

Regulierungsperspektiven für die Gesundheitsversorgung in Deutschland

von Ingo Bode¹

ABSTRACT

Aktuell diskutierte Herausforderungen an die Regulierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland stehen im Mittelpunkt dieses Beitrags. Hintergrund ist eine Verunsicherung bislang hegemonialer Ordnungskonzepte, auch in der jüngeren Gesundheitspolitik. Die Analyse erfolgt aus dem Blickwinkel der politischen Soziologie und umreißt beispielhaft Debatten zum Steuerungsmix im Versorgungssystem, besonders mit Bezug auf Tendenzen institutioneller Vermarktlichung und durch sie hervorgerufene Irritationen. Sie mündet in eine kurze Einschätzung zu möglicherweise pfadbrechenden Reformen nach der Bundestagswahl.

Schlüsselwörter: Gesundheitssystemsteuerung, Ordnungsmodelle, Krankenhausversorgung, Krankenversicherung, Public Health

Current challenges concerning the regulation of healthcare provision in Germany are the centrepiece of this article. They are sketched against the backdrop of growing concerns about hitherto hegemonic regulatory concepts, also with respect to recent healthcare reforms. From a perspective rooted in political sociology, the analysis draws on a selection of examples to portray debates about the evolving governance mix in the German healthcare system, particularly with regard to tendencies of institutional marketization and induced irritations. It feeds into a short reflection on potentially path-breaking reforms after the upcoming general elections.

Keywords: healthcare sector management, regulatory models, inpatient care, healthcare insurance, public health

1 Einleitung

Folgt man der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Entwicklung moderner Gesundheitssysteme, so scheinen diese sich zwischen einer generalisierten Erwartung staatlicher Gemeinwohlförderung und den Beharrungskräften eingefahrener Macht- und Rollenstrukturen zu bewegen. Einerseits bleibt auf der Dauerbaustelle Gesundheitspolitik vieles Stückwerk, auch weil die Bauleitung vieles nicht beeinflussen kann und die verschiedenen Gewerke je eigene Ziele verfolgen, die stets neu austariert werden müssen. Andererseits hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass in diesem Schwebestadium vieles möglich ist, inklusive direkter(er) Maßnahmen staatlicher Instanzen – so wie es auch schon weit vorher, während der „Phase wettbewerblicher Struktur-reformen“ (Gerlinger 2019, 522), durchaus grundlegende

Systemumstellungen gegeben hatte. Kurzum: Strukturwandel qua Regulierung ist stets möglich, es kommt auf die Großwetterlage an.

Der vorliegende Beitrag wagt eine Diagnose der gegenwärtigen Regulierungsperspektiven im Kontext der anstehenden Bundestagswahl. Aus dem Blickwinkel der politischen Soziologie wird erörtert, inwieweit seit den 1990er-Jahren vorherrschende Ordnungskonzepte zuletzt unter Druck geraten sind und was – auch vor dem Hintergrund von Erwartungshaltungen der Bevölkerungsmehrheit – daraus folgen könnte. Beschrieben werden zunächst Grundelemente der seinerzeit entwickelten Steuerungsphilosophie sowie deren Labilität im Spiegel der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre. Sodann wird am Beispiel ausgewählter gesundheitspolitischer Kernthemen erörtert, von welchem Resonanzboden im Hinblick auf aktuelle Agenden auszuge-

¹ Prof. Dr. rer. pol. Ingo Bode, Institut für Sozialwesen am Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel · Arnold-Bode-Str. 10 · 34109 Kassel · Telefon: 0561 8042923 · E-Mail: ibode@uni-kassel.de

hen ist. Den Abschluss bilden Beobachtungen dazu, welche Optionen zur Wahl stehen und wohin sie führen könnten.

