



Gesundheitswesen aktuell 2013

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Ruth Rumke, Axel Wunsch, Robert Paquet

„Ausblick auf die Gesundheitspolitik der 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 14-49)

Ruth Rumke, Axel Wunsch, Robert Paquet

Ausblick auf die Gesundheitspolitik der 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages

Die folgenden Ausführungen geben mit Ausnahme des Kapitels „Gesundheitspolitische Positionen der BARMER GEK“ die persönliche Auffassung der Autoren wieder.

Die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages geht zu Ende. Sie brachte dem Gesundheitswesen in Deutschland eine Reihe von gesetzgeberischen Weichenstellungen; die Ziele des Koalitionsvertrages der schwarz-gelben Bundesregierung wurden zwar nur zum Teil erreicht, die Bilanz von CDU/CSU und FDP erfordert allerdings einen differenzierten Blick. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Gesetzgebung der vergangenen vier Jahre, skizziert die Programme der Parteien und richtet den Blick auf die Anforderungen, denen sich die neue Bundesregierung stellen muss.

Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik

Eine Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren wäre nicht möglich, ohne zugleich die gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen im Blick zu behalten. Deutschland hat seit dem Jahr 2009 schwierige Zeiten durchlebt. Die weltweite Finanzkrise, ausgelöst durch die platzende Immobilienblase in den USA und die Turbulenzen in einigen südeuropäischen Ländern, wirkte sich nachhaltig auf die deutsche Gesellschaft aus.

Die Politik der Bundesregierung war seither – anknüpfend an die Reformen der Agenda 2010 – vor allem darauf ausgerichtet, die Folgen der Krise für Deutschland zu begrenzen. Schaut man auf die wirtschaftliche Entwicklung, so ist dies in weiten Teilen gelungen: Das Bruttoinlandsprodukt der Bundesrepublik Deutschland stieg kontinuierlich, die Wirtschaft erholte sich rasch vom Einbruch der Nachfrage im Winter 2008/2009, im Jahr 2012 verzeichnete Deutschland noch ein international beachtliches Wirtschaftswachstum von 0,7 Prozent, dem Arbeitsmarkt geht es vergleichsweise gut und damit auch den sozialen Sicherungssystemen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013).

Zugleich übernahm Deutschland gegenüber seinen europäischen Partnern weitreichende Verantwortung und trägt für den Normalbürger kaum zu überblickende finanzielle Risiken, um den europäischen Finanzmarkt zu stabilisieren. Dies alles scheint „alternativlos“ – und ist dementsprechend von vielen Besorgnissen begleitet.

Die Gesundheitspolitik wird den Bundestagswahlkampf nicht bestimmen. Dennoch bleibt dieser Politikbereich aufgrund der Stimmenvielfalt der Interessenvertreter ein schwieriges Feld für die Wahlkämpfer. Hinzu kommt, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen – rund 4,9 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2013) – sehr genau auf alle programmatischen Aussagen achten, die ihren Arbeitsplatz betreffen.

Rückblick auf die Regierungstätigkeit

„Wachstum. Bildung. Zusammenhalt“ – mit diesen Begriffen überschrieben CDU/CSU und FDP ihren Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009. Die schwarz-gelbe Koalition hatte sich anspruchsvolle Ziele gesetzt und wollte das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demografiefest gestalten (CDU/CSU, FDP 2009). Zur Erinnerung ein Überblick über die wichtigsten Ziele der Koalition für Gesundheit und Pflege in der 17. Legislaturperiode (Übersicht 1).

Finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2009/2010 war vor allem durch die kritische finanzielle Lage bestimmt. Für das Jahr 2011 erwartete die Bundesregierung ein Defizit von bis zu elf Milliarden Euro, was im Rahmen des bestehenden Systems der Zusatzbeiträge viele Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten gebracht und manche sogar in die Insolvenz getrieben hätte (Deutscher Bundestag 2010). Ursprünglich wollte vor allem die FDP eine „Revolution“, nach der an die Stelle der Finanzierung über prozentuale Beitragssätze eine Kopfpauschale plus steuerfinanziertem Sozialausgleich getreten wäre.

Übersicht 1: Eckpunkte des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und FDP

Themenfeld	programmatische Aussagen
Prävention	„Unsere Präventionsstrategie wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen.“
Finanzierung	„Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem. [...] Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.“
Wettbewerb GKV-PKV	„Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen.“
Versorgung	„Die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist uns ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt. [...] Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung wirksam [...] zu begegnen.“
Krankenhaus	„Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt.“ „Das Verfahren, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelt, wird kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert.“

Themenfeld	programmatische Aussagen
Patientensouveränität, Patientenrechte	„Die Versicherten sollen in die Lage versetzt werden, möglichst selbständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. [...] Die Patientenrechte wollen wir in einem eigenen Patientenschutzgesetz bündeln, das wir in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeiten werden.“
Telematikinfrastruktur	„Deutschland braucht eine Telematik-Infrastruktur, die die technischen Voraussetzungen dafür schafft, dass medizinische Daten im Bedarfsfall sicher und unproblematisch ausgetauscht werden können.“
Organspende	„Wir werden eine kritische Bestandsaufnahme der Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland seit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes 1997 vornehmen. Wir werden überprüfen, wie die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus gestaltet werden können, damit die Organspende und Organtransplantation gestärkt wird.“
Weiterentwicklung der Pflege	„Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. [...] Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. [...] Die Veränderungen in der Finanzierung eröffnen Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenz – neu zu definieren.“

Quelle: Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP 2009, eigene Zusammenstellung

Nach langen koalitionsinternen Auseinandersetzungen kam statt der Revolution das GKV-Finanzierungsgesetz. Es brachte Begrenzungen bei den Ausgaben (beispielsweise bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen und der Vergütung bestimmter Leistungserbringer) und stärkte die Finanzierungsbasis der GKV, indem der zwischenzeitlich wegen der Finanzkrise mithilfe des Konjunkturpakets II abgesenkte Beitragssatz wieder um 0,6 Prozentpunkte angehoben wurde. Damit betrug der paritätisch finanzierte Beitragssatz 14,6 Prozent; hinzu kam und kommt für die Mitglieder der Krankenkassen der im Juli des Jahres 2005 eingeführte Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Der Arbeitgeberanteil wurde zugleich auf 7,3 Prozent festgeschrieben; die künftigen Kostensteigerungen werden entsprechend dieser Logik allein von den Mitgliedern der Krankenkassen finanziert.

Die Folgejahre brachten der GKV stabile Finanzen. Im Jahr 2011 betrug der Überschuss rund vier Milliarden Euro, ein Jahr später lag das Plus bei rund fünf Milliarden Euro. An Rücklagen und Betriebsmitteln wiesen die Krankenkassen bis zum Ende des Jahres 2012 über 15 Milliarden Euro auf, von denen aber ein großer Teil gesetzlich vorgeschrieben ist. Zusammen mit den Rücklagen im Gesundheitsfonds von 13 Milliarden Euro stiegen die Reserven damit insgesamt auf mehr als 28 Milliarden Euro an.

Dies ist ein geradezu einzigartiges Bild, das bei der Politik zu prompten Reaktionen führte. Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble kürzte den Bundeszuschuss an die Krankenkassen für das Jahr 2013 um 2,5 Milliarden Euro und für das Jahr 2014 um 3,5 Milliarden. Alles scheint dem Ziel untergeordnet, ab dem Jahr 2014 einen strukturell ausgeglichenen Bundeshaushalt vorzulegen und Deutschland als „Stabilitätsanker in Europa“ zu etablieren (Bundesfinanzministerium 2013). Nach außen mag dies stimmen, nach innen sind diese Maßnahmen jedoch kein Beleg für die Verlässlichkeit der Haushaltspolitik. Daran, dass der Bundeszuschuss eigentlich der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen dienen soll (§ 221 SGB V), wollte niemand erinnert werden.

AMNOG – Highlight der Gesetzgebung

Das Highlight der gesundheitspolitischen Gesetzgebung war das zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG). Es fordert eine Nutzenbewertung neu zugelassener Arzneimittel als Voraussetzung der Erstattungsfähigkeit durch die GKV und regelt deren Preisbildung völlig neu. Entgegen vieler kritischer Stimmen hat sich dieses Instrument inzwischen gut etabliert. Allerdings zeigt sich, dass die Marktberreinigung bei neuen Arzneimitteln und die Wirkung der für sie ausgehandelten Erstattungspreise nicht genügen, um das politisch erwartete Einsparvolumen von zwei Milliarden Euro zu erreichen.

Hinzu kommt, dass die als „Arzneimittel-Sparpaket“ eingeführten Maßnahmen (Preismoratorium und erhöhter Herstellerabschlag) Ende des Jahres 2013 auslaufen werden. Ab dem Jahr 2014 ist daher mit fast zweistelligen Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln zu rechnen. Diese Entwicklung kann nur vermieden werden, wenn beide Maßnahmen um fünf Jahre verlängert werden (BARMER GEK 2013a, 2013b), bis der gesamte patentgeschützte Markt einer Nutzenbewertung unterzogen wurde.

