jede Fraktion bestellt sich für die Anhörungen „ihre“ Spezialisten aus den verschiedensten Verbänden und Institutionen und „ihre“ Gutachter, die auf „ihrer“ Wellenlänge liegen, von denen Antworten erwartet werden können, die man sich auch selbst gegeben hätte. Der in der Anhörung zur Diskussion stehende Gesetzesentwurf erhält damit den Segen dieser Spezialisten aus Verbänden, Institutionen und Wissenschaften. Jede Fraktion hat auf diese Weise anschließend „gesiegt“.

Eine wirklich ergebnisoffene Diskussion hat in der Regel nicht stattgefunden. Das zeigt sich auch meist darin, dass der in der Anhörung behandelte Gesetzesentwurf anschließend nur marginal und überwiegend redaktionell verändert wird. Denn: Die vorher konsentierten politischen Vereinbarungen auf Bundes- und Länderebene sowie zwischen den Regierungsfractionen sind ja zu bewahren, sonst müsste alles noch mal aufgeschnürt werden.

Anders: Die Antworten auf die in den Anhörungen gestellten Fragen sind eigentlich schon immer vor der Anhörung zu erwarten und damit bekannt. So entstehen oftmals natürlich Pseudo-Legitimationen. Auftauchende, nicht lösbare Widersprüche werden späteren Überprüfungen überantwortet³. Das Ganze hat viel Geld und Zeit gekostet, und oft sind 60 bis 80 Prozent der Eingeladenen nicht einmal befragt worden.

Innerhalb dieses Kontextes entstehen natürlich auch Gutachten im Auftrag verschiedenster Gruppierungen mit dezidierten Fragestellungen und damit auch Erwartungshaltungen. Spezialisten aus der Jurisprudenz, aus Betriebs- und Volkswirtschaft, Medizin und

Gesundheitsökonomie nehmen Stellung zu Klärungswünschen, etwa der forschenden Arzneimittelhersteller, der Generika-Branche, einzelner Kassen, Gewerkschaften, Unternehmensverbände und noch manch anderer Player.

Jeder der Auftraggeber hat naturgemäß für die Gutachter „sein“ Interesse artikuliert, wenn es etwa um die Frage geht: „Welche Auswirkungen wird das GKV-WSG auf meinen Bereich haben, auf meine Klientel, auf die Versorgungssituation in Bund und Ländern?“ Dabei sollen unter anderem solche sattem bekannten Kriterien berücksichtigt werden wie: Demografischer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt, Entwicklungstendenzen in Rente und Pflege, Interessen von niedergelassenen Fachärzten im Spannungsfeld des Hausärztemodells und der Ausweitung der ambulanten Versorgung an Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Entwicklung der Dualen Finanzierung, Einbezug oder Nichteinbezug der privaten Krankenversicherung (PKV), etc.

Zusätzlich kommen gutachterliche Auslassungen zu speziellen Versorgungsfragen, wenn es um die Zukunft der Versorgung etwa von Diabetes oder Rheuma geht. Jeder Gutachter liefert dann – auf Basis der bekannten Zahlenkolonnen und Einsichten von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und aus den Bereichen Pflege und Rente – „seine“ Ergebnisse aus Sicht „seiner“ Fakultät. Und anschließend hebt dann der Streit der Gutachter an,

³ Interessant sind z.B. bestimmte Auslassungen wie die von Professor Bert Rürup. Rürup, der in der Bewertung des GKV-WSG durchaus deutlich Kritik übte. Im Magazin „Am Puls“ äußerte er im Februar 2007, dass die „ausgabenseitige Maßnahmen der jüngsten Gesundheitsreform, wie z.B. die Arzneimittelpreisverordnung, das Vertragsarztrecht, die neue Honorarordnung, der Ausbau der Integrierten Versorgung (...) durchweg in die richtige Richtung [gehen]“. Abgesehen von der Tatsache, dass wieder sehr undifferenziert über den diskreditierten Begriff „Reform“ geredet wird, bleibt, dass die von ihm genannte „richtige Richtung“ daran krankt, dass alles gewollte erst noch in der Realität greifen muss, dass alles erst frühestens 2009 greifen kann – nämlich aufgrund des erst dann in Kraft tretenden Fonds und anderer finanzwirksamer Entscheidungen und Rahmenbedingungen. Wieder wird so getan, als entstünde aus dem Gesetzeswunsch auch Versorgungswirklichkeit. Derselbe Irrtum wie schon beim GMG. Bei näherem Hinsehen hätte auch schnell deutlich werden können, dass die als richtige Richtung gelobte neue Honorarordnung keine Probleme lösen kann. Auch mit einem neuen Umrechnungssystem kann bei stagnierenden Volumina im ambulanten Bereich nicht mehr verteilt werden als mit der bisherigen Honorierung. Ein fataler Rechenfehler.

wer denn nun wohl die allseits bekannten Zahlen richtig interpretiert habe. Inzwischen werden in diese Ergebnisse zunehmend die Entwicklungen auf Ebene der Europäischen Union (EU) mit ihren Verordnungen, Richtlinien und Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) einbezogen, die weitere unterschiedlichste Interpretationsmöglichkeiten zulassen.

Müheles wird so bewiesen, dass unbedingt mehr Geld in die Diabetes- und Rheumaversorgung gesteckt werden müsse, um gesamtgesellschaftliche Folgekosten zu minimieren und um die Lebensqualität von Patienten zu verbessern („QUALY-Diskussion“), dass „das Medizinisch Notwendige nach Stand der Forschung“ dem Patienten vorenthalten werde, dass mehr Geld für Prävention investiert werden müsse usw. Jedes Gutachten hat dabei auf den ersten Blick in sich geschlossene, nachvollziehbare Argumentationsketten.

Meist fehlt aber:

- Eine ehrliche Addition der Ausgaben, die sich aus den verschiedensten Gutachterempfehlungen ergeben würden.
- Eine ehrliche Diskussion über die zur Verfügung stehenden Einnahmeverolumina in der GKV und über die zu erwartenden Ausgaben. Diese Schere öffnet sich nach wie vor kontinuierlich, zumal der Beitrag ja auch immer noch – unter dem Einfluss der Lohnnebenkostendebatte – gesenkt werden soll.
- Eine ehrliche Diskussion über die Grenzen zusätzlicher Steuermittel.
- Eine ehrliche Diskussion über die Möglichkeiten des Wachstums und damit über die Differenz zwischen Wünschbarem und dem innerhalb der Solidargemeinschaft Bezahlbarem.

Ohne diese offene Diskussion stehen uns in absehbarer Zeit nur wieder erneute Dispute über unterschiedliche Finanzierungsmodelle wie etwa Kopfpauschale versus Bürgerversicherung⁴ ins Haus.

Die Vermittlung schmerzhafter Wahrheiten über unsere zukünftige Gesundheitspolitik – bei der Rente war es möglich – müsste zur eigentlichen Aufgabe von Politik werden, wenn wir das Vertrauen derzeitiger und zukünftiger Generationen wiederbekommen wollen. Die Lösung wird nur aus einer Neujustierung heraus entstehen können, aus einem neuen ganzheitlichen Ansatz, der sich löst vom Weiterdrehen der seit Jahren bekannten Stellschrauben, Regulierungs-

instrumente und Gesetze, die uns in immer schnellerer Abfolge ereilen.

Solange dies nicht geschieht, werden die Entwicklung von Gesetzen, die Anhörungen und die Gutachten sich überwiegend weiter in einem geschlossenen, durch vergangene Entscheidungen geprägten Kreis bewegen, der den politischen Handlungsspielraum von Politik immer mehr einengt. Freilich: Die Player haben sich in diesem Labyrinth gut eingerichtet, kennen jedes Schlupfloch und jeden Trick. Sie sind alle Meister im Entwickeln von Umgehungstechniken. Diese Fähigkeiten sind so entwickelt, dass meist schon vor Inkrafttreten eines Gesetzes das Unterlaufen desselben vollzogen wird.

4 Zu dieser Diskussion sei nur Folgendes angemerkt: Im Zusammenhang mit verschiedenen Finanzierungsmodellen wurde in jüngster Vergangenheit immer wieder der Begriff der Solidarität gebraucht. So hieß es vielerorts, mit dem Einbezug der PKV in die GKV seien alle Probleme der GKV gelöst, da man die langfristige Finanzierungsgrundlage sichere, zugleich die Solidarität stärke und die „Zweiklassenmedizin“ abschaffe.

Jedoch: Eine realistische Diskussion um Solidarität und Finanzreformen innerhalb der GKV sollte sich nicht allein auf die der GKV zur Verfügung stehenden Beitragsgelder – ca. 145 Milliarden Euro pro Jahr – beziehen, sondern darüber hinaus auch auf all das, was alle Bürger, unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in GKV oder PKV, in die Versorgungsstrukturen der GKV einzahlen. Eine kleine Auswahl:

(1) Zum einen handelt es sich dabei um Steuergelder (bis 2015 werden es wohl insgesamt 80 Milliarden Euro sein, ab 2016 14 Milliarden jährlich). Hier ist insbesondere daran zu erinnern, dass das sog. Tafelsilber ab 1961 bis heute – genannt seien pars pro toto: VW, Veba, Lufthansa, Salzgitter, Telekom, Post, Tank und Rast – mittlerweile verkauft ist und anteilig auch in die Gesundheitsstrukturen geflossen ist – unmittelbar und mittelbar. Weitere Finanzspritzen dieses Umfangs sind nicht mehr zu erwarten.

(2) Darüber hinaus fließen jährlich seit der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe große Summen aus den Finanzbudgets von Kommunen und Kreisen in die Bezahlung von Arztrechnungen.

(3) Jahr für Jahr werden noch hohe Milliarden-Summen aus öffentlichen Kassen von Städten, Gemeinden und Zweckverbänden als Ausgleichszahlungen für Betriebsverluste in öffentlichen Krankenhäusern gezahlt. Die privaten Krankenhausträger klagen auf EU-Ebene gegen diese Subventionen. Alle kundigen Thebaner gehen davon aus, dass diese Zahlungen gegen 2009 wegfallen müssen.

(4) Zusätzlich hat das „Wegbrechen“ der Dualen Finanzierung im Krankenhausbereich z.B. in Nordrhein-Westfalen dafür gesorgt, dass die Sätze, die von jeder Kommune für die Krankenhausumlage zu zahlen sind, drastisch gestiegen sind.

Fazit: Wer über Solidarität spricht, sollte immer auch die gesamten Finanzströme im Gesundheitswesen betrachten. Dann ließe sich viel emotionsfreier und ehrlicher über Finanzreformen diskutieren. Bisher sind wir jedoch leider viel zu oft in Schein-Solidaritätsdiskussionen verfangen.

3. Das Phänomen der *hidden agenda*

In die Diskussion über neue Perspektiven in der Gesundheitspolitik hat sich in den vergangenen Monaten zunehmend der Begriff *hidden agenda* eingeschlichen.

Hergeleitet worden ist dieser Begriff aus der pädagogischen Diskussion der 60er Jahre, die sich mit den *hidden curricula*, mit den heimlichen Lehrplänen in Schulen beschäftigte. In damaligen Diskussionen wurde thematisiert, dass Schule einen Doppelcharakter habe – einerseits auf Emanzipation und Aufklärung ausgerichtet, andererseits aber auch darauf, Schüler zur Anpassung an bestimmte Normen zu erziehen und damit zur Stabilisierung bestehender Strukturen und Leistungserwartungen durch Einüben von Denkritikalen mit den dazu gehörigen Methoden und Regeln.

Mit anderen Worten: Man hatte erkannt, dass das öffentlich Verkündete in vielfacher Weise nicht mit dem übereinstimmte, was im pädagogischen Alltag tatsächlich geschah, was an nicht aufgedeckten Interessen in die Erziehung mit einfluss. Man hatte darüber hinaus auch erkannt, dass oftmals die eigentlichen Interessen verschleiert wurden, weil man bei deren Offenlegung mit hemmendem Krach rechnen musste.

Auch aus dem politischen Prozess kennt man das Phänomen, dass zwischen dem öffentlich Verkündeten und dem politisch Gewollten bzw. politisch Machbaren bei genauerem Hinsehen deutliche Diskrepanzen auftreten, bzw. dass anscheinend hinter der öffentlichen Diskussion eine *hidden agenda* verfolgt wird.

Doch wozu dient diese *hidden agenda* im politischen Prozess? Sie kann zum einen dazu dienen, bestimmte politische Ziele zu realisieren, die nicht „kommunizierbar“ sind, da sie öffentlich tabuisiert sind bzw. auf enormen Widerstand treffen würden. Diese Ziele werden daher verschwiegen oder gar hinter gegenteiligen Ankündigungen versteckt.