2 Zweifel am alten Mainstream und unentschiedene Gesundheitspolitik

Die Regulierungsphilosophie, die die Steuerung und Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems bis vor kurzem dominiert hat, lässt sich holzschnittartig vor allem in drei miteinander verschränkten Dimensionen charakterisieren. Erstens hat sich im Experten- und Politikmainstream seit den 1990er-Jahren die Überzeugung durchgesetzt, dass eine dezentralere und stärker differenzierte Ausgestaltung systemrelevanter Versicherungs- und auch Vertragsbeziehungen der Gesundheitsversorgung insgesamt zuträglich sei. Grundlegerend für entsprechende, auch jenseits der orthodoxen Gesundheitsökonomie populären Ordnungskonzepte (siehe etwa *Braun und Welti 2019*) war beziehungsweise ist noch immer die Idee eines sozialgesetzlich gerahmten Versorgungswettbewerbs – sowohl zwischen Kostenträgern als auch zwischen Leistungserbringern und hier zudem intersektoral. Zweitens galt es vielen als opportun, privatwirtschaftliche Anbieter zu stärken – unter anderem in der Hoffnung, dass von dort aus mehr Innovations- und Leistungsdruck auch in Richtung gemeinnütziger Träger ausgeht und so mobilisierte Effizienzgewinne erwartbare Zusatzkosten für Marketing und Unternehmerlöhne beziehungsweise Dividendenzahlungen übersteigen. Drittens wurde auf eine managerielle Verschlinkung von Versorgungsprozessen gesetzt, konkret: auf enger geführte und standardisierte Abläufe in Verbindung mit sanktionsbewehrten Qualitätsprüfungen. Man hielt es für sinnvoll und möglich, Leistungen ex ante konkret(er) zu definieren sowie ex post zu messen und so Redundanz und Laxheit im Versorgungsgeschehen zu bekämpfen. Wettbewerb und Privatisierung galten hier als ideale Instrumente, aber auch Auflagen in (selektiven) Qualitätsverträgen (zwischen Kostenträgern und Gesundheitseinrichtungen) sowie mit Geld hinterlegte Leistungsbewertungen (Stichwort: *pay for performance*, kurz: p4p). Gleichzeitig sollte das über das Solidarprinzip operationalisierte Universalversprechen bestmöglicher Gesundheitsversorgung für alle bewahrt bleiben oder sogar perfektioniert werden.

Wenngleich die so abgesteckte Marschroute unterschiedlich weitgehend befolgt worden ist, hat sie im Steuerungs- und Versorgungsalltag des Systems mittlerweile tiefe Spuren hinterlassen – und zuletzt vermehrt Zweifel geweckt, ob sich das oben genannte Versprechen mit dem gewählten Rüstzeug tatsächlich realisieren lässt. So scheint die Politik mittlerweile, so *Knieps (2020, 323)*, „von Markt und Wettbewerb enttäuscht“. Debatten über die regional misslingende Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, den Personalnotstand be-