Reichlich Potenzial bietet dabei die Nutzenbewertung des sogenannten Bestandsmarktes, also der Präparate, die vor dem 1. Januar 2011 auf den Markt kamen. Mit dem „Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ wurde geklärt, dass pharmazeutische Unternehmen erst nach dem Abschluss des Schiedsverfahrens zum Erstattungspreis gegen die Nutzenbewertung im Bestandsmarkt klagen können. Damit wurde klargestellt, dass für die neu zugelassenen und die bereits eingeführten patentgeschützten Präparate die gleichen Bedingungen gelten. Ohne diesen Schritt wäre das Verfahren nicht praktikabel und hätte seinen Zweck verfehlt.

Versorgungsstrukturgesetz: gegen den Ärztemangel

Das besondere Interesse der Bundesregierung galt der Sicherung der Versorgungslandschaft, vor allem im ambulanten Bereich (Landärztemangel). Hier ist vor allem das Versorgungsstrukturgesetz zu nennen,

mit dem die Regierung insbesondere der zu erwartenden Unterversorgung in ländlichen Gebieten begegnen wollte. Hierzu gehörten Änderungen in der Bedarfsplanung, beim Vergütungssystem und die Einführung der „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ (ASV).

Die Stoßrichtung des Gesetzes zur Flexibilisierung der Bedarfsplanung, besonders in ländlichen von Unterversorgung bedrohten Gebieten, fand dabei überwiegend positive Resonanz. Die Planungsbereiche müssen nicht mehr den Stadt- und Landkreisen entsprechen; sie können künftig nach regionalen Erfordernissen gestaltet werden. Doch hat das Gesetz für die Krankenkassen auch enorme bürokratische Hürden durch zusätzliche Genehmigungs- und Abstimmungsverfahren mit den Ländern aufgestellt. So mancher selektive Vertrag, den die Krankenkassen eigentlich hätten schließen wollen, ist diesem „bürokratischen Hindernislauf“ zum Opfer gefallen.

Das Versorgungsstrukturgesetz wollte auch die Ansätze zur integrierten Versorgung stärken, allerdings bisher ohne durchschlagende Wirkung. In der Praxis brachte es zusätzliche Schwierigkeiten, indem beispielsweise die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) auf bestimmte Rechtsformen beschränkt wurden und nur durch Ärzte geleitet werden dürfen.

ASV – Bindeglied zwischen den Versorgungssektoren

Als ein sehr sinnvoller, weil die Versorgungssektoren verbindender Ansatz präsentiert sich die ASV. Die Bundesregierung wollte mit dem Versorgungsstrukturgesetz besondere Rahmenbedingungen für die „Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder“ (§ 116 b SGB V) auf den Weg bringen. Ambulante Behandlungen, ambulant durchführbare Operationen und stationsersetzende Leistungen sollten besser gefördert werden. Die daran beteiligten Ärzte sollten über eine besondere Expertise verfügen; auch sollte es keine Bedarfs- und Mengenregulierung für die ASV geben. Die Leistungen sollten direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

An dieser Stelle trat jedoch das Bundesfinanzministerium auf den Plan. Man sah unkalkulierbare finanzielle Risiken für die GKV. Auch die Länder kritisierten die Pläne für die ASV. Der Kompromiss sah dann so aus: Der neue Versorgungsbereich wurde enger begrenzt, der Fokus auf solche Erkrankungen gelegt, die ein hochspezialisiertes Wissen, interdisziplinäre Kooperation und eine besondere Ausstattung der behandelnden Einrichtungen erfordern. Dazu gehören neben den seltenen Krankheiten nur schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Leistungen des ambulanten Operierens im Krankenhaus, wie sie der § 115b SGB V beschreibt, wurden bei der ASV nicht mehr berücksichtigt. Eine Bedarfsplanung ist für die ASV auch weiterhin nicht vorgesehen; eine Mengenbegrenzung sei – so die Gesetzesbegründung – bereits durch die engen Auswahlkriterien eingebaut.

Magere Bilanz in der Pflege trotz punktueller Fortschritte

Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hat die schwarz-gelbe Koalition für viele Betroffene spürbare Verbesserungen erreicht. Was jedoch fehlt, ist eine grundlegende und nachhaltige Reform, die Antworten auf die drängenden Fragen im Pflegebereich gibt. Hoffnungen oder auch Spekulationen auf eine große Reform der Pflege hatte die Koalition schließlich Ende des Jahres 2011 mit einer „kleinen Lösung“ beendet. Sie entsprach allerdings nicht den Erwartungen, die die Regierung selbst durch die Proklamation des „Jahres der Pflege“ genährt hatte.

In dieser Legislaturperiode ist es damit erneut nicht gelungen, eine umfassende Finanzreform auf den Weg zu bringen, um etwa die Dynamisierung der Leistungen abzusichern. Auch ist es nicht gelungen, die eigentliche Strukturreform durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu initiieren. Im Koalitionsausschuss einigten sich CDU/CSU und FDP stattdessen auf die moderate Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,1 Punkte auf 2,05 Prozent (beziehungsweise 2,3 Prozent für Kinderlose) zum 1. Januar 2013.

Damit werden höhere Beträge beim Pflegegeld und bei den Pflegesachkosten für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenzranke) finanziert. Die zusätzlichen Mittel durch die Beitragssatzerhöhung summieren sich ab dem Jahr 2013 auf rund 1,1 Milliarden Euro; daran orientieren sich die möglichen Mehrausgaben. Die vorgesehenen Verbesserungen, vor allem die erweiterten ambulanten Betreuungsleistungen, die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen oder auch die größere Flexibilität bei den Leistungen (Zeitkontingente) entsprechen den Wünschen vieler Versicherter. Darüber hinaus wurde eine staatliche Förderung von freiwilligen privaten Pflege-Zusatzversicherungen festgeschrieben („Pflege-Bahr“). Vor allem die FDP hatte bis zuletzt auf der Vereinbarung des Koalitionsvertrages bestanden und eine generelle und verpflichtende Ergänzung der Pflegeversicherung durch Kapitaldeckung gefordert. Schließlich einigte man sich auf die eher bescheidene Förderung einer freiwilligen Absicherung, die jedoch nicht so recht in die Gänge kommt.

Patientenrechte gebündelt

Auf der Reformagenda stand auch die Umsetzung eines Patientenrechtgesetzes. Herausgekommen ist ein Artikelgesetz, in dem die vielfältigen, bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen zum Patientenschutz zusammengefasst und im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert wurden. Ärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe wurden auf die verständliche und umfassende Information der Patienten zu dem Inhalt des „Behandlungsvertrags“ verpflichtet.

Viel Diskussionsstoff bot der künftige Umgang mit medizinischen Behandlungsfehlern. Es gab unterschiedliche Auffassungen darüber, ob eine generelle Beweislastumkehr einzuführen sei, nach der Ärzte ihr fehlerfreies Handeln hätten unter Beweis stellen müssen. Anders als von Patientenvertretern gefordert, bleibt die Beweislast bei vermuteten Behandlungsfehlern nun jedoch grundsätzlich beim Patienten – es sei denn, es liegt ein grober Behandlungsfehler vor. In diesem Fall geht die Beweislast auf den Arzt über.

Ähnlich kontrovers wurden die Forderungen nach einem verpflichtenden Meldesystem für Behandlungsfehler und einem Härtefallfonds diskutiert, die dann im Gesetz auch nicht mehr vorkommen. Außerdem müssen Krankenkassen künftig ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen. Dies war bislang freiwillig. Schließlich sieht das Gesetz eine Frist für Entscheidungen der Krankenkassen über beantragte Leistungen vor.

Förderung mit der Gießkanne

Auch im Krankenhausbereich war die Koalition nicht untätig. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009 wurde bereits ein Mehrleistungsabschlag zur Mengenbegrenzung der Leistungen im Krankenhaus eingeführt. Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen („Psych-Entgeltgesetz“) wurde im Jahr 2012 der Mehrleistungsabschlag modifiziert; für die Jahre 2013 und 2014 wurde er auf 25 Prozent festgesetzt.

Im Wahljahr 2013 sollte den Krankenhäusern geholfen werden; die Regierung hat im April 2013 beschlossen (zulasten der Krankenkassen) zusätzlich rund 1,1 Milliarden Euro für die Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Neben einem Hygiene-Förderprogramm und einer anteiligen Tariflohn-Refinanzierung sorgen vor allem „Versorgungszuschläge“ je Behandlungsfall für mehr Geld, das die Mehrleistungsabschläge teilweise wieder ausgleicht. Auf diese Weise werden praktisch alle Krankenhäuser begünstigt, unabhängig von Kriterien der Qualität und Relevanz ihrer Versorgungsleistung. Sinnvoller wäre es gewesen, die für die Versorgung zwingend notwendigen Krankenhäuser gezielt zu fördern und damit einen Beitrag zur Bereinigung beziehungsweise Optimierung der stationären Angebote zu leisten. Dies wäre beispielsweise in Form von Sicherstellungszuschlägen für die Grundversorgung möglich gewesen.