Zum zweiten kann die *hidden agenda* aber auch darin bestehen, bestimmte Probleme zu verheimlichen, die von den politischen Akteuren gar nicht gelöst werden können – zumindest nicht ohne bisherige Erwartungshaltungen der Bevölkerung massiv zu erschüttern. Das versteckte Ziel der Politik besteht in diesem Fall nicht in einem „geheimen Masterplan“, sondern allein darin, über drängende Probleme nicht zu sprechen, sie unter den sprichwörtlichen „Teppich zu kehren“. Stattdessen wird verkündet, die Lage im Griff zu ha-

ben – „die Probleme sind gelöst“, „es geht bergauf“ etc. Als Beispiel sei nur der demografische Wandel genannt, dem die Politik jahrelang mit der mantrahafte Wiederholung „Die Rente ist sicher“ begegnete.

Für diese beiden Modelle der *hidden agenda* finden sich auf Bundes- wie auf Landesebene insbesondere in den Politikbereichen Gesundheit, Rente und Pflege unzählige Beispiele, die immer dem gleichen Muster folgen:

Man verkündet für diese Segmente bestimmte Vorstellungen öffentlich und laut mit großer Emphase und vielen gut klingenden Abstrakta. Darunter transportiert man Ziele, die man nicht klar benennt – aus koalitionsgründen, aus Gründen anderer Opportunitäten oder aus Angst. Man verkündet also Ziele, um damit Erwartungshaltungen und Hoffnungen zu erwecken – von denen man allerdings z.B. in der Gesundheitspolitik schon seit mindestens zwei bis drei Jahrzehnten weiß, dass man sie nicht so umfangreich befriedigen kann, wie sie allgemein verstanden werden, etwa: „Alles medizinisch Notwendige nach Stand der Forschung ohne Verschuldung bei den Kassen und mit sinkenden Beitragssätzen.“

Als Folge dieser *hidden agenda* entstehen unsaubere, bewusst vage gehaltene Zielprojektionen auf hoher Abstraktionsebene. Daraus ergeben sich zwangsläufig Dauerreparaturen im bestehenden System ohne jeden ganzheitlichen Neuanfang, weil sich offen Gesagtes und verborgen Gewolltes – *hidden agenda* – zu einem undurchschaubaren Knäuel verheddern, das niemand mehr durchschaut, in dem man sich folglich auch gut verstecken kann. Denn dieses Knäuel lässt zu jeder Zeit jede Interpretation zu. Wie z.B. die, dass es nur am Widerstand der Verbände bzw. der Selbstverwaltung liege, dass sich die hehren Ziele der letzten „Jahrhundertreformen“ nicht realisieren lassen.

Dieses Phänomen der *hidden agenda* lässt sich am Beispiel des GKV-WSG verdeutlichen. Im GKV-WSG ist der Begriff „Wettbewerb“ inhaltlich an keiner Stelle eindeutig definiert. Vermutlich sollte das auch gar nicht geschehen. Der Vorteil: Der Slogan „Mehr Wettbewerb“ bietet eine einfache positive Botschaft. Was sich genau dahinter verbirgt, kann sich jeder selbst aussuchen.

„Hidden“ bleibt dabei aber z.B., dass jede der verhandelnden Parteien fest davon überzeugt ist und bleibt, dass dieser Wettbewerb nur mit dem je eigenen Finanzierungsmodell umsetzbar ist.

„Hidden“ bleibt (bei oberflächlicher Betrachtung) auch, dass der im Gesetz vorgesehene Fonds den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eher schwächen als fördern wird. So äußerte sich Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz von der Medizinischen Hochschule Hannover am 24. Mai 2007 auf einem Gesundheitsfrühstück der Deutschen Gesellschaft für Gesundheit (DEUGE) in Berlin folgendermaßen: „Durch die Schaffung eines zentralen Finanzierungsfonds und durch die Gründung eines neuen Spitzenverbandes Bund, der rund 70 Prozent aller Verträge mit einer Ausgabenbindung von 90 Prozent abschließen wird, verlieren die selbstverwalteten Körperschaften ihre finanzielle Gestaltungsmacht sowohl auf der Finanzierungsseite als auch auf der Ausgabe-seite; in der Zukunft wird dadurch die Entstehung einer einheitlichen Krankenversicherung wahrscheinlicher.“ Sein Fazit: „(...) von wettbewerbsorientierten Reformschritten kommt es zu einem durch den Staat stärker *top-down* kontrollierten System.“

Öffentlich wird zudem verkündet, mit dem GKV-WSG gebe es keinen Ausschluss von Leistungen. Doch selbst in öffentlichen Beiträgen von Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder – etwa auf dem 2. Berliner Roche-Forum im Juni 2007 – tauchen bisweilen folgende Erkenntnisse auf: „Wir dürfen nicht die Erwartung wecken, in der gesetzlichen Krankenversicherung gebe es für alle alles.“ Er thematisierte auf dem Forum zu Recht den „staatlichen Interventionismus“, nur um dann kurz darauf hinzuzufügen, dass das GKV-WSG hier positiv wirken könne – obwohl doch gerade dieses Gesetz einen neuen Höhepunkt staatlichen Dauerinterventionismus darstellt.

Das Hauptmerkmal der *hidden agenda* in der Gesundheitspolitik ist, dass verschwiegen bzw. nicht offen darüber gesprochen wird, für die drängenden Probleme keine wirklich nachhaltigen Lösungen parat zu haben. Denn offensichtlich ist doch: Weder das eine noch das andere parteipolitisch präferierte Finanzierungsmodell kann das Gesundheitswesen angesichts der drohenden Kostensteigerung bei gleichzeitigem Mittelentzug durch demografischen Wandel, medizinisch-technischen Fortschritt und in der Tendenz sinkender sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung nachhaltig reformieren⁵.

Im Bereich der Rente ist die Politik durch die Einführung der Riester-Rente schon ein gutes Stück weiter gekommen. In der Gesundheitspolitik ist man momentan noch nicht mutig genug, um ähnliche Schritte eines wirklich nachhaltigen Umbaus zu gehen. Das

liegt vor allem daran, dass es unheimlich schwerfällt, mit einer jahrzehntlang tradierten und von der Politik „gehätschelten“ öffentlichen Erwartungshaltung, jede Leistung könne vom Staat finanziert werden, zu brechen. Wie wollte man denn dann noch eine Wahl gewinnen.

Gleichwohl spitzt sich die Diskussion innerhalb der Führungsebene der Regierungskoalition mehr und mehr auf die Erkenntnis und den Wunsch zu, nach der nächsten Wahl in einer anderen Koalition die anstehenden Probleme besser lösen zu können.

Alle inhaltlichen und organisatorischen Aufgabenbeschreibungen werden zunehmend auf die beste Positionierung für die nächste Wahl ausgerichtet – so als ob Entwicklungen wie der demografische Wandel oder die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen per se durch eine kleine Koalition oder gar durch eine Dreierkoalition lösbar seien.

Diese schleichend vorangetriebene Auflösung einer Großen Koalition mit satten Mehrheiten wird bei einem „Weiter so!“ den letztlich betroffenen Bürgern keinen Nutzen bringen können. Die oberen Führungsebenen werden damit ihrer Pflichtaufgabe der *Good Governance* nicht gerecht, sie scheinen überfordert.

Hinzu kommt tragischerweise, dass alle nachgeordneten Ebenen überwiegend den Parolen „von oben“ folgen, aus welcherlei Motivation auch immer (Nachfolgekämpfe? Sichere Listenplätze?).

So entstehen nur noch Parolen und eben *hidden agenda*. Es gibt nicht wenige, die in diesem Zusammenhang von gezielten Desinformationskampagnen sprechen.

5 Natürlich gibt es auch in der aktuellen Gesundheitspolitik zahlreiche Fälle, in denen bestimmte Ziele zu realisieren versucht werden, ohne diese öffentlich zu diskutieren. Hierzu ein kurzes Beispiel: Im Zuge der Umsetzung der §§ 73 b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung), 73 c (Fachärztliche Versorgung), 116 a, b (Teilöffnung der Krankenhäuser), 137 e (DMP-Versorgung), 140 a ff. (Integrierte Versorgung) ist ein Trend zu beobachten, der in der Tendenz bedeuten könnte: „Weg mit der doppelten Facharztschiene und Fokussierung auf hausärztliche und krankenhausbezogene Versorgungsschienen.“ Dr. Köhler von der KBV hat dies auf einer Tagung von *Zeno* am 18.6.2007 als *hidden agenda* des BMG bezeichnet.

a) *Hidden agenda* am Beispiel Chipkarte

Die elektronische Gesundheitskarte, auch Chipkarte genannt, gilt als Prestige-Projekt des Bundesgesundheitsministeriums. Mit der Einführung dieser Chipkarte sind eine ganze Reihe öffentlich vorgetragener Versprechen verbunden, die da lauten:

- Abbau von Verwaltungskosten durch das elektronische Rezept.
- Vermeidung von gesundheitsschädlichen Wechselwirkungen infolge mehrfacher Arzneimittelverschreibungen bei unterschiedlichen Ärzten.
- Vermeidung des wachsenden Kartenmissbrauchs zu Lasten der GKV-Finzen.
- Sicherere Notfallversorgung.
- Durchbruch hin zur Integrierten Versorgung entsprechend § 140 SGB V und damit Überwindung der oft qualitätshemmenden und kostentreibenden Sektorenversorgung u. a. mehr.

Bekannt waren aber bereits damals schon folgende Sachverhalte, die allerdings nicht offen und ehrlich diskutiert wurden – und somit zur *hidden agenda* gehörten:

Es muss den handelnden Akteuren bereits lange Zeit klar gewesen sein, dass der Termin für die flächendeckende Einführung der Chipkarte – angedacht war das Jahr 2006 – nicht einhaltbar war. Hier hätte eine sorgsame Lektüre des bereits 2001 erstellten Debold-Lux-Gutachtens genügt.

Darüber hinaus wurde öffentlich nicht darüber gesprochen, dass die Chipkarte allein nur einen relativ geringen Nutzen für alle Beteiligten hat. Denn: Der Erfolg der Chipkarte hängt maßgeblich von der Einführung der Elektronischen Patientenakte (EPA) ab. Erst in der Verschmelzung von Chipkarte und EPA kann therapeutischer und finanzieller Benefit entstehen – sprich: nur dann rechnet sich die Investition. Und: Erst durch die Verschmelzung von Chipkarte und EPA ist konzeptionell eine echte Integrierte Versorgung möglich.

Aus den Erfahrungen in den Testregionen wird immer deutlicher, dass der flächendeckende Einsatz der EPA erst in acht bis zehn Jahren möglich ist.

Inzwischen wächst der Widerstand der Ärzte gegen die Einführung der Chipkarte, zumal bei den ambulanten Ärzten auch die Finanzierung der Investitionen anders angedacht ist als im stationären Bereich. Damit wächst *eo ipso* der Widerstand gegen die Ein-

führung der EPA. An dieser Stelle sei erneut – wie schon vor Jahren – auf die wachsende Gefahr von „Insellösungen“ hingewiesen.

Hinter diesen Widerständen gegen die Chipkarte und die EPA artikuliert sich „hidden“ vielfach auch noch durch das Interesse von Bundesländern, die Aufstellungsorte für die Lösungen in das eigene Land zu holen. Natürlich geht es da um Einflussnahmen auf Investitionen in der Forschung, auf Arbeitsplätze und natürlich Standorte. Der Patient, um den es eigentlich gehen sollte, erfährt hiervon fast nichts, oder er wird durch die Komplexität (bewusst) erschlagen, oder ihn interessiert es nicht, weil der „Staat“ es schon richten wird.

Dazu kommt der „psychologische Krieg“ um die Vermeidung des gläsernen Patienten, hinter dem sich auch und nicht zuletzt das Interesse an der Vermeidung des „gläsernen Arztes“ verbirgt.

Darüber hinaus wird die Lage durch die zum Teil absurden Forderungen der Datenschutzbeauftragten erschwert, die „einhundertprozentige Sicherheit“ vom neuen System verlangen, sowie die absolute Datenhoheit des Patienten über seine Daten.

Zu diesen auch medizinisch wirklichkeitsfremden Forderungen bleibt an folgendes zu erinnern: Das gegenwärtige Datensystem ist löcherig wie ein Schweizer Käse.

Wer vom neuen System einhundert Prozent Sicherheit verlangt, will in Unkenntnis der medizinischen Versorgungsabläufe und Versorgungsnotwendigkeiten unter dem Deckmantel von Datenhoheit einen sinnvollen Einsatz von Informationstechnologie torpedieren, ohne eine realistische Alternative auch nur ansatzweise parat zu haben.

Wer auf diesem Wege blockiert, verhindert auch die Integrierte Versorgung und damit eine sinnvolle Implementierung des technischen Fortschritts in der Gesundheitsversorgung.