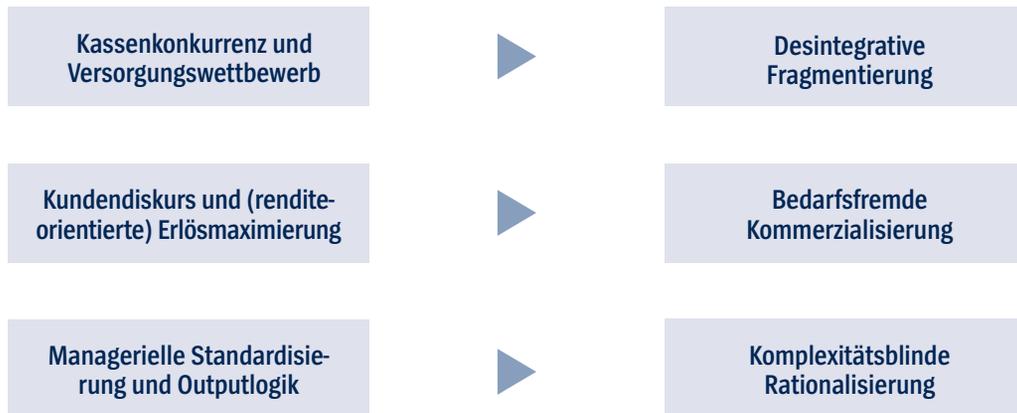
ziehungsweise Arbeitsstress vor allem in stationären Settings sowie das Geschäftsgebaren verschiedener Krankenkassen beziehungsweise Privatversicherungen haben das Augenmerk auf perverse Effekte der beschriebenen Regulierungsphilosophie gelenkt (Abbildung 1). Im Kern geht es erstens um die durch den oben genannten Dezentralismus angefeuerte Selbstbezüglichkeit wesentlicher Träger und Instanzen, also die durch verstärkte Konkurrenzorientierungen untermauerte, letztlich desintegrative Fragmentierung des Versorgungssystems. Als mittlerweile problematisch gilt zweitens die Ausrichtung vieler Instanzen und Anbieter auf Erlösmaximierung im Kontext starker (kaum vermeidbarer) Informationsasymmetrien, welche eine oft bedarfsfremde Kommerzialisierung der Leistungserbringung und ihrer Administration befördert. Prominente Beispiele sind sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), elektive Chirurgie und Wellness-Lockangebote. Diskutiert wird drittens die Strapazierung von Versorgungseinrichtungen durch Steuerungsroutrinen, die auf den Abbau operativer Reserven hinauslaufen und Strukturen beziehungsweise Prozesse auf eine Output-Logik ausrichten (zum Beispiel qua Dokumentations- und Kodierregeln, Mengencontrolling und Vorgaben zur Proportion guter Risiken) – kurzum eine Dynamik der komplexitätsblinden Rationalisierung, die im Organisationsalltag viel Energie bindet und wenig auf Ergebnisse schaut – und so die Verschlungenheit salutogener Prozesse leicht ignoriert. All dies hat verbreitet das Gefühl aufkommen lassen, es ginge bei der Krankenbehandlung nicht mehr primär um die Befriedigung von Versorgungsbedarfen.

Die genannten Entwicklungstendenzen unterfüttern nicht nur klassische Vorbehalte der Gesundheitsprofessionen gegenüber Versuchen der Feinsteuerung ihrer Versorgungspraxis von außen. Auf wachsendes Unverständnis stößt auch der durch bestehende Anreizsysteme und Professionskulturen unterfütterte „Sektoregoismus“ (*Knieps 2020, 328*), also der Mangel an interprofessioneller und organisationsübergreifender Kooperation (*Schmitz et al. 2020*). Mehr noch: Das etablierte Ordnungsmodell provoziert in Expertenkreisen Fundamentalkritik. So plädieren Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer (2020) für einen Totalumbau in Richtung lokale Selbstorganisation mit einem Primat beruflicher Fachkunde sowie festen Strukturvorgaben (zum Beispiel Akkreditierungen statt Mindestmengen). Sie fordern ferner eine direkte transsektorale Schnittstellenkoordination (statt fallweiser Individualeinweisung) und eine durch ein Zentralinstitut verantwortete Systemsteuerung abseits der existierenden Selbstverwaltungsinstanzen.

Die Gesundheitspolitik scheint vor diesem Hintergrund stark verunsichert, insbesondere seit dem Ausbruch der Corona-Krise. Das betrifft zunächst Finanzierungsfragen. Gewiss entfalten die unverdrossen – so in einem Prognosegutachten für die „Initiative Neue Marktwirtschaft“ vom

ABBILDUNG 1

Regulierungsansätze im Mainstream und diskutierte Folgeprobleme



Insbesondere die drei auf der linken Seite benannten Ansätze und Orientierungen haben das Versorgungsgeschehen im deutschen Gesundheitssystem in der jüngeren Vergangenheit geprägt. Alle drei haben als problematisch geltende Konsequenzen gehabt, die auf der rechten Seite resümiert sind.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