Zudem sollten im Rahmen der 8. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), an der die Regierung seit Ende des Jahres

2011 arbeitete, kartellrechtliche Vorschriften auf die GKV ausgeweitet werden. Zu Inhalt und Entstehungsgeschichte der im Jahr 2013 verabschiedeten Regelung wird auf den Beitrag „Die 8. GWB-Novelle und das Krankenversicherungsrecht“ in diesem Band verwiesen.

Zu diesen wichtigsten Ergebnissen der 17. Legislaturperiode kommt eine Reihe weiterer Gesetze und Verordnungen hinzu. Sie werden in Übersicht 2 in einer Auswahl skizziert.

Übersicht 2: Ausgewählte gesundheitspolitische Gesetze der 17. Legislaturperiode (chronologisch)

Gesetz/Verordnung (Jahr des Inkrafttretens)	wesentlicher Inhalt
Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (2010)	Der Gesundheitsfonds erhält im Jahr 2010 aus dem Bundeshaushalt insgesamt 15,7 Milliarden Euro, enthalten ist ein einmaliger Sonderzuschuss von 3,9 Milliarden Euro.
Haushaltsbegleitgesetz 2011 (2010)	Der Gesundheitsfonds erhält im Jahr 2011 einen zusätzlichen Steuer-Zuschuss von zwei Milliarden Euro, der zur Finanzierung des befürchteten Sozialausgleiches dienen soll.
Infektionsschutzgesetz (2011)	Das Gesetz soll durch schärfere Hygienevorschriften in Krankenhäusern für eine deutliche Senkung der Krankenhausinfektionen in Deutschland sorgen.
Patientenrechte-Richtlinie der EU (2011)	EU-Bürger können ab dem Jahr 2013 grundsätzlich frei entscheiden, in welchem EU-Land sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Bei Krankenhausbehandlungen ist eine vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse erforderlich. Erstattet werden die Kosten nur bis zu dem Betrag, der auch im Heimatland angefallen wäre.
Psych-Entgeltgesetz (2012)	Für die voll- und teilstationäre Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt.
Transplantationsgesetz (2012)	Das Gesetz setzt die EU-Transplantationsrichtlinie in deutsches Recht um. Ziel ist, vor allem durch regelmäßige Informationen der Bürger die Bereitschaft zur Organspende zu erhöhen.

Gesetz/Verordnung (Jahr des Inkrafttretens)	wesentlicher Inhalt
Notfallsanitäter-Gesetz (2013)	Das Gesetz ersetzt den bisherigen Beruf des Rettungsassistenten ab dem Jahr 2014 durch den des Notfallsanitäters.
Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (2013)	Das Gesetz schafft die Grundlage für klinische Krebsregister in allen Bundesländern. Außerdem erweitert das Gesetz den Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf alle Versicherten ab 18 Jahren.
Assistenzpflegegesetz (2013)	Das Gesetz beinhaltet unter anderem die Abschaffung der Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal. Die den Krankenkassen dadurch entgehenden 1,8 Milliarden Euro jährlich werden ihnen in den Jahren 2013 und 2014 durch den Gesundheitsfonds ersetzt; eine dauerhafte Kompensation fehlt jedoch.
Apothekennotdienst- sicherstellungsgesetz (2013)	Der Notdienst der Apotheken soll durch eine Steigerung der Abgabevergütung pro Packung um 16 Cent gefördert werden, was jährlich etwa 120 Millionen Euro erbringt.
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (2013)	Der Säumniszuschlag wird für freiwillig Versicherte und Selbstständige von fünf auf ein Prozent pro Monat gesenkt. Privatversicherte sollen einen neuen Notlagentarif bekommen.
Präventionsgesetz (laufend)	Das Gesetz soll die Präventionsstrategie der Bundesregierung umsetzen. Auf Eckpunkte dazu hatte sich die Koalition im Dezember des Jahres 2012 verständigt. Die Entscheidung des Bundesrates steht aus.

Quelle: eigene Zusammenstellung

Gesamtbewertung

Insgesamt kann man der regierenden Koalition im Bereich der Gesundheitspolitik zwar vorhalten, in den vergangenen Jahren an einigen Stellen nicht energisch genug gehandelt zu haben, beispielsweise in der Pflege oder bei den Patientenrechten. Gleichwohl bleibt ein eher positiver Gesamteindruck. Bestätigt hat sich weitgehend, dass die politische Entwicklung „pfadabhängig“ ist. Die getroffenen Entscheidungen spiegeln zwar auch

die Programmatik der Koalitionsparteien wider, stehen aber durchaus in der Tradition der Politik vergangener Regierungen. Sie sind aber auch abhängig von vorgefundenen gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Bedingungen. So hat die Konjunktur seit Mitte der Regierungszeit eine einmalig positive Finanzsituation geschaffen: Leistungskürzungen und zusätzliche Belastungen der Patienten konnten vermieden werden.

Aller Erfahrung nach gibt es in jeder Wahlperiode ein wirklich richtungsweisendes Gesetz. Das ist in den vergangenen vier Jahren zweifellos das AMNOG gewesen, das mit der frühen Nutzenbewertung der Arzneimittel eine entscheidende Neuerung eingeführt hat. Dieses Gesetz hätte zu Beginn der Wahlperiode wohl niemand von einer schwarz-gelben Koalition erwartet.

Die Angebote der Parteien zur Bundestagswahl 2013

In den Monaten vor der Bundestagswahl haben die Parteien ihre Wahlprogramme vorgelegt. Zuletzt kam das Wahlprogramm der CDU/CSU am 24. Juni 2013 hinzu. Damit liegen nun mehr oder weniger konkrete Vorstellungen vor, wie sich das Gesundheitssystem weiterentwickeln soll.

Dem Charakter von Wahlprogrammen gemäß finden sich vor allem positive Aussagen und Versprechungen. Die Menschen belastende Reformschritte werden nicht ausgesprochen oder hinter Euphemismen verborgen. Das kann man den Parteien nicht verdenken. Immerhin gehört es zu den ungeschriebenen Gesetzen der Politik, mit unangenehmen Notwendigkeiten erst spät und schon gar nicht vor Wahlen an die Öffentlichkeit zu gehen. Trotzdem sind die vorgestellten Positionen der Parteien zur Gesundheitspolitik von Interesse. Gesundheit, Krankheit und die Versorgung berühren jeden Einzelnen, sodass man genauer auf die Programmatik der Parteien schauen sollte. Zudem weist die ordnungspolitische Ausrichtung der einzelnen Parteien durchaus auf mögliche Koalitionen hin. Insgesamt können 38 Parteien an der Bundestagswahl 2013 teilnehmen (Bundeswahlleiter 2013). Vor diesem Hintergrund beschränkt sich der hier

verfasste Versuch, einen Abriss der gesundheitspolitischen Positionen zu liefern, auf die zurzeit im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien. Von den übrigen Parteien sind ohnehin nur drei nennenswert: Die gesundheitspolitischen Positionen der PIRATEN liegen zwischen denen der LINKEN und Bündnis 90/Die Grünen. Die Positionen der „Alternative für Deutschland“ liegen nahe bei FDP und Union. Die „Freien Wähler“ stehen den Positionen der Unionsparteien nahe.

Für die Darstellung sind die Themenkomplexe Versorgung, Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention und Finanzierung ausgewählt worden.

CDU/CSU

Die CDU/CSU hat an allen größeren Gesundheitsreformen der Vergangenheit mitgewirkt. Ziel war es, eine qualitativ hochwertige und solidarische Versorgung in Deutschland zu sichern.

Versorgung: In der ambulanten Versorgung will die CDU/CSU die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) grundsätzlich beibehalten. Die Attraktivität des Hausarztberufes soll gesteigert werden, um eine gute Versorgung vor allem in den ländlichen Regionen zu sichern. Ob es für die Krankenkassen weiter einen Zwang zum Abschluss von HZV-Verträgen geben soll, einschließlich der Pflicht zur Kostenneutralität, kann dem Programm allerdings nicht entnommen werden. Dies sind jedoch die Gretchenfragen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Vertreter der CDU erklärten in der Vergangenheit, der Zwang zum Abschluss solcher Verträge könnte gelockert werden, die Pflicht zur Kostenneutralität müsse jedoch bestehen bleiben. Vertreter der CSU äußerten sich genau umgekehrt: Die Pflicht zu Abschlüssen mit dem Hausärzteverband müsse bestehen bleiben, die Kostenbegrenzung sollte jedoch gelockert werden.