Denn: Wenn der Patient in eigener Datenhoheit die Dokumentation wichtiger Daten auf seiner Karte und in der zukünftigen EPA verhindern kann, dann werden millionenfach gebrochene Behandlungskarrieren die Folge sein. Der jeweils behandelnde und alle weiterbehandelnden Ärzte in beiden Sektoren werden damit nicht mehr sicher auf die notwendigen Informationen für eine schnelle, erste umfassende und ganzheitliche Diagnose zugreifen können. Jeder Arzt muss dann eigentlich wieder fast bei Null anfangen. Dadurch wird

weder die Qualität erhöht, noch werden Kosten gesenkt.

Auf diesem Weg geraten die notwendigen Investitionen und der daraus zu erwartende, eigentlich mögliche Nutzen in ein Missverhältnis. Das kann nur geradezu in ein Desaster führen und damit zu teuren aber unfruchtbaren Datenfriedhöfen. Dies um so mehr, wenn das (vom Datenschützer als Erfolg bezeichnete) Resultat bleibt, was in der Bundestagsdrucksache 15/5252 so umschrieben ist: „Auf Grund der vom Datenschutzbeauftragten hiergegen geübten Kritik hat der Deutsche Bundestag klargestellt, (...) dass eine sektorübergreifende Zusammenführung von Abrechnungs- und Leistungsdaten unzulässig bleibt.“

Dennoch, im solidarischen GKV-System sollte jeder Patient die Pflicht haben, zusammen mit seinen behandelnden Ärzten möglichst akribisch an der Aussagekraft seiner Chip-Karte und der EPA mitzuarbeiten, zu deren Daten natürlich nur er im Zusammenwirken mit behandelnden Ärzten Zugang hat. Nur so entsteht Nutzen für alle Beteiligten in der Gesundheitsversorgung.

Nur so ist übrigens auch der § 1 SGB V mit Leben zu füllen, wo so Schönes und Eindeutiges über die Aufgaben und Pflichten von Kassen und Patienten geschrieben steht⁶. Alles andere sind und bleiben bloße Überschriften-Diskussionen, die weiterhin nur das Volumen der *hidden agenda* vergrößern.

b) Hidden agenda am Beispiel Krankenhausfinanzierung

Nach Meinung der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene muss eine flächendeckende Versorgung⁷ mit stationären Strukturen gewährleistet sein und bleiben. Für einen besseren Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser untereinander sei, so heißt es seitens des Gesetzgebers weiter, zudem mit den Fallpauschalen (Diagnostic Related Groups/DRGs) ein hinreichendes Instrument geschaffen worden. Und die Duale Finanzierung mit dem Letztentscheid der Länder für die Krankenhausplanung garantiere, dass es nicht zu Versorgungsengpässen oder zum Verlust der Trägervielfalt in der Region komme.

Entsprechend formuliert auch das Bundeskartellamt in seinen Überlegungen zum Thema Fusionskontrolle bei Krankenhäusern, dass es mit seiner Tätigkeit Monopolbildungen (insbesondere durch private Träger) verhindern wolle. Nur so könne nämlich Quali-

täts- und Investitionswettbewerb, Patientensouveränität und Trägervielfalt erhalten bzw. erreichbar bleiben.

Ein Haupthindernis für eine echte Sachdiskussion ist hierbei die undifferenzierte Nutzung des Begriffes „die Krankenhäuser“, für die man in toto das Erreichen o. g. Ziele sichern will.

In diesem Zusammenhang sollte nur an Folgendes erinnert werden: Die kommunalen Stadt- und Kreiskrankenhäuser können von ihren Trägern, die in der Regel hoch verschuldet sind und meist nicht mehr eigenverantwortliche Handlungsmöglichkeiten im Vermögenshaushalt haben, keine finanziellen Hilfen mehr erwarten. Die Gemeinden, Städte und Kreise werden oft noch durch eine höhere Krankenhausumlage belastet.

Die Situation der kirchlichen Häuser ist fast deckungsgleich. Wie bei den kommunalen Häusern prägen daher momentan Fusionen unter Beibehalt von Standorten, Fusionen unter Wegfall von Standorten und Schließungen das Tagesgeschäft. Vielfach begleitet von lähmenden Diskussionen mit den Standortkommunen und von Demonstrationen – insbesondere vor Kommunal- oder Landtagswahlen.

Hinzu kommt: Die Duale Finanzierung über die Bundesländer bricht im Hinblick auf das, was investiert werden müsste, zum Beispiel in Richtung Qualität, Transparenz, Vergleichbarkeit von Leistungen und sinnvoller Geldeinsatz Schritt für Schritt komplett weg. Diskutiert wird mittlerweile ein Investitionsstau von rund 25 bis 50 Milliarden Euro. Klar scheint derzeit aber auch zu sein, dass der Bund für die Bundesländer den Investitionsstau – d. h. die Investitionsvolumina – finanziell nicht schultern will bzw. kann, frei nach dem Motto: Der Bund sieht keinen Anlass, für die Versäumnisse der Länder aufzukommen.

Ein trügerisch eingängiges Motto – wenn es denn allein Versäumnisse der Länder wären. Tatsächlich aber sind die Länder-Versäumnisse im Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kassen, Kassenärztlichen

6 So heißt es in § 1 SGB V: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankheitsbehandlungen und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

7 Gemeint sein müsste: eine zum Wohl der Patienten flächendeckende Versorgung mit höchstmöglicher Qualität.

Vereinigungen (KVen) und Krankenhausgesellschaften in den vergangenen Jahrzehnten gemeinsam gestrickt worden. Oft mit der gemeinsamen vagen Hoffnung, das Wachstum setze schon bald wieder nachhaltig ein, dann könne man auch die erkennbaren Fehlentwicklungen weiter bezahlen.

Auf den zweiten Blick ist die Weigerung des Bundes, das Problem der Dualen Finanzierung endlich anzupacken, völlig perspektivlos, da sie dazu beiträgt, dass stationäre Versorgung im Grunde Zug um Zug schlechter wird. Interessant in diesem Spannungsfeld zwischen Bund und Ländern ist auch die „Mindestmehrgendiskussion“ entlang des §137 SGB V, den die Sozialrichterin Ruth Schimmelpfeng-Schütte gar für verfassungswidrig hält, weil damit in die Planungs- und Sicherstellungsrechte der Bundesländer eingegriffen werde.

Das mag juristisch zunächst ebenso plausibel klingen wie die Aussage von Dr. Regina Klakow-Franck von der Bundesärztekammer im Juni 2006: „Konzentrationsprozesse in der stationären Versorgung nutzen den Kostenträgern, nicht den Patienten (...), eine strenge Kostenrelation zwischen erbrachter Leistungsmenge und Leistungsqualität ist wissenschaftlich nicht nachweisbar.“

Doch viele dieser Fehlentwicklungen, wie zum Beispiel die kleineren „Bürgermeister- und Landratskrankenhäuser“, Häuser mit oft noch unter 200 Betten, sind in Bezug z.B. auf Mindestmengen und damit zusammenhängender Qualität und in Bezug auf DRG-Fähigkeit eigentlich schon lange nicht mehr zukunftsfähig. Immer noch fließen aber in solche Krankenhäuser immens hohe Geldsummen der Beitragszahler, ohne dass dort Geld wirklicher Leistung zum Beispiel „nach dem Stand der Forschung“ folgt.

Gleichwohl hängen viele dieser Krankenhäuser am Überlebens-Tropf der Dualen Finanzierung – zu Lasten letztlich auch einer qualitätsvollen Versorgung. Die Duale Finanzierung der Länder sichert damit das Gegenteil des eigentlich Gewollten und öffentlich Propagierten. Auch Umstellungen in der NRW-Krankenhausfinanzierung von der Einzelförderung zu Pauschalzuweisungen vernebeln unter anderem, dass die dringend benötigten Finanzmittel für 2007 mit einem Investitionsstopp versehen worden sind.

Die von NRW-Gesundheitsminister Laumann avisierten 100 Millionen Euro für 2007 für Einzelförderungen reichen in keiner Weise, um auch nur annähernd den bestehenden Investitionsstau in NRW-Krankenhäusern zu beseitigen, der etwa in der Größenordnung

von 14 bis 15 Milliarden Euro liegt. Mittel- oder gar langfristige Planungssicherheit ist damit nicht erreicht. Es bleibt wie bisher bei einer völlig unzureichenden Mittelausstattung. Die Duale Finanzierung wird auch durch diese Umstellungstricks nicht besser.

Die verschämte *hidden agenda* aller Bundesländer – egal von wem regiert – heißt nämlich: „Wir wollen entscheiden, auch wenn wir kein Geld haben, selbst wenn es zu Lasten der Qualität geht.“ Denn wichtig ist doch vor allem eins: „Es soll alles hübsch in der Nähe bleiben.“ Welcher Bürgermeister macht da nicht mit?

Als ein bislang nur relativ heimlich diskutiertes Minenfeld für die Gesamtfinanzierung über Fonds sind zudem noch die Landesbasisfallwerte (LBFW) für die Krankenhäuser zu nennen, die zwischen 2.664,– Euro in Mecklenburg-Vorpommern und 2.956,53 Euro in Rheinland-Pfalz schwanken. Auch an dieser Differenz wird sich das ab 2009 einsetzende Finanzierungsmodell des GKV-WSG „aufhängen“, da es sich in den unterschiedlichen Interessen der Bundesländer verfangen wird.

Ähnliches ist bei der Entwicklung der Heime zu erwarten, wo durch 16 einzeln auszugestaltende Länder-Heimgesetze Transparenz und Qualität erreicht werden soll. Dass dies die Entwicklung der stationären Versorgung je Bundesland beeinflussen wird, steht außer Frage⁸.

8 Gleiches gilt auch für den Bereich „Kompetenzverteilung im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich“. In einem Brief vom 13. Juni 2007 schreibt hierzu Staatssekretär Dr. Schröder im Zuge der Föderalismusreform an seinen Kollegen im Bundesinnenministerium: „Im Medizinproduktebereich bestehen zahlreiche Zuständigkeiten auf Länder- und Bundesebene. Dadurch ist eine bundeseinheitliche Auslegung des Medizinprodukterechtes erschwert bzw. teilweise nicht möglich. (...) die Landesbehörden entscheiden (...) abschließend selbst und häufig abweichend vom Gutachten des BfArM. Ferner erfolgen die Einstufungen von Land zu Land unterschiedlich.“ Weiter heißt es zum Themenfeld Arzneimittel, Blut und Gewebe: „Die Länder sind zuständig für die Überwachung, der Bund für die Erteilung der Marktzugangsberechtigung von Arzneimitteln (Zulassung) und der Genehmigung der Durchführung von klinischen Prüfungen (...), auf Landesebene bestehen derzeit ca. 40 Behörden, die für die Überwachung von Arzneimitteln örtlich zuständig sind (...) der Vollzug ist daher uneinheitlich und findet nach unterschiedlichen Maßstäben statt (...) In Bereichen, in denen aus Gründen des Gesundheitsschutzes ein schnelles und einheitliches Vorgehen unerlässlich oder eine besondere Sachkompetenz erforderlich ist, würde eine Zentralisierung der betreffenden Aufgaben die Effektivität des Verwaltungshandelns erhöhen, Synergieeffekte schaffen und Personal sparen.“ Eine Kommentierung dieses Briefes ist im Grunde unnötig.

Die privaten Krankenhausträger sind im Vergleich zu ihren kommunalen und kirchlichen Mitwettbewerbern in ihren Finanzierungsmöglichkeiten natürlich flexibler und unabhängiger. Insofern gehen oben genannte Zielformulierungen, etwa des Bundeskartellamtes, völlig an den Versorgungswirklichkeiten vorbei. Es gibt eben nicht „die“ Krankenhäuser, deren Wettbewerbschancen in toto erhalten bleiben müssen und auch, um Gottes Willen, nicht erhalten bleiben sollten.

Die Übernahme solcher Häuser durch private Träger sollte nicht von vornherein diffamiert werden und durch das realitätsferne Wirken des Bundeskartellamtes a priori mit oben genannten Zielangaben untersagt bleiben. Sonst überrollt die normative Kraft des Faktischen die politischen Gestaltungskräfte, die wir ja durchaus hätten. Hier sei vor allem an die Umstellung auf Monistik⁹ oder an verbindliche Vorgaben über die Anzahl von Betten unter Berücksichtigung des Spannungsfeldes Ballungsräume versus ländliche Regionen verwiesen.

Und zu guter Letzt entstehen weiterhin enorme zusätzliche Kosten im stationären Bereich durch die Scherenbildung zwischen Beitragseinnahmen via Grundlohnsumme und ansteigende Kosten – erwähnt seien hier nur die steigenden Fallzahlen, die Mehrwertsteuererhöhung, die steigenden Energiekosten, künftige Tarifabschlüsse, die Folgen des EU-Arbeitszeiturteils und zuletzt das GKV-WSG-„Sonderopfer“ in Höhe von 280 Millionen Euro in 2007 und 380 Millionen im Jahr 2008.