April 2021 – vorgetragenen Warnungen vor einer Überlastung des Gemeinwesens durch steigende Gesundheitsausgaben weiterhin Wirkungen. Jedenfalls folgt die jüngst regierungsseitig bekräftigte „Sozialgarantie“ (insbesondere das Einfrieren parafiskalischer Finanzierungsbeiträge gerade auf Arbeitgeberseite) der wirtschaftsliberalen Devise der Entkopplung der Gesundheits- von den Lohnzusatzkosten. Gleichzeitig spiegelt sich im Umgang mit der Corona-Pandemie die gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass Gesundheit eben keinen (prohibitiven) Preis haben soll. Längst gilt der Weg über größere Bundeszuschüsse auch mittelfristig als zielführend, während das seit Jahrzehnten verkündete Mantra, demzufolge eine funktionierende Gesundheitsversorgung zukünftig nur mit einer weniger stark sozialisierten Ressourcengenerierung zu haben sei, zusehends verhallt. Zumindest können jene, die einst auf Kopfpauschalen und Praxisgebühren (also weniger Sozialausgleich und mehr Belastung für Kranke) gesetzt hatten, damit schon länger nicht mehr durchdringen. Vielmehr bestehen weiterhin hohe Solidaritätserwartungen, was bereits vor Corona Wirkung gezeigt hat, zum Beispiel mit der Rückkehr zu paritätischen Krankenkassenbeiträgen und dem Leistungsausbau beim Zahnersatz. Dennoch schien die Politik in Finanzfragen zuletzt vielfach unentschieden: Die stärkere Steuerfinanzierung über Kreditaufnahmen wirkt provisorisch, mögliche Alternativen wie etwa die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenver-

sicherung (GKV) sowie deren Ausdehnung galten bislang als inopportun.

Geht es um die Regulierung des Versorgungsgeschehens, besteht eine ähnliche Unentschiedenheit, wenn nicht gar ein „ordnungspolitisches Vakuum“ (Jacobs 2021, 12). Zwar hat die Corona-Krise das Gesundheitswesen als Infrastruktur erfahrbar gemacht, die einem gesellschaftlichen Auftrag verpflichtet ist und eben nicht primär Formalziele verfolgen soll. Auch hat diese Krise die Selbstverpflichtung des Gemeinwesens auf den Schutz der Schwächsten bekräftigt, besonders mit Blick auf alte Menschen (Albert et al. 2021). Entsprechend wurde mehr Geld in die Hand genommen, um zum Beispiel den Pflegenotstand in stationären Versorgungssettings zu bekämpfen. Auch die Herauslösung des Pflegebudgets aus dem Regime der Diagnosis Related Groups (DRG) des Kliniksektors (so wie schon vorher der Verzicht auf die Einführung von Fallpauschalen für die Psychiatrie) reagiert auf das oben skizzierte Unbehagen an regulatorischen Fehlanreizen im gegenwärtigen Gesundheitswesen.

Ansonsten scheinen indes die Gesetzesinitiativen der vergangenen Legislaturperiode die Fragmentierungs-, Kommerzialisierungs- und Rationalisierungstendenzen allenfalls scheinbar zu bearbeiten (Tabelle 1). Das gilt zum Beispiel für Maßnahmen wie die erweiterte Terminvergabe durch niedergelassene Ärzte, die Vereinheitlichung des Hilfs-

mittelvertragsgeschäfts oder die stärker (und sauberer) morbiditätsorientierte Ausrichtung des Risikostrukturausgleichs (RSA). Grundlegendere soziale Verwerfungen haben die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre indes eher wenig bekümmert. Das gilt zum Beispiel für den Mangel an *health literacy* (Schaeffer und Pelikan 2017) in erheblichen Teilen der Bevölkerung, der die im Gesundheitswesen oft bemühte Kundenlogik ad absurdum führt, wie auch für die Debatte über die wachsende soziale Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheitschancen. Insofern hinterlässt die vergangene Legislaturperiode zahlreiche Baustellen und viele offene Agenden.