Auch bei der stationären Versorgung haben sich die beiden christlichen Parteien bisher nicht zu klaren Aussagen durchringen können. Im Vorfeld ihres gemeinsamen Programms hatten Vertreter der CDU gewisse

Sympathien für den Einstieg in wettbewerbliche Verträge mit Krankenhäusern und für eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft erkennen lassen. Es wurde anerkannt, dass die Mengenentwicklung problematisch sei. Die CSU will dagegen unverdrossen am Status quo festhalten und hat mit dem „Hilfspaket für die Krankenhäuser“ eine Förderung mit der Gießkanne durchgesetzt. Die Strukturen der Versorgungslandschaft und die Form der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sollen nicht angetastet werden.

Im Arzneimittelbereich bewerten beide Parteien das AMNOG als erfolgreichen Beitrag für mehr Transparenz und Wettbewerb. Insgesamt sollen die verschiedenen Sektoren und Leistungserbringer besser abgestimmt zusammenarbeiten.

Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention: Die Verantwortung für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung sehen die Unionsparteien bei den Ländern, so wie es im Versorgungsstrukturgesetz angelegt ist. Weitere Veränderungen des Ordnungsrahmens werden von den Regierungsparteien nicht vorgesehen. In der Prävention will die Union eine umfassende Strategie umsetzen, die verbindliche Ziele für alle Akteure definiert und von einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim Bundesgesundheitsministerium begleitet wird.

Das bereits im Bundestag verabschiedete, aber noch beim Bundesrat „hängende“ Präventionsgesetz sieht dabei verbindliche finanzielle Mindest- beziehungsweise Richtwerte für die Primärprävention und die Gesundheitsförderung in Betrieben vor. Bei der Pflege sehen CDU und CSU weiterhin die Notwendigkeit, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen. Die Pflegeversicherung soll jedoch eine Teilkostenabsicherung bleiben, in der die private Vorsorge ein wichtiges Element ist. Die Union spricht sich in ihrem Wahlprogramm für eine „moderate Erhöhung des Beitrags zur Pflegeversicherung“ aus, um Leistungsverbesserungen umzusetzen.

Finanzierung: Bei der Finanzierung will die Union am Gesundheitsfonds festhalten, inklusive eines staatlich festgesetzten Einheitsbeitrags mit Zusatzbeiträgen und Prämienrückerstattung. Neu im Wahlprogramm ist die explizite Forderung, dass „Krankenkassen, deren Rücklagen die gesetzliche Mindestreserve um ein Mehrfaches übersteigen, [...] in Zukunft zur Prämienrückerstattung an ihre Mitglieder verpflichtet werden“ sollen.

Ob die Zusatzbeiträge in Zukunft allerdings einkommensabhängig oder -unabhängig erhoben werden sollen, ist und bleibt ein offener Streitpunkt zwischen CDU und CSU. Aber auch in der CDU finden sich viele Gegner des pauschalen Zusatzbeitrags, die froh wären, wenn sie sich in einer Koalition von den Positionen des Leipziger Parteitags (genereller Übergang zu einer fixen Prämie) trennen könnten. Konsequenterweise liefert das Programm der Union hierzu keine genaue Formulierung, und auch die Äußerungen der Fachpolitiker ergeben kein klares Bild. Vielleicht soll kein möglicher Koalitionspartner verschreckt werden.

Der Arbeitgeberanteil soll jedenfalls festgeschrieben bleiben. Die versicherungsfremden Leistungen sollen weiter über einen Steuerzuschuss mitfinanziert werden. Auch ein eventueller Sozialausgleich der Belastungen durch Zusatzbeiträge soll aus Steuermitteln erfolgen. Im System der Zuzahlungen sieht die Union keine Veränderungen vor. Das Wahlprogramm enthält ein klares Bekenntnis zum Fortbestand der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit Kapitaldeckung. Vereinzelt kritische Äußerungen von CDU-Fachpolitikern zu den zunehmenden Problemen der PKV fanden keinen Niederschlag.

SPD

Die „soziale Gerechtigkeit“ gilt als Markenkern der Sozialdemokratie. Das Wahlprogramm der SPD setzt hier seinen Schwerpunkt, unterstreicht die Bedeutung einer guten medizinischen Versorgung für alle und will die „Privilegierungen im Gesundheitswesen“ beziehungsweise die „Zweiklassenversorgung“ beenden.

Versorgung: In der ambulanten Versorgung möchte die SPD die Primärversorgung deutlich aufwerten. Sie will eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung als „Rückgrat der Versorgung“, die durch die Kassen verpflichtend anzubieten ist. Strukturschwache Regionen sollen besonders gefördert werden.

Die Integrierte Versorgung (IV) soll durch eine eigenständige und zweckgebundene Finanzierung „neu angestoßen“ und mit geeigneten Konzepten der Telematik und Mobilität verknüpft werden. Im stationären Bereich strebt die SPD eine Revision des DRG-Systems an. Die Personalkosten sollen ausreichend berücksichtigt werden; für die Krankenhäuser sollen „Personalmindeststandards“ gelten.

Die Partei will nach ihrem Wahlprogramm selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erleichtern, was aber auf ihrer Landesebene durchaus kritisch gesehen werden dürfte. Außerdem will sie einen Anspruch auf Zweitmeinungen vor bestimmten Behandlungen verbindlich festschreiben. Sie sieht auch die Notwendigkeit, dass sich die Leistungserbringer untereinander stärker vernetzen. Die Qualität der Versorgung soll verbessert werden, indem das Nutzenkriterium bei der Einführung von Arzneimitteln, diagnostischen und therapeutischen Verfahren und Medizinprodukten stärker berücksichtigt wird. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen weiterentwickelt werden.

Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention: Die SPD will die Bedarfsplanung über die Sektorengrenzen hinweg vollziehen. Nicht nur die Länder, sondern auch die Städte und Gemeinden sollen künftig bei der regionalen beziehungsweise lokalen Gesundheitsversorgung eine stärkere Rolle spielen. Die Partei betont die Bedeutung einer „wirksamen Präventionsstrategie“. „Dazu gehört eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention und eine Steuerung gemeinsamer Maßnahmen von Ländern, Kommunen und allen Sozialversicherungsträgern auf der Ebene der Länder.“ Ausweislich des von den SPD-regierten Ländern im Bundesrat eingebrachten Entwurfs für ein Präventionsgesetz läuft dieser Gedanke auf eine stärkere finanzielle

Belastung der Kassen hinaus, wobei die Länder letztlich allein über die Verwendung der Mittel entscheiden.

Die SPD will die Pflege umfassend reformieren. Dazu soll „als Kernelement“ ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden. Der Kanzlerkandidat der Partei hat zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen angekündigt, der Beitragssatz solle um 0,5 Prozentpunkte angehoben werden. Die Pflegeausbildung soll reformiert werden, finanzielle Anreize sollen zudem die Qualität der Pflege verbessern.

Finanzierung: Programmatischer Dauerbrenner der SPD ist die Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Sie soll alle Neuversicherten und auf freiwilliger Basis auch alle heutigen PKV-Versicherten einbeziehen. Die PKV-Mitglieder sollen innerhalb des ersten Jahres in die Bürgerversicherung wechseln können oder für immer in der privaten Krankenversicherung bleiben.

Der Zusatzbeitrag soll abgeschafft werden, und die Krankenkassen ihre Beitragssatzautonomie zurückbekommen. Ziel der SPD ist die „tatsächliche Parität“ der Beitragsaufbringung durch die Arbeitgeber: Sie sollen über eine Art Lohnsummensteuer den gleichen Betrag aufbringen wie die Beschäftigten. Der Steuerzuschuss zur GKV-Finanzierung soll „stetig ansteigen“, finanziert durch eine erhöhte Kapitalertragssteuer. Die PKV soll die Bürgerversicherung anbieten dürfen. GKV und PKV sollen eine einheitliche Honorarordnung für die ambulante ärztliche Versorgung erhalten, wobei das Gesamthonorarvolumen nicht geschmälert werden soll.

FDP

Überraschenderweise hat die FDP in der letzten Legislaturperiode das Gesundheitsministerium übernommen beziehungsweise übernehmen müssen. In der sensiblen und äußerst komplexen Gesundheitspolitik war eine Eins-zu-eins-Umsetzung ihrer eigentlichen Programmatik nicht möglich. Verschiedene ordnungspolitische Grundsatzpositionen der Partei wurden dadurch einem harten Realitätstest unterzogen.

Versorgung: Das Programm der FDP zur Wahl 2013 betont ihre Erfolge in der Gesundheitspolitik und verspricht, den Weg in die eingeschlagene Richtung fortzusetzen. Besonders wichtig ist ihr die Freiberuflichkeit der Heilberufe als „Garant für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen“. Freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie die freie Wahl der Krankenversicherung sind dabei wichtig.