Letztendlich wird sich diese Belastung in einer Reduzierung des Ärzte- und Pflegepersonals niederschlagen müssen – mit den entsprechend größer werdenden Belastungen („Minutenmedizin“) und eo ipso geringer werdender Qualität im Entlassbereich.

Die Folge ist u. a., dass in mehr als einem Viertel aller Krankenhäuser Stellen nicht besetzt sind. 42 Prozent derer, die ein Medizinstudium begonnen haben, starten keine Facharztausbildung mehr. In hohem Maße dafür verantwortlich ist auch die absinkende Qualität in der Weiterbildung, da junge Ärztinnen und Ärzte vom ersten Tag ihrer Weiterbildung an in die Krankenversorgung eingebunden sind. Die Professoren Van Aken, Hiddemann und Steinau äußern dazu in der SZ vom 16. Mai 2007: „Weiterbildung gilt als Nebenprodukt der Arbeit. Zeit für strukturierte Lehre und strukturiertes Lernen ist bisher nicht vorgesehen (...) und im Alltag entsteht ein bürokratischer Rattenschwanz: Kodierung, Überprüfung, Rechnungsstellung, Ablehnung, Einspruch, neue Begründung, Vorlage beim

MDK und schließlich gerichtliche Klärung. Selbst Monate nach einer zugesagten Kostenerstattung kann ein Krankenkassenrevisor den Fall neu aufrollen (...). (...) wenn in 2009/2010 die sogenannte Scharfstellung des Systems einsetzt, dass die Existenz von etwa 20 Prozent aller Krankenhäuser bedroht, ist mit einer Verstärkung der jetzt schon bestehenden Mängel zu rechnen.“¹⁰

All diese schon lang absehbaren Entwicklungen führen derzeit auch dazu, dass die Verzahnung von ambulant und stationär¹¹ etwa durch Umsetzung einer Integrierten Versorgung (IV) im Rahmen des § 140 SGB V scheitern wird, weil die Spannungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Be-

9 Zur monistischen Finanzierung siehe das Sachverständigen-Gutachten 2007 auf den Seiten 399 ff.

10 Ähnliches könnte auch bei der Pflege drohen, wenn man meint, ein Pflege-TÜV könnte nachhaltig Probleme lösen. Für Kontrollen sind gesetzliche Beschlüsse und Verordnungen hinreichend da. Was eigentlich fehlt, ist eine ehrliche Debatte über die zur Verfügung stehenden Finanzressourcen unter den Aspekten des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschrittes inklusive der Auswirkungen aus den Bereichen der medizinischen Versorgung nach dem GKV-WSG und der Rente auf die Pflege. Wenn dies nicht ganzheitlich durchgerechnet wird, steht allenfalls eine neue TÜV-Stellschrauben-Debatte an – mit dem höchst wahrscheinlichen Effekt neuer Dokumentationsauflagen, sprich: zusätzlichen Belastungen für die gesamte Leistungserbringerkette.

11 Zur Diskussion um die Zukunft der stationären und ambulanten Versorgung sind im Übrigen insbesondere folgende Ausführungen des Vorsitzenden der AOK-Rheinland, Wilfried Jacobs, höchst interessant, der am 4. September auf einer gesundheitspolitischen Tagung der Industrie- und Handelskammer (IHK) in Köln äußerte: „Die Zukunft liegt bei den MVZn an den Krankenhäusern“, und: „Einzelverträge mit den Krankenhäusern sind unser Ziel; die volle Vergütung gibt es aber nur, wenn alles 100-prozentig verlaufen ist, sonst gibt es Abzüge.“ In Richtung Fachärzte hieß es dabei: „Auf diesem Weg in ein neues Gesundheitssystem müssen wir nicht alle mitnehmen die schwimmen können.“ Zur Vergütung der Ärzte hieß es dann weiter: „Die Abschaffung des Budgets ist okay, dann aber suchen wir uns die Ärzte aus.“ Das soll alles gar nicht ausführlich kommentiert werden, nur: Wer stellt denn die Kriterien auf für die Vergütung bzw. für die Abzüge, wenn etwas nicht hundertprozentig abläuft? Und wer prüft die Qualität? Allein die Kassen? Welche Aufgabe soll dann die Selbstverwaltung noch haben? Wer soll dann die Sicherstellung übernehmen? Heißt das auch, dass die MVZ in Zukunft nur noch in den Ballungszentren, etwa von Uni-Kliniken – die hochdefizitäre Uni Köln hat gerade erst 25 Facharztsitze hoch über dem Marktpreis (mit Hilfe von Steuergeldern?) aufgekauft – oder von konfessionellen Trägerverbänden oder von Privaten Trägern oder neuerdings auch von Tochterfirmen von GKV-Kassen entstehen? All dies bleibt *hidden*, zugleich wird mächtig in Spezialzirkeln davon gesprochen und alles Mögliche liegt schon in der Schublade. Nur im Gesetz und in der Beratung desselben ist all das nicht vorgekommen.

reich, aber erst recht im Verhältnis zueinander mit den gewohnten und bekannten politischen und verbandlichen Regelmechanismen der Vergangenheit nicht auflösbar sind.¹² Denn eins ist diesbezüglich evidenzbasiert: Die gesetzlichen Regelmechanismen haben nicht nachhaltig und qualitätsverbessernd gewirkt.

Diese Hamsterradsystematik kann nicht mehr durch weitere Stellschrauben aufgebrochen werden. Nicht zuletzt deshalb, weil die EU zunehmend nachhaltig in unsere gewohnten, ritualisierten nationalen Regulierungstechniken einwirken wird.

Der Einfluss der EU wächst: Die Krankenkassen und der Unternehmensstatus

An dieser Stelle ist besonders darauf hinzuweisen, dass die gesetzlichen Krankenkassen über kurz oder lang durch europäisches Recht ihren Status als Körperschaften öffentlichen Rechts verlieren und sich zu Unternehmen nach Artikel 81 des EG-Vertrages wandeln werden. Bis vor kurzem war es leider noch so, dass man diese Entwicklung nicht öffentlich thematisieren konnte, ohne Gefahr zu laufen, Staunen oder gar Lacher zu ernten. So äußerte etwa Professor Herbert Rebscher: „Das in Brüssel sind alles Einzelfallentscheidungen, die brauchen uns nicht zu interessieren“. Inzwischen ist diese Einsicht, Gott sei Dank, ad acta gelegt. So äußerte – nach ähnlichen Auslassungen von Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, und Professor Dr. Norbert Klusen von der Techniker Krankenkasse – etwa auch der Vorsitzende der AOK-Rheinland, Wilfried Jacobs, auf einer IHK-Tagung am 4. September 2007 in Köln: „Ich kann auch ohne Körperschaftsstatus leben.“ Die Frage ist allerdings, ob die Kassen dabei bereits alle Folgen eines solchen Status-Wandels konsequent durchdacht haben. Denn dieser würde u. a. bedeuten,

- dass die Kassen als Unternehmen steuerpflichtig würden,
- dass Unternehmen sich *à la longe* nicht mehr gegenseitig mit Ausgleichszahlungen *à la RSA* unterstützen könnten,
- dass Unternehmen wie die Kassen nicht mehr *eo ipso* auf Steuermittel aus der Staatskasse rechnen dürften,
- dass insgesamt das ganze Regelwerk des SGB V zunehmend Makulatur würde, vor allem in Bezug auf die Aufgaben und Eingriffsrechte der *Player* in der Selbstverwaltung – G-BA.

Hierzu sollte auch noch angemerkt werden, dass vor diesem Hintergrund auch die Diskussionen um eine separate Dienstleistungsrichtlinie den falschen Weg für die Zukunft des nationalen Gesundheitswesens markieren. Die Dynamik der freien Waren- und Dienstleistungsverkehre wird auch vor den Sonderwünschen nationaler Gesundheitsstrukturen nicht haltmachen. Es ist die Aufgabe der Politik und all ihrer Ratgeber, unsere nationalen Strukturen hierauf vorzubereiten und dafür fit zu machen. Das wäre ein sinnvoller Horizont für die Begrifflichkeit „Wettbewerb“. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hat diese Aufgabe leider an keiner Stelle angefasst.

Fast schon tragikomisch mutet es an, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG selbst noch zusätzliche Hebammendienste für die skizzierte Entwicklung geleistet hat. Sehr lesenswert ist dazu das im Auftrag des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DBG) erstellte Gutachten von Prof. Thorsten Kingreen. Die Ergebnisse haben den Auftraggeber sicherlich nicht erfreut.

Der Versuch einer Einigung zwischen BMG und Ländern, die Kassen wie normale Unternehmen dem Insolvenzrecht zu unterwerfen, ist derzeit am Widerstand der Länder gescheitert. Mehrere ist auch zu diesem gescheiterten Versuch zu bemerken: Bisher gilt die Insolvenzordnung nur für bundesunmittelbare Kassen. Alle anderen Kassen unterstehen der Länderaufsicht und also dem sog. gestalterischen Einfluss der Länder. Durch Nichteinbezug der ländergebundenen Kassen in das Insolvenzrecht entstünde ein Ungleichgewicht zwischen bundes- bzw. länderbezogenen Kassen. Das ist absolut abzulehnen.

Es ist auf den ersten Blick verständlich, dass das BMG beim Insolvenzrecht die Kassen wie normale Unternehmen behandeln will, um deren illegale Verschuldungen aus der Vergangenheit endlich zu tilgen, damit auch Fonds und einheitlicher Beitragssatz und Morbi-RSA für 2009 gestartet werden können.

¹² Für die Umsetzung des § 140 SGB V wird insbesondere noch das Spannungsverhältnis zwischen Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt neu zu justieren sein, weil sonst an dieser Stelle weiterhin spürbare Behandlungsbrüche auftreten können und die Versorgungsforschung deutlich behindert wird – denn insbesondere im Zusammenhang mit den Kosten-Nutzen-Bewertungen werden ja hauptsächlich die Erfahrungen aus dem stationären Bereich mit homogenen Patientenkollektiven einbezogen.

Beim zweiten Blick allerdings offenbaren sich erneut strukturelle Denkfehler. Denn entweder sind die Kassen generell Unternehmen und nicht mehr Körperschaften öffentlichen Rechtes, oder sie bleiben Körperschaften, dann können sie nicht wie Unternehmen behandelt werden. Die Behandlung nach „gusto“ – mal so mal so – ist einer der typischen Flickversuche, die nicht halten können. Das ist weder finanz- noch wirtschaftspolitisch noch juristisch haltbar. Insofern sind die Verhandlungen zwischen Bund und Ländern auch verlorene Lebenszeit.

Gerade im Hinblick auf diese künftigen Veränderungen des körperschaftlichen Status der Krankenkassen ist das Festhalten an föderalen Reservaten in der Krankenhausfinanzierung ein Anachronismus sondergleichen. Auf Dauer wird er den Bundesländern schaden, weil sie mithelfen, dass der notwendige Weg in ein leistungsfähigeres, nachhaltig finanzierbares Gesundheitssystem zunehmend blockiert wird. Im Übrigen werden die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeiten weiter schrumpfen, weil zum Beispiel die konfessionellen Träger etwa unter dem Logo von „Cura“ oder „Valeo“ Krankenhausverbände organisieren, die sich über die jeweiligen Landesgrenzen hinaus neu aufstellen.

Da geht es zunehmend dann nicht mehr um die Frage, welches Krankenhaus bleibt wo noch bestehen, sondern: Wie viele Betten hat der Verbund und wie kann dann innerhalb des Verbundes der Patient gehalten, versorgt und in die vorhandenen Betten des Verbundes gelenkt werden? Die konfessionellen Häuser werden sich so zunehmend in Konzerne verwandeln, die sich in ihren Strategien ähnlich wie die privaten Träger verhalten werden und auch müssen, wenn sie Überlebenschancen haben wollen. Das Konfessionelle wird eher nur noch als äußere Wiedererkennungsmarke dienen, als Marketinginstrument.

Hans Eichel äußerte sich am 17. Juli 2007 in der Süddeutschen Zeitung zur Reform der Finanzbeziehungen zwischen Bund und Ländern folgendermaßen: „Jetzt geht es um den Kern – den Kern des Unbehagens – an unserem föderalen Politikbetrieb. Es geht um die Entflechtung der bis zur Bewegungsunfähigkeit verwobenen Entscheidungsmechanismen.“ Und weiter: „Den Schaden hatten alle: blockierende Länder wie blockierter Bund, vor allem aber das Ansehen unserer Demokratie bei den Bürgern.“ Zudem: „Der unsinnige Koordinierungsaufwand zwischen dem Bund und den 16 Landessteuerverwaltungen, der sich in mehr als 200 Gremien ausdrückt, wäre komplett entbehrlich.“

Dem ist für die Gesundheitspolitik nichts hinzu zufügen, außer: Hier gibt es noch weit mehr als 200 Gremien in Landes- und Bundespolitik, die sich gegenseitig hemmen und nur kosten.