3 Ein diffuser Resonanzboden für neue Agenden

Für alternative Regulierungsansätze scheint es aktuell einen neuen Resonanzboden zu geben – wohl aber nicht für Umbaumanöver, die tief verwurzelte Governance-Traditionen aushebeln. Das betrifft zum Beispiel die Teilsouveränität von Ländern und Kommunen im deutschen Föderalismus, die – wenngleich sie während der Pandemie vielfach als lähmend wahrgenommen wurde – nicht zuletzt in ihrer Check-and-balance-Funktion weiterhin populär bleiben dürfte. Gleiches gilt für die institutionelle Organisation der Gesundheitsversorgung unter Beteiligung systemrelevanter Stakeholder. Ungeachtet der immer wieder beobachtbaren „klientelbezogenen Formelkompromisse“ (Piwernetz und Neugebauer 2021, 258) sowie der zunehmenden Komplexität der transsektoralen Selbstverwaltung (Gerlinger 2019) bleibt das Leitbild korporatistischer Steuerung für den Legitimationshaushalt des deutschen Sozialmodells zentral. Tatsächlich ist heute etwa die Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses so weitreichend wie nie zuvor – zum Beispiel bei der preisrelevanten Nutzenbewertung von Arzneimitteln oder bei der Qualitätssicherung im Rückgriff auf die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Anschlussfähige Ersatzlösungen sind hier nicht in Sicht.

Die schon länger thematisierte „Ausweitung hierarchischer Steuerung“ (Gerlinger 2019, 531) durch staatliche Instanzen ist auf einzelne Bereiche der Bedarfsplanung und potenzielle ministerielle Eingriffsrechte beschränkt geblieben. Weitere Impulse für „zentralistische ... Regulierungen“ (Hermann und Graf 2020, 21) wurden bis zum Ausbruch der Pandemie weitgehend ausgebremst. Irritationen scheint eher die institutionell beförderte Vermarktlichung von Koordinationsprozessen im Gesundheitswesen hervorzurufen. Auch wenn diese manchen nicht weit genug geht, bewegen sich diese Prozesse, verglichen mit den Verhältnissen bis hinein in die 1990er-Jahre, insgesamt vermehrt „im freien Spiel der Kräfte“ (Piwernetz und Neugebauer 2020, 33). Es wird stärker über den

Mechanismus Bewerben und Verkaufen koordiniert, auch unter Beteiligung neuer Akteure mit ganz eigenen Rationalitäten – konkret: Finanzinvestoren und börsennotierte Unternehmen mit expliziter Renditeorientierung und Zukäufen in den unterschiedlichsten Sektoren, etwa wenn es um medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Reha und Pflege geht (Scheuplein et al. 2019).

An drei Beispielen lässt sich zeigen, wie diffus sich vor diesem Hintergrund die gesundheitspolitische Auseinandersetzung mit den sich aktuell stellenden regulatorischen Herausforderungen darstellt. Im Krankenhaussektor kontrastiert die Anerkennung für die Aufopferung der Kliniken während der Pandemie mit einer schon lange schwelenden Vertrauenskrise bezüglich des Sektors als Ganzem. Symptomatisch dafür ist das Medienecho auf die im Mai 2021 von einem Expertenkreis erhobenen (aber schlecht belegten) Vorwürfe, das Gros der Akutkliniken habe sich an der Pandemie (durch die gezielte Akquise von Freihaltepauschalen und unnötige Aufnahmen in Intensivstationen) bereichert (Schrappe et al. 2021). Unruhe stiftet zudem, dass mit Sozialversicherungsgeldern die Renditen privater Konzerne alimentiert werden – zuletzt angefacht durch Medienberichte, Häuser der größten deutschen privaten Klinikette hätten ihre Ertragslage durch gezielte Kürzungen (auch) beim ärztlichen Personal und die Inkaufnahme von Unterbesetzungen optimiert (Hamann und Polke-Majewski, 2021). Ganz allgemein hat die Fixierung des Krankenhausmanagements auf einen optimalen Case Mix im DRG-Regime (zum Beispiel über Mengensteuerungen oder schnelle Überleitungen) innerhalb zunehmend gestresster Belegschaften für massiven „Ambivalenzdruck“ (Bode 2019) gesorgt, was immer mehr auch nach außen gedrungen ist.