Für eine moderne Gesundheitsversorgung spielt die Zusammenarbeit der Beteiligten eine bedeutsame Rolle: „Wir setzen uns dafür ein, dass die Aufgaben zwischen den Beteiligten klar geregelt und verteilt sind.“ Nach liberalem Verständnis ist demzufolge eine öffentlich-rechtliche Steuerung der Versorgung nicht erforderlich. Marktmechanismen und finanzielle Anreize führen zu einem ausgewogenen Angebot: Die FDP möchte daher die Budgetmedizin abschaffen, grundsätzlich das Kostenersatzungsprinzip einführen und setzt auf mehr Eigenverantwortung im System. Dabei soll die flächendeckende Versorgung vor allem dadurch gesichert werden, dass man die Rahmenbedingungen für die Ausübung des Arztberufes verbessert. Ärztliche und nicht ärztliche Berufe sollen attraktiver werden.

Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention: Die FDP spricht sich gegen eine „zentralistisch gelenkte Staatsmedizin“ aus; weitergehende Vorstellungen zum Ordnungsrahmen werden nicht dargelegt. Auch die FDP hat sich eine umfassende Präventionsstrategie auf die Fahne geschrieben. Dabei unterstreicht sie, dass „jede Institution in klarer Finanz- und Aufgabenverantwortung ihren Beitrag leisten“ müsse. Sie sieht dabei „Kommunen, Krankenkassen, Gesundheitsberufe, Arbeitgeber [...] und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ in der Pflicht.

Die Pflegeversicherung soll weiter auf die Herausforderungen der Zukunft eingestellt werden. Die Kriterien zur Pflegebedürftigkeit sollen im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert werden. Angesichts des demografischen Wandels brauche man eine Stärkung der Kapitaldeckung. Zentrales Element der FDP-Politik ist daher die private Pflegevorsorge.

Finanzierung: Die FDP hält am derzeitigen Modell des Gesundheitsfonds und eines staatlich festgesetzten Einheitsbeitrags sowie an den pauschalen Zusatzbeiträgen fest. „Der Einstieg in die Abkoppelung der Krankenversicherung von den Löhnen und Gehältern war richtig.“ Der Arbeitgeberbeitrag soll offenbar festgeschrieben bleiben.

Trotzdem will die FDP die „Beitragsautonomie der Krankenkassen weiter ausbauen und die Umverteilung durch den Gesundheitsfonds zurückführen.“ Die geforderte „Beitragsautonomie“ beschränkt sich dabei wohl auf die Bestimmung der Zusatzbeiträge. Im Zusammenhang damit wird ein klares Bekenntnis zur privaten Krankenversicherung abgelegt. Gefordert werden dabei allerdings etwas nebulös „Konzepte sowohl zur Beitragssatzentwicklung als auch zur Portabilität von Alterungsrückstellungen“. Der Wegfall der Praxisgebühr wird als erfolgreiche Entlastung der Patienten herausgestellt.

DIE LINKE

Die Partei DIE LINKE steht nach wie vor recht isoliert da; die Reaktionen anderer Bundestagsparteien auf Koalitionsabsichten reichen von Ablehnung bis zu kühlem Schweigen.

Versorgung: Die Partei steht für eine flächendeckende medizinische Versorgung, wobei die bisherige Trennung in ambulant und stationär weitestgehend aufgehoben wird. Die Krankenhäuser sollen generell für Polikliniken oder Ambulanzen geöffnet werden. Es soll keine Privatisierung von Krankenhäusern mehr geben; schon vollzogene Privatisierungen sollen rückgängig gemacht werden. Die Personalplanung im Krankenhaus soll nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgen. Das System der dualen Finanzierung der Krankenhäuser soll explizit beibehalten werden.

Das DRG-System und die pauschalierten Entgelte in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sollen abgeschafft werden; sie seien „mit Sinn und Zweck von Einrichtungen der Daseinsvorsorge“ nicht vereinbar. DIE LINKE will eine Positivliste für Arzneimittel einführen; alle

sinnvollen Medikamente sollen vollständig erstattet und Scheininnovationen aus dem Leistungskatalog gestrichen werden.

Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention: DIE LINKE will eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung für alle Gesundheitsberufe. Auch will DIE LINKE (ohne explizite Erwähnung im Gesundheitskapitel des Wahlprogramms) ein Präventionsgesetz. Die Partei strebt eine umfassende Pflegeversicherung anstelle der heutigen Teilkostenabsicherung an. Die neue Pflegeversicherung soll „alle notwendigen Leistungen übernehmen“. Ein neuer Pflegebegriff soll umgesetzt werden. DIE LINKE lehnt eine private Pflegevorsorge ab.

Finanzierung: DIE LINKE kritisiert: „In den letzten Jahren wurde das Gesundheitswesen immer stärker an Markt- und Gewinninteressen ausgerichtet“ und fordert: „Jegliche Zuzahlungen und Zusatzbeiträge müssen abgeschafft werden.“ DIE LINKE vertritt ein besonders radikales Modell der Bürgerversicherung: Es läuft faktisch auf eine Einheitskrankenkasse mit einheitlichem Beitragssatz für alle hinaus, wobei alle Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll abgeschafft werden. Nach diesem Konzept entfallen zwangsläufig auch die Zusatzbeiträge. Der Beitrag wird paritätisch aufgebracht.

DIE LINKE will einen umfassenden Leistungskatalog sicherstellen, der ohne Zuzahlungen finanziert wird und Rationierung unnötig macht. Die PKV soll als Vollversicherung abgeschafft werden und nur noch Zusatzversicherungen anbieten dürfen.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Als möglicher Koalitionspartner der SPD empfehlen sich die Grünen mit einer relativ stark ausgeprägten inhaltlichen Nähe, vor allem mit Blick auf die Bürgerversicherung.

Versorgung: Ähnlich wie die SPD wollen auch die Grünen die Primärversorgung aufwerten. Hausarztverträge werden als wichtig für die wohnortnahe Versorgung angesehen. Es soll aber keinen Zwang für die Krankenkassen geben, solche Verträge abzuschließen.

Auch die Pflicht zur Kostenneutralität soll aufgehoben werden. Die sektorenübergreifende integrierte Versorgung soll gefördert, regionale Versorgungsnetze und umfassende gemeindenahere Versorgungsangebote sollen gestärkt werden. In der Krankenhausvergütung sollen die Personal- und Sachkosten sowie die Qualität angemessen berücksichtigt werden. Die Kooperation der Gesundheitsberufe und -einrichtungen müsse sich nach Meinung der Grünen verbessern; das betrifft sowohl die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander als auch ihre Kooperation mit den ambulanten Einrichtungen.

Sicherheit und Wirksamkeit von Medizinprodukten sollen sich europaweit verbessern, indem ein einheitliches staatliches Zulassungsverfahren etabliert wird. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollen konsequenter im Hinblick auf ihren Nutzen bewertet werden.

Ordnungsrahmen/Pflege/Prävention: Die Grünen plädieren für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, an der Kommunen und Patientenverbände stärker als bisher beteiligt werden sollen. Die Patientenrechte und die Rechte der Patientenvertreter in den Gremien der Selbstverwaltung sollen gestärkt werden.

Ein eigenständiges Gesetz soll Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definieren und für eine breite Finanzierung durch alle Beteiligten sorgen. Lebensweltbezogene Maßnahmen sollen ausgebaut werden. Eine umfassende Pflegereform soll den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen, die Leistungen der Pflege dynamisieren, deutliche Leistungsverbesserungen schaffen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern.

Finanzierung: Die Grünen streben eine Bürgerversicherung an, in der die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird. Die Beitragssatzautonomie soll den Krankenkassen zurückgegeben werden, Beitragssätze werden einkommensbezogen erhoben und paritätisch aufgebracht. Die Zusatzbeiträge sollen entfallen. Für Ehepaare soll ein Beitragssplitting gelten. Zuzahlungen wollen die Grünen komplett abschaffen. Nach den Plänen der Grünen sollen auch die privaten Versicherungsunternehmen die Bürgerversicherung anbieten dürfen. Es soll eine gemeinsame Honorarordnung für die ambulante ärztliche Versorgung eingeführt werden.

Ordnungspolitische Ausrichtung der Parteien

Ebenso wie bei den übrigen Inhalten der Wahlprogramme fehlt auch für die Gesundheitspolitik das zentrale Megathema, an dem sich die Geister scheiden. Seitdem die große Koalition den Gesundheitsfonds und das System der Zusatzbeiträge erfunden hat, ist die bis dahin zentrale ideologische Bruchlinie „Bürgerversicherung gegenüber Prämienmodell“ deutlich in den Hintergrund getreten. Außerdem hat die aktuelle Regierungskoalition das System der Zusatzbeiträge in einer Form gangbar gemacht, die entweder tatsächlich umsetzbar erscheint oder für alle (potenziellen) Beteiligten gesichtswahrend angepasst werden kann.