Exkurs:

Nicht offen diskutierte Wechselwirkungen von stationärer und ambulanter Versorgung

Die großen Spannungen im stationären Bereich finden sich naturgemäß auch bei den niedergelassenen Ärzten wieder. Insbesondere aber auch in ihren verbandlichen Strukturen, die unter anderem gekennzeichnet sind durch

- Reibungen bis hin zu Misstrauen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zwischen den einzelnen Facharzttrichtungen,
- Misstrauen zwischen KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),
- das Entstehen von Doppelstrukturen wie KV und *Consultings*,
- das Auseinanderdriften von Fachärzten und Hausärzten, was der gemeinsamen Durchsetzung von Positionen a la longue eher schaden als nützen wird,
- angedrohte Ausstiege aus dem Kassensystem,
- irrealen Forderungen des einen jeweils natürlich zu Lasten einer anderen Gruppe,
- Abwahlstrategien im Bereich der KBV – als ob durch neue Köpfe auch nur eins der wirklichen Probleme und Aufgaben gelöst wäre.

Und wenn nun ausgerechnet der Chef des Hausärzterverbandes die jüngste Führungskrise im KBV als eine Krise zu Nutzen der Kassen bezeichnet, dann ist das an Heuchelei nicht mehr zu überbieten. Es erinnert an das bekannte Bild vom Feuerwehrmann, der das Feuer selbst legt und anschließend nach Wasser zum Löschen schreit.

Und wenn in diesem Zusammenhang die EBM-Reform scheitert, dann ist das maßgeblich mit auf unsinniges Taktieren und Pokern des Hausärzterverbandes zurückzuführen, der mindestens intellektuell begreifen können müsste, dass nicht „mehr bei weniger werdendem Geld“ verteilt werden kann.

Hier geht es um nichts anderes als um einen tobenden Machtkampf um die Verteilung von Honoraren, nicht wirklich um Patienten und Beitragszahler. Dieser Verteilungskampf führt letztlich zur weiteren Abschot-

tung der einzelnen Disziplinen, zum Festhalten von Patienten und damit zum Abgesang an eine wirkliche interdisziplinäre Umsetzung des §140 SGB V.

Und großen Versorgerkassen werden mit ihrer Bindung an eingeschriebene Hausarztmodelle folgender Erkenntnis von Dr. Rolf Hoberg, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, gegenüber den Spezialisten folgen: „Ich bin überzeugt, dass ihr gute Arbeit leistet, ihr seid aber zu teuer.“¹³

Auf diesem Weg geht es dann letztlich auch um den weiteren Bestand der Selbstverwaltung. Der wohlfeile Ruf des Hausärzteverbandes etwa nach Auflösung der KVen¹⁴ und zur Gründung eigener Verbände verkennt komplett, dass auch diese Neuaufstellung das entscheidende Problem nicht löst: Den strukturell kleiner werdenden GKV-Geldtopf.

So ist es auch kein Wunder, dass mal die eine Gruppe aus dem Verbändebereich die Politik zu instrumentalisieren versucht und es umgekehrt die Politik mit dem ein oder anderen Verbandsbereich versucht – ganz nach dem Motto: Divide et impera. Wirklich nachhaltige Lösungen können so nicht mehr entstehen. Das Schlimme dabei: Wir haben mit rund 140 bis 150 Milliarden Euro pro Jahr allein aus dem GKV-Bereich eine unendlich hohe Summe zur Verfügung – mehr als fast jedes andere Land auf der Welt. Damit wäre viel mehr zu gestalten. Viel mehr für diejenigen, die das Geld aufbringen: Beitragszahler, Patienten und die Steuerzahler insgesamt¹⁵.

c) *Hidden agenda* und die Disease Management Programme

Natürlich ist es vorhersehbar, dass das BMG die Disease Management Programme (DMP) als reine Erfolgsgeschichte wertet. So äußerte sich Franz Knieps im Juni 2007 folgendermaßen:

„Im Jahr 2007 kann auf eine inzwischen fünfjährige DMP-Geschichte zurückgeblickt werden, die aus der Sicht des BMG durchaus als Erfolgsgeschichte – trotz aller interessengeleiteten Querschüsse – gesehen wird. (...) Deutschland ist damit erstmals seit langem wieder Vorreiter einer internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung.“¹⁶

Hauptziel der DMP-Einführung laut BMG und Knieps „war und ist die Verbesserung des Behandlungsablaufes und der Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Um dieses Ziel zu erreichen, beinhalten die DMP eine abgestimmte, koordinierte Ver-

sorgung über Sektorengrenzen hinweg auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz.“

„Trotz aller Widerstände auf Seiten der verschiedenen Akteure“ haben sich die verschiedenen DMP (Diabetes Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzerkrankung, Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung/COPD und Brustkrebs) aus Sicht des Ministeriums heute in der Versorgung erfolgreich etabliert.

Interessant wird es allerdings, wenn man sich die geplante künftige Finanzierung der DMP genauer ansieht. Das GKV-WSG sieht vor, dass ab 2009 50 bis 80 besonders kostenträchtig zu therapierende Krankheiten im Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen berücksichtigt werden sollen. Damit soll der Ausgleich der unterschiedlichen Krankheitslasten zwischen den Krankenkassen „differenzierter und gerechter“ werden.

Die bisherige DMP-Anbindung an den RSA, die als ein erster Schritt auf dem Wege zum morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) gesehen wird, soll damit entbehrlich werden. Doch natürlich sollen die DMP weiter gefördert werden. So sollen die Kassen weiter-

13 DIE ZEIT – 19.Juli 2007, Seite 32

14 Zu dieser Zielprojektion „weg mit den KVen“ sei aus dem realen zukünftigen Versorgungsalltag an folgendes zu erinnern:

- Die verbleibenden GKV-Kassen – insbesondere die großen Versorgerkassen – bestimmen mit ihren monopolartig anwachsenden Nachfragestrukturen zunehmend ohne Gegenpart die Ausgestaltung des Versorgungsalltags.

- Diese Versorgungsstruktur wird keinen echten Wettbewerb unter den Kassen um alternative Versorgungspakete zulassen, zumal durch das GKV-WSG weitere top-down-Regularien eingeführt worden sind, die die Bedeutung der Selbstverwaltung zu Gunsten staatlicher Vorgaben und Einmischungsmöglichkeiten zentral beschneiden wird. Die „Selbst“-Verwaltung wird so zu einer fremdbestimmten Selbstverwaltung.

- Mehr als bisher noch wird so ein Kostendämpfungsdruck auf alle Leistungserbringer entstehen, weil parallel weiter die Marschroute ausgegeben wird: Die Beiträge müssen im Grunde sinken, es sind noch genügend Effizienzreserven da, mit geringer werdenden Beiträgen kann durchaus mehr erbracht werden. Jede kritische Auseinandersetzung, jede *Compliance* über kommende Entwicklungen wird so im Grunde politisch beiseite gedrückt und letztlich unterdrückt.

Letztlich ist die „KV-weg“-Diskussion – offen geführt von einigen oder „hidden“, wie Dr. Köhler es ausdrückt, ein nutzloses Scheingefecht, das von der Lösung der eigentlichen Probleme ablenken soll.

15 Zur Sinnhaftigkeit eines Hausarztmodells und zur Sinnhaftigkeit von Kopfpauschalen sei zudem auf die Erkenntnisse der Sachverständigen im Gutachten 2007 auf Seite 242 ff. verwiesen.

16 Vgl. http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/dieaok_aok_im_dialog_statement_knieps_260607.pdf

hin aus dem Fonds Zuweisungen bekommen – „für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für notwendige Aufwendungen für Dokumentations- und Koordinierungsleistungen“. Das bedeutet: „Insofern werden die DMP auch weiterhin im RSA berücksichtigt.“

Anders formuliert: Es soll, so er denn überhaupt sinnvoll und transparent gerechnet werden kann, ab 2009 den Morbi-RSA geben – mit paralleler Einführung des Fonds und des bundesweit einheitlichen Beitragsatzes mit einer Kappungsgrenze von einem Prozent beim Zusatzbeitrag.

Heftig umstritten wird in diesem Kampf um Geldtransferzahlungen natürlich bleiben, was wohl „besonders kostenträchtig zu therapierende Krankheiten“ sind oder sein müssen – und wie man diese Zahl langsam herauf schrauben kann, um in den Genuss erhöhter Transferzahlungen zu kommen. Natürlich wird das die einzelnen Kassen interessieren, deren genuin unterschiedlichen Interessen ja nicht per se durch die Einführung des einheitlichen Spitzenverbandes eliminiert sind.

Ein besonderes Problem liegt – abgesehen von der Tatsache, dass mit dem Morbi-RSA der bisherige Regulierungswust des RSA erneut erheblich anwachsen wird – in der drohenden Zunahme von Fehlanreizen, die bereits beim jetzigen System der RSA-DMP-Koppelung bekannt sind.

Denn: Die Beschränkung der Berücksichtigung auf 50 bis 80 Krankheiten ist willkürlich, zumal künftig wohl kostenintensive Krankheiten außerhalb des 50-80-Schlüssels im monetären Ausgleichsverfahren zwischen den Kassen weniger bedacht werden können. Zusätzliche Verrechnungsprobleme wird der „Schwellenwert“ bringen, wonach beim Morbi-RSA-Verfahren zukünftig nur noch die Krankheiten berücksichtigt werden sollen, die die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben (ohne Verwaltungskosten und Satzungsleistungen) je Versicherter betragen 2006 rund 1.967,- Euro. Der Schwellenwert beträgt dann 2.950,50 Euro.

Diese Übersteigerung wird überwiegend bei Versicherten über 65 Jahren eintreten, d.h. überwiegend bei Alterskrankheiten. In der Regel zeichnet sich die Altersgruppe der über 65-Jährigen durch eine Häufung an Komorbiditäten aus, die alle einzeln den Schwellenwert übersteigen müssten. Andernfalls erfolgt dem System nach kein Ausgleich.

Kurzum: Für alle nicht im 50-80-Schlüssel erfassten Krankheiten müssen die Krankenkassen ab 2009 mit weniger Geld auskommen. Das wird nicht klappen können und kann auch nicht seriös gerechnet werden. Folglich sind auch hier ständige Neujustierungen zu erwarten.

Zusätzlich fehlt für die Umsetzung der hehren Ziele im Zuge der hochgelobten DMP einerseits noch die flächendeckende Implementierung der elektronischen Chipkarte und der EPA (siehe Teil 3 a, S. 10).

Darüber hinaus fehlt aber auch der Nachweis, dass die Koordinierung komplexer DMP-Krankheiten, wie z. B. des Diabetes Typ 2, deren Behandlung ja meist in Richtung Augenerkrankung, Dialyse, orthopädische Erkrankung geht, besonders gut bei den Hausärzten aufgehoben ist.

Die „ELSID-Studie“ der AOK bekräftigt zwar die Eignung des Hausarztes für die DMP. Dort heißt es: „Evidenzbasierte, am Nutzen für den Patienten ausgerichtete Versorgungselemente im Sinne des *Chronic Care Modells* werden von den Hausarztpraxen im DMP – von Patienten wahrnehmbar – stärker umgesetzt.“

Auf der Basis einer Befragung von über 55.000 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und koronaren Herzerkrankungen in 3.795 Arztpraxen kommt die Detect-Studie auf dem Kongress für Versorgungsforschung in Ludwigshafen im Mai 2006 hingegen zu gänzlich anderen Erkenntnissen.

Dort heißt es: „Die überaus häufigen komplexen Komorbiditätsmuster bei einem Großteil der Hausarztpatienten und die zeitlichen Einschränkungen in der primärärztlichen Versorgung lassen es fraglich erscheinen, ob die Einführung vielfältiger diagnosebezogener Disease Management Programme ein geeignetes Mittel zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann.“¹⁷ Dies liege vor allem daran, dass die Mehrzahl der Diabetes mellitus Patienten mehr als vier Risikofaktoren aufwiesen. Daher seien alle Qualitätsverbesserungen, die aus den DMP resultierten, insgesamt nur schemenhaft zu erkennen.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,

17 Zitiert nach Professor Dr. Eberhard Wille, in: „Die DMPs unter ökonomischen Aspekten – eine Kosten-Nutzen-Betrachtung“, 14.3.2007, Bonn.