Zugleich kollidiert das aus der Gesundheitsökonomie und dem Kassenlager immer wieder vorgetragene Plädoyer für die Ausdünnung der Kliniklandschaft, zum Beispiel durch rigide(re) Mindestmengenregelungen mit Bevölkerungspräferenzen für Kapazitätsvorhaltung und Behandlungsreserven in der Fläche. Die diese Agenda adressierenden Reaktionen im Krankenhaussektor wiederum – zum Beispiel das Basteln an der Indikationsqualität oder die Kampfansage an die ambulante Facharztschiene (etwa im aktuellen Konzept der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft zu regionalen krankenzentrierten Versorgungsnetzen) – erscheinen ihrerseits wenig vertrauensstiftend. Gleiches gilt für das gesetzlich vorangetriebene Experiment einer ergebnisabhängigen Vergütung über Qualitätsverträge (beziehungsweise p4p), welches unter anderem die Frage aufwirft, wie angesichts drohender Verlustspiralen bei Wettbewerbsverlierern die Gleichmäßigkeit der Versorgung sichergestellt werden soll – zumal Zweifel an der Treffsicherheit einer so arrangierten Qualitätskonkurrenz bestehen (Schmacke 2019). Kurzum: Es gibt eher wenig Resonanz für ein „Weiter so“ im Krankenhauswesen, aber es fehlt eine klare Alternativagenda.

TABELLE 1

Inhalte wesentlicher Gesetzesvorhaben während der 19. Legislaturperiode

	Hauptmaßnahmen
Diverse Corona-Gesetze	<ul style="list-style-type: none"> · Ausgleichszahlungen und Entgelte diverser Art · Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (temporär) · Corona-Prämien · längerer Bezug von Pflegeunterstützungsgeld und Lohnersatz bei akuten privaten Pflegeverpflichtungen · Infektionsschutzgesetzgebung
Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege · erweiterter Zugang zu geriatrischer Rehabilitation
Pflegelöhneverbesserungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · mehr Kompetenzen der Pflegekommission bei Mindestentgeltsätzen · neuer Pflegemindestlohn
Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Modifikation des RSA und Maßnahmen für mehr „Manipulationsresistenz“ · Aufbau eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband
MDK-Reformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · organisatorische Trennung des Medizinischen Dienstes von den Kassen · Neufassung des Katalogs ambulanter Operationen und Regelungen zur Masernimpfung
Terminservice- und Versorgungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · mehr ambulante Mindestsprechstunden · Streichung von Zulassungssperren für Ärzte auf dem Land · Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf 60 Prozent · einheitliche(re)s Vertrags- und Preisregime für Heilmittel
Psychotherapeutenausbildungsreform	<ul style="list-style-type: none"> · Studium mit Approbationsprüfung und anschließender Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten beziehungsweise zur Fachpsychotherapeutin
Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> · Stärkung der Bundesaufsicht bei Qualitätsmängeln
Versichertenentlastungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · paritätische Finanzierung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags
Pflegepersonalstärkungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Herauslösung der Pflege aus dem Fallpauschalen-Regime · Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen · Weiterführung des Krankenhausstrukturfonds
Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> · Qualitätsverträge · Entlastung von Pflegeversicherten · Tariflohnbindung in der Pflege
Lancierte Pläne	<ul style="list-style-type: none"> · Reform der Notfallversorgung · Stiftungslösung für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) · Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