In den Wahlprogrammen sind die alten ordnungspolitischen Grundsätze durchaus noch erkennbar und haben Signalcharakter für bestimmte Wählergruppen. Zum Teil erweisen sich diese Positionen aber gegenüber der tatsächlichen Politik der Parteien als rhetorisch und weitgehend überholt. Die Regierungsparteien haben sich eine große Offenheit gegenüber den realen Problemen des Gesundheitswesens und ein hohes Problembewusstsein erarbeitet. Gesundheitspolitik ist damit auch in dem Sinne große Politik geworden, dass ideologische Stereotypen offensichtlich nicht mehr als ernsthafte Lösungsangebote ins Spiel gebracht werden. Dies erklärt die teilweise „ehrgeizlosen“ Formulierungen der Wahlprogramme. Das gilt auch, cum grano salis, für die Oppositionsparteien.

Die CDU, die formell zwar noch an ihr Bekenntnis zur Kopfpauschale aus ihrem Leipziger Programm (CDU 2003) gebunden ist, ist im Konflikt mit der CSU, die es bei einer einkommensbezogenen Beitragsbemessung belassen will. Konsequenterweise wurde diese Facette der Finanzierungsdiskussion im gemeinsamen Wahlprogramm der Unionsparteien ausgeblendet. Die CDU würde sich am liebsten in einer neuen Koalition ganz von der Leipziger Hypothek befreien. Die Rückkehr zu weitgehender Beitragssatzautonomie der Krankenkassen erscheint insoweit mit den Unionsparteien nicht unmöglich, würde dem Koalitionspartner aber im politischen Tauschgeschäft einen nicht geringen Preis, beispielsweise das Beibehalten der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, abfordern.

Gerade die FDP hat ihre gesundheitspolitischen Positionen in dieser Wahlperiode merklich verändert. Vier Jahre Ressortverantwortung für die Gesundheitspolitik haben tiefe Spuren in ihrer tatsächlichen Agenda hinterlassen. Wenn auch das Wahlprogramm noch die Werte der Freiheitlichkeit beschwört (freie Krankenhaus- und Arztwahl oder Lob der Freien Berufe im Gesundheitswesen), zeigt die tatsächliche Politik ihrer beiden Gesundheitsminister, dass die FDP nicht mehr umstandslos als Klientelpartei der akademischen Gesundheitsberufe betrachtet werden kann.

AMNOG und Arzneimittelsparpaket waren eine tiefe Enttäuschung für die Pharmaindustrie. Die Regelungen des Patientenrechtegesetzes, die gesetzliche Aufsicht bei der Organtransplantation und die Vorschriften gegen Korruption im Gesundheitswesen zeigen, dass sich inzwischen auch die FDP gezwungen sieht, das ideologische Vorvertrauen in die Ärzteschaft durch solide Kontrollen zu ersetzen. Auch die Verbindung der FDP mit den Apothekern hat durch den Insiderskandal (Informationsweitergabe aus dem BMG an die Apothekerverbände) einigen Schaden erlitten, wenngleich die Apotheker ökonomisch in der vergangenen Wahlperiode noch gut abgeschnitten haben (Erhöhung der Abgabevergütung und Apotheken-Notdienstpauschale).

Die FDP ist inzwischen so sehr an die Realitäten angepasst und durch Pragmatismus geprägt, dass sie nicht mehr nur mit der Union koalitionsfähig wäre. Die Unionsparteien und die FDP zeichnen sich noch durch das gemeinsame Bekenntnis zum dualen Versicherungssystem von GKV und PKV aus und etwa durch das Lob des Kostenerstattungssystems. Ein ernsthafter Versuch der FDP, der Kostenerstattung in der GKV einen größeren Stellenwert einzuräumen, würde inzwischen überraschen. Dass in der PKV im Interesse von deren Versicherten massive Reformen erforderlich sind, ist mittlerweile Common Sense auch bei den aktuellen Koalitionsparteien.

Es birgt eine absurde Pointe, dass ausgerechnet die FDP – auch gegen den Widerstand aus der Union – die Praxisgebühr abgeschafft hat: Eine Partei, die wie keine andere den Wert von Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen unterstrichen hat, annulliert die prominenteste Zuzahlung und löst damit einen Überbietungswettbewerb der Oppositionsparteien aus, wer alle anderen Eigenbeteiligungen am gründlichsten abschaffen und den Leistungskatalog am großzügigsten aufstocken will. Das eigentliche Motiv der FDP lag in der Entlastung der niedergelassenen Ärzte von bürokratischem Aufwand; nach den Regeln der politischen Kommunikation musste das Gesundheitsministerium aber die Maßnahme als „Entlastung der Versicherten“ verkaufen.

DIE LINKE hält noch an dem ursprünglichen Konzept der Bürgerversicherung aus der Rürup-Kommission (BMGS 2003) fest und verspricht sich davon die Lösung fast aller Probleme des Gesundheitswesens. Die SPD hat dagegen – vor allem mit Rücksicht auf die von ihr bevorzugten Wählergruppen – ihr ursprüngliches Konzept deutlich modifiziert und verzichtet auf die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Heranziehung der anderen Einkommensarten. Sie ersetzt jene durch das Versprechen eines erhöhten Steuerzuschusses zur GKV auf der Grundlage der Zinsabschlagssteuer. Mit dem Angebot, auch die PKV-Unternehmen sollten die „Bürgerversicherung anbieten“ können, wird die Hand zur Versicherungswirtschaft ausgestreckt und das Bewusstsein

dokumentiert, dass die Bürgerversicherung nur in mehreren Schritten und kompromisshaft, also nicht mit radikalen Brüchen angestrebt werden kann.

Auch BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben ähnliche Veränderungen an ihrem Bürgerversicherungsprogramm vorgenommen. Überhaupt fällt auf, dass ihnen die PKV im Hinblick auf Zusatzversicherungen wichtiger ist als der SPD und der Linken. Die liberalen Kräfte bei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen offenbar einen relevanten Bedarf individueller Sicherungsgestaltung, die über das Niveau der Bürgerversicherung hinausgeht. Außerdem ist festzustellen, dass BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN inzwischen zu einem gesundheitspolitischen Vollprogramm aufgeschlossen haben und nicht mehr – wie früher – vor allem für bestimmte Klientelgruppen Anknüpfungspunkte liefern wollen. Bei näherem Hinsehen sind viele ihrer Problemformulierungen und Lösungsvorschläge auch anschlussfähig zur Union.

Überhaupt zeigt sich eine hohe Übereinstimmung fast aller Parteien bei der Wahrnehmung der Probleme im Gesundheitswesen und der Prioritätensetzung. Die Lösungsvorschläge unterscheiden sich zwar, aber bestimmte zentrale Themen werden eigentlich bei allen Parteien wahrgenommen.

Hierzu zählt die problematische Mengenentwicklung bei den Krankenhausleistungen. Die Investitionsfinanzierung im stationären Bereich muss institutionell und quantitativ neu geregelt werden, und es gibt problematische Anreize, die vom Fallpauschalensystem ausgehen. Thematisiert wird auch eine bessere Verzahnung von ambulant und stationär, bis hin zu sektorenübergreifenden Vergütungssystemen und der Fachkräftemangel. Am empfindlichsten droht dieser bei den Haus- und Landärzten. Hier geht es vor allem um die Anwendung der vorhandenen Instrumente. Keine Partei ist der Auffassung, die vorhandenen Probleme durch eine grundlegend andere gesetzliche Regelung lösen zu können. Alle stehen vor der gleichen Aufgabe, wie man die gesellschaftlichen

Akteure (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Universitäten...) im gegebenen Rechtsrahmen motiviert, ihren Beitrag zu einer Lösung zu leisten.

Die Übereinstimmung zeigte sich auch im Abstimmungsverhalten im Gesundheitsausschuss, aber auch im Plenum des Deutschen Bundestages. Selbst in jüngster Zeit hat es in der Länderkammer vielfältige Zustimmung zu den Gesetzen der Bundesregierung gegeben; nur die generelle Unterstellung der Krankenkassen unter das Wettbewerbsrecht (8. GWB-Novelle) ist im Vermittlungsausschuss gekippt worden.

Gestritten wird um operative Umsetzungsfragen bei weitgehend übereinstimmenden Zielsetzungen: In welchem Ausmaß sind selektive Verträge der Krankenkassen für die Lösung der Krankenhausprobleme geeignet? Soll man die Integrationsversorgung wieder durch einen besonderen Fonds fördern (Anschubfinanzierung?), und wo soll dessen Finanzierung herkommen? Soll es eine Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung geben, und wenn ja, wie sollen diese ausgestaltet werden (§ 73b SGB V mit oder ohne Kostenneutralität)?

Die Oppositionsparteien behalten natürlich ihre spezifischen Akzente: BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die SPD stellen beispielsweise die Interessen und Steuerungskompetenzen der Länder und Gemeinden stärker in den Vordergrund. Neben einem generellen Zug bei beiden Parteien zum Kommunitarismus liegt das auch in der Natur der Oppositionsrolle im bundesdeutschen Politiksystem: Da der Führung der Bundesregierung in der Regel der Sieg in diversen Landtagswahlen vorausgeht, ist diese Akzentsetzung verständlich. Sie löst sich aber auch wieder auf, sobald die (neue) Bundesregierung den Widerstand „ihrer“ Länder zu spüren beginnt.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden: Eine Fortsetzung der aktuellen schwarz-gelben Koalition würde ebenso wenig zu grundstürzenden Veränderungen in der Gesundheitspolitik führen wie jede andere Regierungskonstellation. Eine Mischung aus einer moderaten Politik der

Kostendämpfung und vorsichtig pragmatischen Reformschritten bei den genannten zentralen Problemfeldern wäre zu erwarten.