Prof. Dr. Eberhard Wille, hat zudem noch auf folgende zentrale Probleme der DMP hingewiesen:

- Zum einen bestünden immer dann Manipulationsgefahren, wenn Krankenkassen und Ärzte ein gleichgerichtetes Interesse an der Teilnahme möglichst vieler Chroniker an den DMP haben.
- Zweitens berge die Einbeziehung der DMP in den RSA die Gefahr, diese zwar flächendeckend, aber auf dem niedrigst möglichen Niveau durchzuführen.
- Drittens ließen sich durch die Koppelung von DMP und RSA keine Anreize hin zu einem Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen von Leistungsanbietern erwarten.
- Und schließlich: Bis zu einer Ausdehnung der DMP auf alle relevanten Krankheiten bestehe die Gefahr der Diskriminierung der übrigen Krankheiten.

Was könnte ein wichtiger Hintergrund für diese Kritik sein?

Auf der Basis der Zahlen des Bundesversicherungsamtes (BVA) von 2006 und an Hand der standardisierten Leistungsausgaben in der GKV für das Jahr 2005 ergibt sich eine strukturelle Grunderkenntnis:

Die Nehmerkassen bekommen von den Geberkassen im Rahmen des Koppelungsprogramms DMP an RSA für eingeschriebenen Diabetiker, KHK-Erkrankte und Brustkrebs-Patientinnen das drei- bis sechsfache an Transfergeldern gegenüber dem Status „nicht-eingeschrieben“.

Der Sachverständigenrat verdeutlicht dies folgendermaßen: „Die Zuweisung aus dem RSA für eine 30- bzw. 50- oder 70-jährige Patientin, die an Diabetes Typ 2 leidet, aber nicht DMP eingeschrieben ist, wie für alle anderen weiblichen Versicherten gleichen Alters [beträgt] im Durchschnitt jährlich (2005) 1.418 Euro bzw. 1.587 Euro oder 2.839 Euro. Bei Einschreibung (...) erhöhen sich die Beiträge auf 2.920 Euro bzw. 3.473 Euro oder 4.250 Euro, d. h. um 205,8 bzw. 214,4 oder 143,8 Prozent. Noch deutlicher fällt die Steigerung bei Brustkrebs aus (...) nämlich 683,3 bzw. 472,1 oder 198,8 Prozent.“¹⁸

Das hat nach Meinung vieler zu einem hemmungslosen Einschreibewettbewerb geführt – zu Lasten von Qualität in der Behandlung und zu Lasten der Transparenz bei den Geldflüssen. Die Maxime „Geld folgt einer guten, nachweisbaren Qualität und Verbesserung von Lebensqualität“, ist so nur schwerlich zu verwirklichen.

Die Zahlen des Bundesversicherungsamtes zeigen erschreckend deutlich, wie sich die Transferzahlungen an die Nehmerkassen AOK und Bundesknappschaft fast kontinuierlich erhöht haben. Davon sind natürlich auch die Interessen der Nehmerkassen und ihrer Beitragszahler nicht unberührt geblieben. Anders: Die Nehmerkassen können und werden in Bezug auf die Mechanik der Ausgleichszahlungen immer nur eine Botschaft formulieren können:

„Es muss mehr Geld transferiert werden, weil wir sonst im Rahmen des (seit Jahren einzigen aber völlig unsinnigen) Beitragssatzsenkungswettbewerbs unsere Klientel nicht mehr halten können.“

Ähnlicher Druck wird sich deutlicher im Morbi-RSA ausbreiten. Und das, obwohl im Jahresgutachten auch noch Folgendes zu lesen ist: „Selbst wenn sich einige Erfolgsindikatoren spürbar bessern, herrscht häufig Unklarheit über die kausalen Beziehungen zwischen den Einflussgrößen und den finalen Wirkungen. Es bleibt unklar, ob die erzielten Verbesserungen auf das DMP als Managed Care System oder nur auf einige wenige Maßnahmen, wie z. B. die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien oder nur auf eine effektivere Pharmakotherapie, zurückgehen. Um solche isolierten Maßnahmen zu implementieren, bedarf es nicht zwangsläufig eines DMP.“

In diesem Zusammenhang wird allerdings folgendes fast gänzlich verschwiegen: Nach den vorliegenden Studien des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zur chronologischen Entwicklung stiegen die jährlichen Gesamtkosten je Typ 2 Diabetiker seit dem Jahr der Diagnosestellung vom ersten Jahr mit 1.570 Euro auf 4.198 Euro im achten Jahr.

Wenn wir dazu noch die Zahlen und Folgekosten ernst nehmen wollen, die sich aus dem jetzt schon erkennbaren Anstieg allein der Diabetes Typ 2 Fallzahlen bis 2020 ergeben, dann kann eigentlich jeder selbst erkennen, dass wir mit allen in den letzten Gesetzen weiter gedrehten Stellschrauben und Finanzierungsmodellen nicht mehr zurechtkommen können.

Nach derzeitigem Kenntnisstand werden alleine die Aufwendungen durch Diabetes Typ 2 Erkrankungen zusätzliche Milliarden Euro kosten. Wenn man die steigenden Kosten durch andere große Volkskrankheiten wie etwa Atemwegserkrankungen, koronare Herzerkrankungen oder z. B. die wachsende Zahl von Depressionen hinzunimmt, werden die ab 2016 an-

visierten jährlichen Steuerzuschüsse des Finanzministers von 14 Milliarden Euro p. a., die überdies kaum für die beitragsfreie Kindermitversicherung reichen, ständig steigen müssen.

Und: Weder durch den Morbi-RSA noch durch den Fonds oder andere Stellschrauben des GKV-WVG wird diese Entwicklung gebremst.

Es wird so zwangsläufig zu ständigen Nachregulierungen und damit auch zu weiterem Bürokratieaufwuchs kommen müssen. Auch wenn das BMG, das die meiste Kritik an der „Kochbuchmedizin“ und „Subventionsmentalität“ der DMP für überzogen hält, angesichts „berechtigter Kritik“ an bestimmten bürokratisierten Regelungen der DMP bereits eine Arbeitsgruppe „Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ eingerichtet hat, ist es doch fraglich, ob dieser Arbeitsgruppe ein großer Wurf gelingen wird.

Denn sie hat mit allen gesetzlichen Mechanismen und mit allen derzeitigen „Visionen“ für die nächsten Jahre kein in sich schlüssiges Konzept mit konkreten Zielvorgaben an der Hand.

So werden am Ende die zentralen Probleme verschämt unter den Tisch gekehrt und versteckt. Ein Bilderbuchbeispiel der *hidden agenda*. Und so bleibt es wohl bei den berühmten Wünschen, Hoffnungen und ebenso abstrakten wie immer resultatlosen Überschriftendiskussionen wie: „Wir sind für mehr Wettbewerb“, „Wir wollen Deregulierung“ und „Transparenz muss her“.

Noch eine Anmerkung zum Risikostrukturausgleich

Der Begriff Risiko muss grundsätzlich auch ein mögliches Scheitern in Kauf nehmen und also die Bereitschaft zulassen, über die Ursachen des Scheiterns offen nachzudenken und gescheiterte Strukturen gegebenenfalls zu verändern. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil Regulierungsmechanismen immer auch an die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen ihrer Entstehungszeit gebunden sind. Sonst besteht die Gefahr, dass aus zeitgebundenen Erkenntnissen und Beschlüssen starre, veränderungsresistente Dogmen werden.

Mit der ständigen Verfeinerung des RSA seit 1992 (Lahnsteiner-Kompromiss) hat sich aus meiner Sicht eine solche Erstarrung im Denken und im gesetzgeberischen Vollzug „eingenistet“. Ein Scheitern des RSA wird überhaupt nicht mehr als möglich erachtet. Die Folge ist ein ständiges weiteres Verfeinern von

RSA-Regulierungen – nun in Richtung Morbi-RSA, der eingebettet werden soll in den Fonds, Steuerzuschussfinanzierung, Einheitsbeitragsatz und manches mehr. Kurz: Regulierungsstrukturen, die bisher schon – und das ist evidenzbasierbar – keine nachhaltigen Lösungen bewirkt haben. Man vergleiche nur die damaligen Zielprojektionen des Gesetzgebers mit der heutigen Versorgungswirklichkeit: Die Beitragsätze sanken nicht, sie stiegen kontinuierlich. Dokumentationsauswüchse wurden nicht gestoppt, sie wurden dichter. Die Transparenz wurde nicht erhöht, sie wurde durch sich ständig ändernde Gesetze verdunkelt. Gerechtigkeit wurde, wenn sie denn an Einsehbarkeit und Nachvollziehbarkeit gemessen werden soll, auf Einzelfalldiskussionen eingeeengt aber nicht auf das Ganze bezogen.

Die Folge ist augenscheinlich, dass Diskussionen über die Versorgungszukunft, über unsere Versorgungszukunft kaum mehr mit den Beitragszahlern und Patienten oder mit den Leistungserbringern und Kassen und sonstigen Handelnden und Betroffenen auf und mit einer gemeinsamen Plattform geführt werden kann.

Das Faszinosum dieser Debatten: Sowohl Politik als auch begleitende Wissenschaftler und Institute bleiben fast ausschließlich innerhalb der gewachsenen Denk- und Regulierungsstrukturen.

Nur so ist es denkbar, dass im „Jahrbuch 2007 – Risikostrukturausgleich“ solche Gedanken auftauchen, wie:

„Der Übergang zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird dazu führen, dass die Krankenkassen sich künftig im Wettbewerb darauf konzentrieren, ihren Versicherten möglichst zielgenaue, qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsangebote und Versicherungstarife anzubieten, damit die Fondsmittel alle Ausgaben decken und die Erhebung eines Zusatzbeitrages vermieden wird. Allerdings kann der Gesundheitsfonds allein die mittel- und längerfristigen Finanzprobleme der GKV nicht lösen. Er ist aber ein wichtiger Baustein der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in eine wettbewerblich geprägte Versicherungs- und Versorgungslandschaft der Zukunft.“

Verfasser dieser Zeilen: Franz Knieps aus dem BMG. Abgesehen davon, dass es sich hier um hauptsächlich von der AOK geprägte Gedankenwelten handelt, denen gegenüber auch andere Denkstrukturen be-

Fortsetzung auf Seite 21

Autor dieser Ausgabe

Eike Hovermann

Die Arbeitswelt lernte der heutige Abgeordnete des Deutschen Bundestages, Eike Hovermann, schon als Student kennen. Sein Studium mit den Fächern Geschichte und Latein finanzierte er mit vielen Gelegenheitsjobs. Von der Arbeit auf dem Bau bis hin zum Fahren von LKWs war alles dabei. Vorwiegend brachte er ganze LKW-Ladungen Blumen aus den Niederlanden nach Deutschland.

Nach Abschluss seines Studiums arbeitete er in Eickelborn im Kreis Soest. Der am 27. Mai 1946 geborene Gymnasiallehrer war an Gymnasien in Münster, Burgsteinfurt, Erwitte und Lippstadt-Overhagen. Der verheiratete Vater zweier Kinder engagierte sich neben seiner Lehrtätigkeit schon sehr bald in der SPD, auf Stadt-, Kreis- und Landesebene und schließlich auch auf Bundesebene.

Seit 1969 ist Hovermann Mitglied der SPD und war auch Mitglied im Juso-Vorstand. Die Mitgliedschaft im Ortsverband Overhagen und SV Lippstadt folgte unmittelbar nach dem Eintritt in die SPD. Von 1976 bis 1988 war er Stadtverbandsvorsitzender und von 1979 bis 1994 war er Ratsmitglied in Lippstadt. Dabei war es ungewöhnlich, dass ein SPD-Ratsmitglied in dieser Stadt das Mandat stets direkt für die SPD gewinnen konnte.

Im Jahre 1992 wurde er Vorsitzender des SPD-Unterbezirkes Soest und hat dieses Amt bis heute inne. 1995 folgte dann die Wahl in den deutschen Bundestag. Seit der 13. Wahlperiode ist er

Mitglied im Ausschuss für Post und Telekommunikation, der Enquete-Kommission „Neue Medien“ und des Gesundheitsausschusses.

Im Jahre 1998 wurde er erneut in den deutschen Bundestag gewählt. Dabei holte er in seinem Wahlkreis Kreis Soest erstmals seit 1949 das Bundestagsmandat direkt für die SPD. Hovermanns politische Arbeit dreht sich im deutschen Bundestag in erster Linie um die Gesundheitspolitik.

Hier ist er als Mitglied des Gesundheitsausschusses auch für seine Partei ein nicht immer bequemer Querdenker. Er sucht nach Lösungen hinter den offiziellen Erklärungen der Parteien und Bundestagsfraktionen, fordert immer wieder zu einer offenen Auseinandersetzung darüber auf, was eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung angesichts des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels noch leisten kann und was stärker in die Eigenverantwortung gegeben werden muss.