Ein zweites Thema mit Irritationspotenzial ist die Entwicklung des Versicherungssystems. Die Legitimität der privaten Vollversicherung scheint seit einiger Zeit (weiter) angegriffen, unter anderem wegen überdurchschnittlicher Prämiensteigerungen und der Krise der Kapitalmärkte für sichere Anlagen. Eine wichtige Rolle spielt hier zudem die immer wieder neu aufflammende Debatte über für Privatversicherte bestehende Privilegien zum Beispiel bei Wartezeiten für Behandlungser-

mine, die bereits den Gesetzgeber auf den Plan gerufen hat. Die gesetzlichen Krankenkassen sind ebenfalls ins Gerede gekommen. Die aus ihren Rängen bis heute geforderte (noch) stärkere Verankerung der Kundenlogik im Ordnungsrahmen des Gesundheitswesens kann schwerlich als Ausdruck eines „zivilgesellschaftlichen Staatsverständnisses“ (Hermann und Graf 2020, 19) gelten. Jedenfalls hat die im Kassenwesen breit entfachte „Konkurrenz um Gesunde“ (Knieps 2020, 333) qua

risikoselektiver Versichertenakquise (Yogakurse, intransparente Bonusleistungen, Rabatte für gute Risiken) in Verbindung mit deutlich gestiegenen Werbebudgets dafür gesorgt, dass wiederholt staatlich dagegehalten werden musste. Gleiches gilt für die von einzelnen Kassen initiierte Kodierberatung von Vertragsärzten im Zusammenhang mit Chronikerprogrammen mit dem Ziel der Erlangung von Sonderzuweisungen im Rahmen des RSA. Auch mediengängige Erfahrungen mit einer „geizigen“ Bewilligung von Leistungen unter Genehmigungsvorbehalt (zum Beispiel Psychotherapien oder Hilfsmittel) sowie die „Trickserei bei Widersprüchen“ (Woratschka 2019), also eine taktische Informationspolitik bei Leistungsanträgen, haben den Glauben an das Universalversprechen der sozialen Krankenversicherung belastet.

Zwar bekräftigt der neue § 4a SGB V die Grundidee der Kassenkonkurrenz. „Positionsbestimmungen unter dem Gesichtspunkt ... einzelwirtschaftlicher Interessen“ (Gerlinger 2019, 529) erweisen der Gemeinwohlverpflichtung der GKV jedoch einen Bärendienst. So dürfte es für die im Kassenlager vielfach propagierte Differenzierung von Versicherungsleistungen qua kostenträgerorientiertem Versorgungswettbewerb aktuell wenig öffentliche Sympathien geben. Dass der bei diesem Ansinnen durchscheinende Marktglaube an Grenzen stößt, zeigt auch die Karriere der Mitte der 2000er-Jahre als Rechtsinformationsstelle für Patienten gesetzlich eingeführten „Unabhängigen Patientenberatung“ (UPD). Diese war zuletzt vom GKV-Spitzenverband an einen hedgefondsnahe Bieter vergeben worden und hat seitdem, etwa wegen Gewinnentnahmen, Fehlinformationen und Leistungsabbau, für so viele Turbulenzen gesorgt, dass das Einkaufs- beziehungsweise Ausschreibungsverfahren nun zugunsten eines Stiftungsmodells aufgegeben werden soll.

Ein drittes Thema ist eher indirekt mit den Marktkapriolen der jüngeren Vergangenheit verbunden. Im Kontext der Corona-Pandemie gab es vermehrt Diskussionen über die Notwendigkeit einer klareren institutionellen Verankerung von Public-Health-Strategien zur Sicherung des universellen Versorgungsauftrages des Gesundheitssystems. Unter anderem scheint die Pandemie eine „Renaissance des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ (ÖGD) (Jacobs 2021, 8) zu befördern, nachdem der ÖGD trotz erster Belebungsversuche mit dem sogenannten Beirats-Pakt zum systeminternen Fremdkörper mutiert war. Allerdings haben sich auch andere (zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen) als Pandemiemanager betätigt, und die Reichweite des ÖGD scheint – ungeachtet der pandemiebedingten Personalaufstockung – nicht nur bei der Hygieneberatung, sondern auch in der Gesundheitsförderung stark begrenzt. Letztere findet überwiegend an anderen Orten statt, und zwar meist in einem wenig nachhaltigen Kleinprojektbetrieb, der teilweise mit Strategien des Krankenkassenmarketings durchsetzt bleibt.