Aber auch eine große Koalition von Union und SPD würde – mit geringen Unterschieden in der Akzentuierung – eine solche Politik betreiben. Die in vieler Hinsicht „sozialdemokratisierten“ Unionsparteien und die SPD wären bei der Gesundheitspolitik durchaus kompromissfähig. Beide Parteien wären dabei froh, ihre jeweiligen extremeren Flügelpositionen in Schach halten zu können. Nur die SPD hätte das größere Problem, ihren Funktoren den erneuten Eintritt in eine große Koalition plausibel zu machen.

Eine schwarz-grüne Koalition läge inhaltlich wohl in der Mitte zwischen schwarz-gelb und schwarz-rot. Selbst die rot-grüne Traumkoalition brächte es vielleicht noch zu einer etwas radikaleren Koalitionsvereinbarung, würde aber – ebenso wie die regierende Traumkoalition – nur zu bald von den machtpolitischen Realitäten eingeholt werden.

Herausforderungen für die neue Bundesregierung

Es ist offensichtlich, dass es mit Beginn des Jahres 2014 bei den Finanzen für die gesetzliche Krankenversicherung wieder enger werden wird. Das Arzneimittelsparpaket mit seinem Preismoratorium und dem von 6 auf 16 Prozent erhöhten Herstellerrabatt läuft Ende des Jahres 2013 aus. Auf die GKV kommen dadurch rund zwei Milliarden Euro an Mehrkosten zu. Die Einsparungen des AMNOG betragen nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes im laufenden Jahr jedoch erst rund 120 Millionen Euro. Das Sparpaket sollte den Wirkungen des AMNOG vorgreifen; dessen ursprünglich veranschlagte Preissenkungen sind jedoch erst erreichbar, wenn in etwa fünf Jahren der gesamte Bestandmarkt „aufgerollt“ sein wird und damit alle patentgeschützten Präparate mit einem Erstattungsbetrag versehen sein werden. Aus diesem Grund plädiert die BARMER GEK für die Aufrechterhaltung des Preismoratoriums und des erhöhten Herstellerabatts bis zu dem Zeitpunkt, an dem das AMNOG seine preissenkende Wirkung voll entfaltet.

Außer dieser Kostensteigerung und der Entwicklung in anderen Leistungsbereichen schlägt die Kürzung des Steuerzuschusses für die GKV zu Buche. Neben der unmittelbaren Wirkung hat diese Entscheidung der Bundesregierung das Vertrauen in die Zusage von Steuerzuschüssen für die GKV grundsätzlich erschüttert. Angesichts der Schuldenbremse, der Verpflichtungen für die Eurorettung und anderer Anforderungen an den Bundeshaushalt (Flutopfer...) steht das Finanzierungssystem der GKV daher schon im nächsten Jahr wieder unter Stress.

Zwar sind die vorhandenen Reserven bei Krankenkassen und im Gesundheitsfonds noch so groß, dass es im Jahr 2014 voraussichtlich nicht zu einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag kommen wird und somit auch kein steuerfinanzierter Sozialausgleich stattfinden muss. Da aber nicht auszuschließen ist, dass einzelne Krankenkassen in die Nähe eines notwendigen Zusatzbeitrags geraten, steht die gesamte Diskussion über dieses Finanzierungselement, den Sozialausgleich und die Gesamtkonstruktion der GKV-Finanzierung wieder ins Haus.

Erst recht bei einer Abschwächung der guten Konjunktur stünden auch weitere Kassenfusionen und gegebenenfalls Fragen der Haftungsverpflichtung im Krankenkassensystem erneut auf der Tagesordnung. Spätestens für das zweite Jahr der nächsten Koalition droht somit ein neues Kostendämpfungsgesetz. Da sich die aktuelle Bundesregierung rühmt, alle ihre Reformen ohne Leistungskürzungen für die Versicherten umgesetzt zu haben, und alle Oppositionsparteien die Abschaffung aller Selbstbeteiligungselemente versprechen, dürften diese beiden Instrumente – für welche Koalition auch immer – nicht ohne Weiteres zur Verfügung stehen. Welchen Ausweg die neue Bundesregierung aus diesem Dilemma finden wird, ist schwer vorherzusagen. Auch wenn die wichtigsten Stichworte dieser Debatte wohl Schuldenbremse und Eurorettung sein dürften, wird in diesem Zusammenhang der eigentliche Ausgangspunkt der Diskussion „Bürgerversicherung versus Prämie“ wieder in Erinnerung treten: Die demografische Schere von sinkendem Finanzierungspotenzial und steigenden Leistungsanforderungen in der GKV.

Unabhängig davon werden die beiden Hauptprobleme „Neuordnung des Krankenhausbereichs und seiner Finanzierung“ und „Sicherstellung einer sachgerechten ambulanten ärztlichen Versorgung in der Fläche“ bearbeitet werden müssen. Beide Fragenkomplexe wurden in diesem Aufsatz bereits mehrfach angesprochen. Hier soll daher auf eine allgemeine und verbindende Dimension hingewiesen werden. Das deutsche Gesundheitssystem hat ein grundsätzliches Produktivitätsproblem: Angesichts der im internationalen Vergleich hohen finanziellen Aufwendungen, sollten seine Ergebnisse beziehungsweise Outcomes besser sein. Die demografische Herausforderung, die dem Gesundheitswesen vor allem in Gestalt des Fachkräftemangels begegnet, kann nur durch mehr Effizienz bewältigt werden. In dieser Perspektive müssen nicht nur die ideologischen Vorurteile abgelegt, sondern alle Aufgabenzuschreibungen zu bestimmten Berufen und Institutionen im Gesundheitswesen radikal auf den Prüfstand gestellt werden.

In diesem Zusammenhang wird es zu einer erneuten Debatte über die Rolle des Wettbewerbs in der GKV und das Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern kommen. Dabei stellt sich auch zwangsläufig die Frage, wie viel staatliche Rahmenregulierung dafür erforderlich ist und auf welcher Ebene (Bund, Länder und Kommunen) sie wirken soll.

Nicht zu vergessen ist die Frage der sozialen Unterschiede in der Versorgung, die sich nicht auf das Phänomen der „Zweiklassenmedizin“ und der IGeL-Leistungen beschränkt. Die Frage der sozialen und regionalen Versorgungsdisparitäten ist in den vergangenen Jahren nicht nur in der Wissenschaft so intensiv diskutiert worden, dass ihr in der nächsten Wahlperiode nicht mehr ausgewichen werden kann. Dabei spielen die Versorgungsanreize der Vergütungssysteme eine wichtigere Rolle als die formale Zugehörigkeit zur GKV oder PKV. Die Politik wird sich daher mit der Frage der grundlegenden Annäherung der verschiedenen Honorarordnungen beschäftigen müssen.

Gesundheitspolitische Positionen der BARMER GEK

Im Vorfeld der Bundestagswahl haben auch viele Akteure des Gesundheitswesens ihre Vorstellungen zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung präsentiert. Am 14. Juni 2013 hat der Verwaltungsrat der BARMER GEK die gemeinsam mit dem Vorstand erarbeiteten „Gesundheitspolitischen Positionen zur Bundestagswahl 2013“ beschlossen. Darin werden die Handlungsfelder beschrieben, die aus der Sicht der Krankenkasse für die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens entscheidend sind.

Ausdrücklich ist es nicht die Absicht, eine Wahlempfehlung in die eine oder andere Richtung zu geben. Letztlich müsse sich jede Bundesregierung, egal aus welchen Parteien sie zusammengesetzt sein wird, den gleichen Strukturfragen stellen. Jede Regierung müsse dafür sorgen, dass „Menschen die Sicherheit (haben), dass ihnen im Krankheits- oder Pflegefall schnell und zuverlässig die notwendige medizinische Behandlung und Betreuung zukommt“ (BARMER GEK 2013a, 2013b). Von der neuen Bundesregierung erwarte man daher, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Besonderen Handlungsbedarf hat die BARMER GEK in vier Bereichen ausgemacht. Den Schwerpunkt bilden Versorgungsfragen und hier insbesondere die Vernetzung der Sektoren beziehungsweise der darin agierenden Leistungserbringer. Neben der Vernetzung geht es auch um die künftigen Spielräume bei der Gestaltung von Verträgen, Aspekte der Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung. Die anderen Schwerpunktthemen sind die Positionen zur Pflegeversicherung, zur Finanzierung und zum Versicherungssystem sowie zur Organisation und zum Ordnungsrahmen der GKV.