Ausfluss seines Bestrebens, über die Wahlperioden hinaus zu denken, ist sein Engagement in der Arbeitsgemeinschaft Zukunft des Gesundheitswesens, die er 2004 gemeinsam mit Prof. Dr. Eberhard Wille, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, als parteiübergreifendes Diskussionsforum gegründet hat. Seither hat die „AG Zukunft des Gesundheitswesens“ eine Vielzahl von Veranstaltungen durchgeführt und ist dabei auf großes Interesse gestoßen.

So breit wie seine politischen Aktivitäten angelegt sind, so vielfältig sind auch seine Formen der Entspannung. Die vielen Blumen, die er als studentischer LKW-Fahrer von den Niederlanden nach Deutschland gebracht hat, haben seine Liebe zur Gartenarbeit beflügelt.

Aber auch im Lesesessel verbringt er einen Teil seiner kargen Freizeit. „Der Steppenwolf“ von Hermann Hesse hat es ihm besonders angetan. Die Werke von Fontane kommen hinzu. In Urlaube ist er auf dem Fahrrad Fontanes Spuren durch die Mark-Brandenburg gefolgt.

Der Historiker und Altphilologe entspannt sich auch bei klassischer Musik. Mozart bezeichnet er als seinen „Lieblingskomponisten“. Aber auch einer Platte von Elvis Presley oder Deep Purple ist er nicht abgeneigt. Zu seinen Leidenschaften gehört das Sammeln von Antiquitäten. Hier fungiert er auch als Restaurateur. Denn unrestaurierte Stücke lassen sich preisgünstiger erstehen. Allerdings dauert es manchmal Jahre, bis ein solches Stück wieder im alten Glanz erstrahlt.

Seine breit angelegten Interessensgebiete bewahren Hovermann vor einer Engführung in seinem politischen Engagement und seiner politischen Gedankenwelt. Er hat sich bei aller notwendigen Eingebundenheit in eine Partei, dennoch seine innere und äußere Eigenständigkeit bewahrt. Es ist für ihn nicht immer leicht, seine mitunter nicht „konformen“ Positionen zu vertreten.

Gesellschafts- politische Kommentare



ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Leo Schütze und
Erich Schwaiger

Redaktion: Leo Schütze (Chefredakteur),
Dr. Rudolf Hammerschmidt (verantwortlich),
Dr. Franz-Josef Bohle, Günther Sauerbrey,
Erich Schwaiger

Umbruch: Wolfgang Laack

Leo Schütze GmbH
Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

Bestellanschrift:

Büro Eifel, Postfach 10 17, 54614 Schönecken,
Tel.: (0 65 53) 9 21 10, Fax: (0 65 53) 9 21 13;
E-Mail: Schuetze-Eifel@t-online.de

Berliner Büro:

Reinhardtstraße 18, 10117 Berlin;
Tel.: (0 30) 20 65 87-0; Fax: -29;
E-Mail: berlin@leoschuetze-eurogroup.de

Wir bitten, Paket- und Päckchensendungen ausschließlich an Leo Schütze, per Adresse Johann Weber, Kapellenweg 3, 54614 Dingdorf, zu senden.

Erscheinungsweise: monatlich. Der monatliche Bezugspreis beträgt EUR 4,00 zuzüglich Porto und Versandkosten.

Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben. Diese werden gesondert berechnet.

Bankkonto: Gesellschaftspolitische Kommentare,
Konto 5 023 228, Raiffeisenbank Westeifel eG,
BLZ 586 619 01

Druck: Grafische Werkstatt Franz Pruckner,
Detmolder Straße 13, 10715 Berlin.
Tel. (0 30) 85 47 95 90, Fax (0 30) 85 73 11 96
E-Mail: gw-pruckner@t-online.de

Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Artikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder.

Die mit *gpk* gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der Redaktion, nicht vom Verfasser.

Nachdruck zu den üblichen Honorarbedingungen nur nach Zustimmung durch die Redaktion. Zitierung nur mit Quellenangabe.

Beirat:

Dr. Franz Altherr MdL (Mittelbrunn), Erwin Aymann (Kleve), Wolf-Michael Catenhusen (Münster), Dr. Paul Hoffacker (Essen), Peter Keller (Zellingen), Monika Knoche MdB (Hannover), Prof. Paul Krupp (Kempten/Allgäu), Alfred Kugler † (München), Karl-Josef Laumann (Hörstel-Riesenbeck), Dr. Volker Leienbach (Köln), Dr. Rolf Linkohr (Stuttgart), Dr. Bruno Menzel † (Dessau), Friedrich Merz MdB (Brilon), Dr. Gerd Müller MdB (München), Dr. Helga Otto (Claßnitz), Prof. Dr. Martin Pfaff (Stadtbergen), Dr. Godelieve Quisthoudt-Rowohl MdEP (Hildesheim), Willi Rothley (Rockenhausen), Gudrun Schach-Walch (Frankfurt a.M.), Regina Schmidt-Zadel (Ratingen), Theo Starzner M. A. (München), Dr. Dieter Thomae (Sinzig-Bad Bodendorf), Dr. Hans-Peter Voigt (Northeim), Josef Vosen (Düren).

Fortsetzung von Seite 19

stehen, bleibt – nüchtern betrachtet – allein schon folgendes zu erinnern:

Der auf 1 Prozent fixierte Zusatzbeitrag lässt sich auf Grund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nicht halten.

Die Wahltarife werden schon deshalb einen Schuss in den Ofen darstellen, weil sie, um im umgangssprachlichen Versicherungsjargon zu bleiben, wohl allein vom gesunden, flexiblen, unverheirateten Versicherungsteilnehmer mit der Konstitution eines Olympiasiegers gewählt werden. Rückgewähr und Selbstbehalt sowie Steuerfinanzierung stellen zudem das Solidarprinzip im Grundsatz in Frage.

Und am Ende bleibt die Frage: Wenn der Gesundheitsfonds „die mittel- und längerfristigen Finanzprobleme der GKV nicht lösen“ kann, was kommt dann? Weitere Schritte in Richtung Staatsmedizin? Das GKV-WSG hat hier vorgearbeitet.

d) Hidden agenda und der Gemeinsame Bundesausschuss

Gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat das BMG Rechtsaufsicht – es darf die Richtlinien des G-BA auf ihre Vereinbarkeit mit höherem Recht überprüfen.

Umstritten ist hingegen, ob dem BMG auch die Fachaufsicht über den G-BA zukommt, sprich: ob es auch die Zweckmäßigkeit der Entscheidungen des G-BA überprüfen darf.

Wie brisant dieses Thema ist, zeigt z. B. die Auseinandersetzung zwischen dem G-BA und dem BMG über die enterale Ernährung. Das Ministerium hatte hier einen Beschluss des G-BA beanstandet – und zwar nicht aufgrund einer Nichtvereinbarkeit mit höherrangigem Recht, sondern aus medizinischen Gründen.

Der G-BA äußerte in der darauffolgenden Auseinandersetzung, das BMG habe keine Fachaufsicht über Entscheidungen des G-BA. Der G-BA weigerte sich, die Richtlinie nach Wünschen des BMG zu ändern, da die Beanstandung rechtswidrig sei und den „fachweisungsfreien Gestaltungs- und Beurteilungsspielraum“ des G-BA verletze.

Letztlich änderte das Ministerium die Richtlinie über eine Ersatzvornahme. Der G-BA klagt gegen diese Entscheidung. Ob das Beanstandungsrecht des BMG nun einer Fachaufsicht nahe kommt bzw. ob das BMG sich tatsächlich an die engen Grenzen der

Rechtsaufsicht halten muss, ist höchststrichterlich bislang nicht geklärt.

Trotz vielfältiger Anläufe und Diskussionen, in diesem Thema Klarheit zu schaffen, ist dieser Streitpunkt auch mit dem GKV-WSG nicht eindeutig geklärt worden. Vermutlich hat man im Ministerium auch deshalb auf Eindeutigkeit keinen Wert gelegt, um dem Vorwurf zu entgehen, man wolle weitere Schritte in Richtung Staatsmedizin gehen.

Dennoch wurden durch das GKV-WSG die Kompetenzen des BMG gegenüber dem G-BA erweitert – man betrachte hier vor allem die in § 94 SGB V geregelte Anforderung zusätzlicher Informationen und Stellungnahmen durch das BMG sowie die Auflagen und Fristensetzung durch das BMG selbst bei Nichtbeanstandung.

Nach Ansicht von Dr. Werner Gerdemann, dem Vorsitzenden des Vorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), wird mit diesen Änderungen „der Einstieg in die inhaltliche Bewertung durch politische Fristsetzung vorbereitet“. Man geht also deutlich Richtung Fachaufsicht, ohne das jedoch klar und offen zu formulieren.¹⁹

Hier zeigt sich deutlich das Phänomen der *hidden agenda*: Das BMG reklamiert für sich nur die Rechtsaufsicht, handelt dann aber, wenn politisch opportun – siehe enterale Ernährung – als Fachaufsichtsbehörde. Dadurch wird weder Rechtsklarheit gefördert noch die Selbstverwaltung im G-BA stabilisiert.

4. Vom Kopf auf die Füße stellen – warum eigentlich nicht?

Natürlich wird es vielfältiges Aufschreien geben, von jedwedem Lager mit viel Sachverstand, mit vorliegenden Gutachten, mit schon immer geäußerten Bedenken wie: Man muss wirklich Einiges ändern, aber nicht so abrupt. An sich läuft es doch gar nicht so schlecht gemessen an anderen Ländern. Und überhaupt: Da könnte ja jeder kommen usw. usf.

Offenbar richtig und vor allem nachprüfbar ist aber eine wesentliche Erkenntnis: Auf bisherigen Wegen, mit bisherigen Regulierungen und Gesetzen sind weder Transparenz noch echter Wettbewerb noch Qualität, Planungssicherheit oder Investitionsbereitschaft oder Sonstiges erhöht worden, obwohl genau diese Punkte immer wieder öffentlich als Durchbruch angekündigt worden waren. Der Versorgungsalltag hat die meisten Gesetze oft sogar schon vor deren

¹⁹ Siehe dazu auch Dr. Hess in der „Kassenarzt“, Nr. 8, Mai 2007

Inkrafttreten überholt. Dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist es so ergangen, dem GKV-WSG wird es genau so gehen.

Doch was bleiben dann noch für Handlungsoptionen? Was sollte eigentlich neu gewagt und gemacht werden, welche bisherigen Denk- und Handlungsgewohnheiten beiseite geschoben werden?

1. Abschied von Wachstumshoffnungen

Wir müssen davon ausgehen, dass die derzeitigen, an die Grundlohnsumme gebundenen Einnahmen im GKV-System auf etwa 150 Milliarden Euro begrenzt sind, d.h. nicht wirklich dazu geeignet sind, um die ständig sich öffnende Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen wirklich nachhaltig zu schließen²⁰.

Hier kann auch die im GKV-WSG geplante zusätzliche Steuerfinanzierung (angefangen bei 2,5 Mrd. Euro jährlich bis zu schließlich 14 Milliarden Euro per annum ab 2016) wenig weiterhelfen – sie ist lediglich in der Lage, gerade den Aufwand für die beitragsfreie Kindermitversicherung zu decken. Und: Spielräume für weitere Steuerzuschüsse sind kaum mehr da²¹.

Das wirtschaftliche Wachstum wird auf Grund der globalen Entwicklungen sowohl national als auch auf der EU-Ebene nicht im erhofften Maße steigen, um wieder sorglos wie bisher agieren zu können. Das derzeitige Wachstum veranlasst ja viele Ministerien auch schon wieder die Büchse der Pandora zu öffnen, was nichts anderes heißen kann als: Die Verschuldung wächst weiter²².

2. Neue Finanzierungsmodelle können das Problem nicht lösen

Wir sollten die unrealistische Vision fallen lassen, dass mit Steuerfinanzierung bzw. Kopfpauschale oder Bürgerversicherung bzw. Einbezug der PKV in das GKV System alle Probleme gelöst werden können.

Die These z.B., alle Probleme wie z.B. auch die „Zweiklassenmedizin“ seien etwa durch den Einbezug der PKV lösbar, entbehrt jeder Alltagstauglichkeit, da die bekannten strukturellen Probleme und Entwicklungen im Gesundheitssektor nicht dadurch gelöst werden können, dass die Gelder von zehn Prozent PKV-Versicherten in den Topf der GKV-Versicherungen umgeleitet werden, in der 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind. Hier sind leider in hohem Maße populistische und damit falsche Erwartungen geweckt worden, die jetzt erneut in der Debatte um die Pflege belebt werden.

3. Wir können die Beitragssätze nicht nachhaltig senken

Wir sollten von den immer wieder reproduzierten Sprüchen abrücken, dass im Zuge der „abzusenken-den Lohnnebenkosten und Wettbewerbsfähigkeit am Standort „D“ auch die Beitragssätze zur GKV abgesenkt werden können – etwa durch Ausschöpfung von Effizienzreserven.

Ein Lied, das schon seit Jahren vergeblich gesungen wird. Natürlich gibt es diese Effizienzreserven

20 Die beschlossenen und geplanten zusätzlichen Steuersubventionen bis 2015 von jährlich 1,5 Milliarden und dann ab 2016 ein jährlicher Festbetrag von 14 Milliarden, der gerade den beitragsfreien Versicherungsbeitrag für Kinder deckt, werden bis 2016 Finanzierungslücken abmildern aber nicht nachhaltig schließen können. Vor allem werden die Steuersubventionen reguläre Sozialversicherungs-Beitragseinnahmen verdrängen.

21 Es sei nur daran zu erinnern, dass das sog. Tafelsilber – VW, Veba, Lufthansa, Salzgitter, Telekom, Post usw. – mittlerweile verkauft ist. Diese Finanzspritzen sind immer auch unmittelbar und mittelbar in die Gesundheitsstrukturen geflossen. Mit Hilfen in diesem Umfang ist nicht mehr zu rechnen.

22 Wir müssen in diesem Zusammenhang aufpassen, dass nicht das passiert, wovor der 1996 verstorbene Ökonom Hyman P. Minsky warnte – nämlich, dass es innerhalb einer stabilen Aufschwungphase zu einer plötzlichen Wirtschaftskrise kommt. Minsky erklärt das damit, dass während des Aufschwungs bei Konsumenten, Unternehmern und Banken oftmals das Gefühl für Risiko verloren gehe. Da die Gewinnerwartungen der Akteure immer weiter anstiegen, nehmen diese z.T. leichtsinnig immer höhere und riskantere Kredite auf, um Aktien oder Wohneigentum zu kaufen, ohne sich jedoch genügend abzusichern. Dabei entstehen drei Arten von Kreditnehmern (private wie auch öffentliche). Erstens die Kreditnehmer, die in der Lage sind, ihre Kredite zu bedienen und zurückzuzahlen. Zweitens, die, die ihre Zinsen zwar noch bezahlen können, aber ihre Kredite nicht mehr tilgen können und auf eine stete Verlängerung angewiesen sind. Drittens dann die, die beides nicht mehr können und deshalb als letzten Anker die Hoffnung auf eine dringend erwartete Preissteigerung ihrer Güter haben. Danach folgt eine Phase, in der die Banken und andere Kreditgeber plötzlich sehr vorsichtig mit der Vergabe von Krediten werden – was zur Folge hat, dass auch finanziell solide Firmen in krisenhafte Entwicklungen stürzen. Diese Entwicklung auf dem Kreditmarkt trifft natürlich auch immer alle Ebenen im Gesundheitssystem. Man denke nur an die einzelnen Arztpraxen, Apotheken aber vor allem auch an die Krankenhäuser.

Aber auch aus anderen Gründen sollten wir von überhöhten Wachstumshoffnungen schleunigst Abstand nehmen. Thorsten Polleit hat hierzu in der FAZ vom 22. Oktober 2007 angesichts des gestiegenen Goldpreises vor inflationsfördernder Niedrigzinspolitik der Zentralbanken weltweit gewarnt. Denn durch sie seien bereits nicht nur die Kredit- und Geldmengen, sondern auch die Verschuldungen der Volkswirtschaften der westlichen Welt dramatisch angestiegen. Zu der hierdurch drohenden Geldentwertung führt er aus: „Inflation ist ein gesellschaftliches Übel. Sie trifft viele besonders hart, nur wenige profitieren von ihr. Die Mehrheitsmeinung wird mit marktfeindlichen Politiken sympathieren – steigenden Steuern, Protektionismus sowie Preis- und Kapitalverkehrskontrollen. Eine Interventionsspirale wird in Gang gesetzt, die Freiheit schwindet und Wachstum und Beschäftigung leiden.“

hier und da. Doch ein nachhaltiges Ausschöpfen ist zum einen mit den gesetzlich vorhandenen Instrumenten kaum möglich. Zum andern müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass der Druck, der von diesem Ziel der Effizienzsteigerung ausgeht, an vielen Stellen im System auch Qualitätsverluste mit sich bringen kann, die ihrerseits zu teuren Folgekosten führen und eine Demotivation der Leistungserbringer nach sich ziehen.

4. Wir brauchen eine Grundversorgung

Es bleibt festzuhalten: Mit den derzeitigen Einnahmen in der GKV verfügen wir über eine solide Finanzierungsmasse. Aber schon das Bundesverfassungsgericht hat geurteilt, dass der Gesetzgeber das Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes – also den Auftrag an die Politik, einen Ausgleich zwischen Arm und Reich zu schaffen – immer im Rahmen des wirtschaftlich Möglichen ausgestalten muss.

Wir sollten daher das unabweisbare Wagnis angehen, mit dem vorhandenen Geld in der GKV eine Grundversorgung zu definieren. Damit sollte und muss auch die Botschaft verkündet werden, dass es zukünftig eigenfinanzierte Zusatzpakete geben muss, in die frühzeitig einzuzahlen ist, d. h. die privat versichert werden müssen.

Beitragszahler und Patienten sollten auf diesem Weg daran gewöhnt werden, sich eigenständig um ihre Gesundheit zu kümmern, sprich: mehr Compliance zu entwickeln gemäß § 1 SGB V – etwas das bislang noch nie wirklich eingefordert worden ist. Durch fehlende *Compliance* gehen jährlich Milliarden Euro verloren. Ein Phänomen für eine echte Solidaritätsdiskussion übrigens.

Versicherungsfremde Leistungen und Verschiebebahnhöfe sind Schritt für Schritt abzubauen. Wir müssen dahin kommen, dass die Kassen selbst mit ihrem Einnahmenvolumen und einem abgeflachten RSA und einer Entflechtung von „einheitlich und gemeinsam“ ihren Grundleistungskatalog definieren. Denn wer sonst als die Kassen sollte es machen? Der Grundleistungskatalog sollte nicht von der Politik unmittelbar – siehe die abschreckenden Entwicklungen in den Niederlanden – oder mittelbar definiert werden. Die Kassen würden schon bald in Zusammenarbeit mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein offenes Diskussionsforum über Qualität, Wettbewerb, resultatsbezogene *Rankings* und anderes mehr bilden.

Nur so kommen wir weg von kreativer Buchführung, heimlicher Verschuldung, falschen Solidaritätsdiskus-

sionen. Es wird sich auf diesem Weg langsam eine Übersichtlichkeit der Finanzierungswege entwickeln, es wird dabei zum Verschwinden von nicht leistungsfähigen oder schlecht geführten Kassen kommen, zur Abkehr von Erhöhungen von Zuzahlungen oder überraschenden Mehrbelastungen nach Kassenlage, zu jährlichen überhasteten Änderungen von Vorschriften und Gesetzen.

5. Mehr Wettbewerb durch Abkehr vom Morbi-RSA

Um einen echten Wettbewerb zwischen den GKV-Kassen zu ermöglichen, müssen der RSA bzw. der Morbi-RSA einer Neudefinition unterliegen. Nur so ließe sich der Wettbewerb von Kassen nicht nur auf einen Wettbewerb um den niedrigsten Beitragssatz und auf Einschreibewettbewerbe reduzieren. Nur auf diesem Wege können sich Kassen als voneinander unterscheidbar darstellen, nur das kann langsam echten Wettbewerb initialisieren. Das verlangt natürlich Flexibilität, neues Denken und neue Entscheidungsmuster anstelle der bisherigen Sicherheitskorsetze.

6. Festzuschussystematik und bessere Versorgungsforschung

Für die ganze Behandlungskette muss allmählich ähnlich dem befundorientierten Zuschuss bei den Zahnärzten eine Festzuschussystematik eingezo-gen werden. Wir müssen konzentriert das Problem der Endpunktstudien angehen. Diese Studien sind fokussiert auf homogene Patientenkollektive in stationärer Behandlung und Beobachtung und damit innerhalb klinischer Forschungen. Wir wissen relativ genau, dass nicht alle Ergebnisse dieser Studien die Erwartungen im ambulanten Versorgungsalltag erfüllen.

An dieser Schnittstelle muss eine verbesserte Versorgungsforschung einsetzen, die unter festgelegten und offen gelegten Kriterien von ausgewählten Fachärzten betrieben wird. Hierbei sind die Hindernisse, die aus dem Gegensatz von Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt entstehen, Zug um Zug abzubauen. Es ist zu prüfen, ob Medikamente erst für ein bis zwei Indikationen zugelassen werden (Schweizer Weg), die dann nach einer Phase von drei bis fünf Jahren Versorgungsforschung erweitert werden und dann erst voll abrechnungsfähig werden. Diese neuen Medikamente sollten dann z. B. ein blaues Dreieck tragen, das

Fortsetzung auf der folgenden Seite

„Hidden agenda“

Es fehlt an einer ehrlichen und offenen Analyse unseres Gesundheitswesens

Eike Hovermann

Fortsetzung von der vorigen Seite

eine Pflicht des Re-Call aus der ambulanten Versorgung beinhaltet. In diesen Prozess muss eine Registrierungspflicht, also Offenlegung aller Studien eingeflochten sein.

7. Ende der Dualen Finanzierung

Die Bundesländer müssen endlich von ihrer Dualen Finanzierung „entbunden“ werden, weil sie den damit verbundenen Pflichten in keiner Weise mehr nachkommen und damit die stationäre Versorgung in wachsende Qualitätsdefizite herein treiben – letztlich zu Lasten von Patienten bei wachsender Demotivation der Leistungserbringer.

Die Krankenhäuser haben in Zukunft kollektivvertraglich die Basis- und Notfallversorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus müssen krankenhausspezifische und kassenindividuelle einzelvertragliche Gestaltungsspielräume eröffnet werden z.B. unter Ausschluss von „einheitlich und gemeinsam“. Auf diesem Weg wären dann auch besser als bisher Verträge nach § 140 SGB V zu schließen. Die so allmählich einsetzende Verlagerung der Sicherstellung auf die Schultern der Kassen sollte von Länderseite aus nur noch durch regionale Rahmenvorgaben ergänzt werden.

Mit den aufgezeigten Punkten wird es möglich sein, dass sich schneller leistungsfähige Praxen und Krankenhäuser behaupten und eine wirkliche Integrierte Versorgung entstehen kann.

Nur auf diesem Weg werden wir auch unser nationales Versorgungssystem gut und sicher auf die Entwicklungen eines EU-weiten freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs einstimmen können, der auch in der Gesundheitsversorgung mit Sicherheit kommt²³.

Anders: Wir entlassen auf diesem Weg alle in eine neue größere Eigenverantwortung, in der der Staat – alias die Politik – das Sozialstaatsziel aus Artikel 20 GG adäquater umsetzen kann als in dem bisher aufgewachsenen, durchregulierten, verschuldeten, intransparenten und damit letztlich demokratiefeindlichen Gesundheitssystem – feindlich im Sinne der eigentlich anzustrebenden Partizipation. Natürlich können auf diesem Weg wirkliche Härtefälle auch weiterhin von den öffentlichen Händen kompensiert werden.

Was wir jetzt nicht mehr brauchen, ist ein weiterhin andauernder Dialog auf den bekannten Ebenen mit den üblichen Verdächtigen von Politik und Experten, die eigentlich schon immer alles aus ihrer Sicht wussten und wissen. Was wir brauchen, ist vielmehr der Start eines ehrlichen und fortlaufenden Dialogs mit den betroffenen Bürgern, der nicht mehr reduziert wird auf die Verkündung von Versprechen, sondern stattdessen konzentriert wird auf die Vermittlung anstehender, komplexer und wahrscheinlich auch öfter schmerzhafter Perspektiven.

Dieser Dialog ist derzeit unterentwickelt. Die absinkende Wahlbeteiligung zeigt dies mehr als deutlich. Man kann Engagement nicht erwarten und vor allem auch nicht erlernen, wenn man die Räume dazu nicht mehr eröffnet.

5. Summary

Es können Teilbausteine und einzelne Stellschrauben nicht stabilisieren, wenn Fundamente falsch gesetzt worden sind.

Anders: „Wer hohe Türme bauen will, muss lange beim Fundament verweilen“ (Anton Bruckner).

²³ Denn die Nationalstaaten des 19. und 20. Jahrhunderts haben bisher ihre Souveränität nach innen wie nach außen an Europa abgegeben, um auf diesem Weg den neuen Entwicklungen – „Global Player World“ – und den Machtzentren wie etwa China und Indien in der Zukunft noch „Paroli“ bieten zu können. Dieser Druck wird die EU immer stärker zusammenschweißen zu einem einheitlichen Waren- und Dienstleistungszentrum. Wir haben gar keine andere Chance. Wir sollten diese nicht durch kleinteiliges nationales Denken verspielen.