Vernetzung als Leitmotiv

Die BARMER GEK sieht in einer wesentlich engeren Vernetzung zwischen den Sektoren und den Gesundheitsberufen den entscheidenden Schlüssel, um die Schwächen und Ineffizienzen des deutschen Gesundheitswesens

erfolgreich zu bekämpfen. Ziel ist es letztlich, den Patienten zu jeder Zeit eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung zu gewährleisten.

Als Treiber der Vernetzung wird dabei die Integrierte Versorgung gesehen. Sie ist das wesentliche Instrument für neu strukturierte Versorgungsprozesse. Dafür gibt es verschiedene Ansätze: So sollen regionale Ärztenetze gefördert werden, deren finanzielle Unterstützung mit dem Versorgungsstrukturgesetz möglich wurde. Große Hoffnungen gelten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Dieses Versorgungsmodell scheint gut geeignet, bei schweren und seltenen Erkrankungen die medizinische Kompetenz der Krankenhäuser mit dem Können ambulanter Fachärzte zu verbinden.

Ganz im Zeichen der Vernetzung steht der Vorschlag, Patientenakten nur noch digital zu führen. Ärztinnen und Ärzte sollen so stets genau zum richtigen Zeitpunkt über alles Wissen verfügen, das bislang separiert aufbewahrt wird, wobei oft wichtige Informationen verloren gehen oder einfach unberücksichtigt bleiben müssen.

Verträge versus Bürokratie

Besonderen Wert legt die BARMER GEK auf mehr Freiheit bei der Gestaltung von Versorgungsverträgen. Sowohl im ambulanten Bereich wie in der stationären Versorgung soll es für die Krankenkassen nach ihrer Ansicht künftig erleichtert werden, selektive Verträge abzuschließen. Das erscheint vor allem im Krankenhaussektor dringend notwendig, wo in jüngster Vergangenheit immer wieder über medizinisch nicht begründete Operationen geklagt wurde.

Zugleich soll im ambulanten Bereich das Zusammenspiel von Kollektiv- und Selektivverträgen harmonisiert werden. Die Erfahrungen der letzten Zeit deuten jedoch eher in eine andere Richtung, der Umgang mit Selektivverträgen wurde deutlich erschwert. Viele Vertragsideen scheiterten an Bedenken der Aufsichtsbehörde.

Mehr Unterstützung für Pflegebedürftige und deren Angehörige

Im Bereich der Pflegeversicherung spricht sich die BARMER GEK für mehr Unterstützung zugunsten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen aus. Dazu soll ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umgesetzt werden – eine überfällige Aufgabe der Politik angesichts der Tatsache, dass dazu seit Jahren gut verwertbare Arbeitsergebnisse vorliegen. Um die schleichende Entwertung der Pflegeleistungen durch die Inflation zu begrenzen, sollen die Leistungen der Pflegeversicherung regelmäßig dynamisiert werden. Ihren Charakter als Teilkostenabsicherung soll die Pflegeversicherung jedoch nicht verlieren.

Schließlich soll die Trennung zwischen der privaten und der gesetzlichen Pflegeversicherung überwunden werden. Damit professionelle Pflege- und Betreuungsstrukturen eine sichere Zukunft haben, sollen neue Formen der Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und privaten Helfern möglich werden.

Finanzierung: Zurück zum krankenkassenindividuellen Beitragssatz

Zentrale Forderung im Bereich der Finanzierung ist die Rückkehr zu krankenkassenindividuellen prozentualen Beitragssätzen. Diese Autonomie wird wieder angestrebt, weil sie die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zukunftssicher macht. In den Augen der BARMER GEK hat sich das Umlageverfahren bewährt – es braucht jedoch eine verlässlichere Flankierung durch die Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen. Der bislang duale Versicherungsmarkt soll durch einen vereinheitlichten Markt ersetzt werden, in dem für private Krankenversicherungen und gesetzliche Krankenkassen dieselben Regeln gelten.

Hohe Wertschätzung für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Für die Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens der Gesundheitsversorgung misst die BARMER GEK dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine besondere Bedeutung zu. Er soll mit seinen Entscheidungen den umfassenden Leistungskatalog der GKV erhalten und weiterentwickeln.

Zugleich wird die Notwendigkeit gesehen, die Nutzenbewertung, wie es sie mit dem AMNOG bereits für Arzneimittel gibt, auf alle Leistungsbereiche auszudehnen. Eine sachgerechte Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verspricht sich die BARMER GEK von Innovationszentren. Sie sollen den Nutzen dieser Methoden auch aus Patientensicht bewerten.

Bei der Versorgungsplanung sind die Bundesländer in der Verantwortung, die ihrer Pflicht zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen endlich zuverlässig nachkommen müssen. Neben einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung muss auch die Krankenkassenaufsicht in Bund und Ländern vereinheitlicht werden. Das disparate Handeln der Aufsichten ist ein ernsthaftes Hindernis für die Weiterentwicklung der Versorgung.

Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgaben

Die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen wird immer wichtiger. Prävention und Gesundheitsförderung sind allerdings gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die weit über das System der Krankenversicherung und deren Versorgungsauftrag hinausweisen. Es ist daher die Aufgabe des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine ressort- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene zu ermöglichen. Die jeweiligen Beteiligten müssen aber auch verpflichtet werden, die ihren Aufgaben entsprechenden Mittel bereitzustellen. Die BARMER GEK unterstützt daher die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung, wendet sich jedoch zugleich gegen eine erneute Verschiebung der finanziellen Lasten auf die Solidargemeinschaft der Versicherten.

Die Forderungen und Vorschläge der BARMER GEK haben ihren Stellenwert nicht nur für den Wahlkampf, sondern richten sich an die neue Regierungskoalition. Es bleibt zu hoffen, dass die neue Bundesregierung das Gesundheitswesen mit neuen „Jahrhundertreformen“ verschont und einen moderaten Reformkurs im engen Dialog mit der Selbstverwaltung steuert beziehungsweise beibehält. Wichtiger als Milliardenversprechungen und Erwartungsüberschüsse wäre die Nachjustierung sinnvoller Steuerungsinstrumente und die Förderung moderner Versorgungskonzepte.

Mit wenigen gesetzlichen Regelungen sollten die Spielräume der Krankenkassen und Leistungserbringer peu à peu ausgeweitet werden, um Produktivitätspotenziale zu mobilisieren. Stabile Rahmenbedingungen für Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen wären wichtig, weil nur so Investitions- und Lebensentscheidungen (etwa für die Integrationsversorgung oder für die Gründung einer eigenen Arztpraxis) wirklich verantwortlich getroffen werden können. Ein entscheidender Schritt dahin wäre die Stabilisierung der Finanzierungsperspektive der Krankenkassen durch die Wiederherstellung ihrer Finanzautonomie und die Schaffung einer vertrauenswürdigen Rechtsgrundlage für die Steuerzuschüsse zur GKV.

Literatur

- BARMER GEK (2013a): Pressemitteilung zur Vorstellung des BARMER GEK Arzneimittelreports 2013. Berlin. (11. Juni 2013).
- BARMER GEK (2013b): Freiräume schaffen – für Qualität und Sicherheit. Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2013. Berlin 2013.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland – Vierter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission.

- Bundesministerium der Finanzen (2013): Bundesregierung setzt finanzpolitischen Meilenstein – Eckwerte für den Bundeshaushalt 2014 und die Finanzplanung bis 2017 vom Kabinett beschlossen. Pressemitteilung vom 13. März 2013.
- Der Bundeswahlleiter (2013): 38 Parteien können an der Bundestagswahl teilnehmen. Pressemitteilung vom 05. Juli 2013. http://www.bundeswahlleiter.de/de/bundestagswahlen/BTW_BUND_13/presse/w13006_38_Parteien_koennen_teilnehmen.html
(Download 5. Juli 2013)
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2013): Zeit für den grünen Wandel. Teilhaben. Einmischen. Zukunft schaffen. Das Bundeswahlprogramm von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Berlin (28. April 2013).
- CDU (2003): 17. Parteitag der CDU Deutschlands. 30. November bis 2. Dezember 2003. Leipzig.
- CDU/CSU (2013): Gemeinsam erfolgreich für Deutschland. Regierungsprogramm 2013–2017. Berlin (23. Juni 2013).
- CDU/CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2010): Drucksache 17/3696 vom 10. November 2010.
- DIE LINKE (2013): 100 Prozent sozial. Wahlprogramm der Partei DIE LINKE. zur Bundestagswahl 2013. Dresden (14. bis 16. Juni 2013).
- FDP (2013): Bürgerprogramm 2013, Wahlprogramm 2013. Beschluss des Parteitags der FDP. Nürnberg (5. Mai 2013).
- SPD (2013): Das Wir entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013–2017. Beschluss des Parteitags der SPD. Augsburg (14. April 2013).
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit Personal 2011. Fachserie 12, Reihe 7.3.1. Wiesbaden.