Mit der Pandemieerfahrung wächst nun zwar die Sensibilität für die sozialmedizinische Perspektive auf die Gesundheitsversorgung. Diese richtet sich auch auf die schon lange evidenten pathogenen Wirkungen vieler Arbeitsverhältnisse (Ohlbrecht 2021), vor allem in der (sozioökonomisch betrachtet) unteren Hälfte der Gesellschaft (Abbildung 2). Zugleich findet die Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung solcher und anderer Gesundheitsbelastungen in sämtlichen Politikfeldern nach Maßgabe sogenannter Health-in-all-Ansätze (Böhm et al. 2020) zunehmend Beachtung. Gleiches gilt für die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die zuletzt immer weniger gesundheitsfördernd wirken konnte und etwa in Krankenhäusern häufig nur mehr als Erfüllungshilfe eines DRG-getriebenen Entlassmanagements (Märker und Turba 2016) fungierte. Allerdings ist bislang kein Masterplan erkennbar, mit dem die neue Public-Health-Agenda den Marsch durch die Kerninstitutionen des Gesundheitssystems antreten könnte.

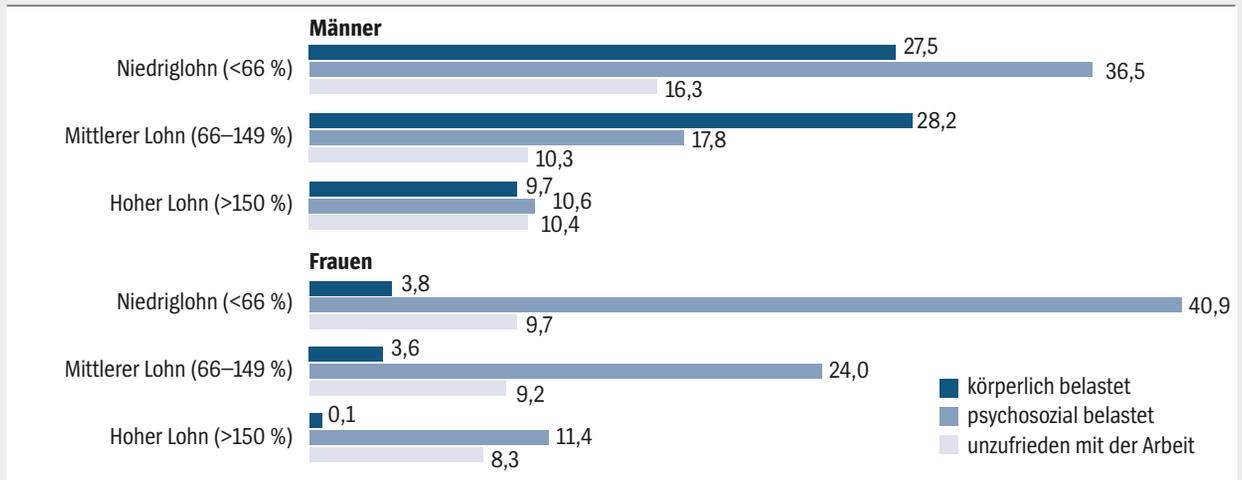
Ähnlich diffus erscheint die Gemengelage auch bei anderen Agenden. Im Bereich der Altenpflege zeichnet sich – nach einer klassisch korporatistisch arrangierten „Konzertierten Aktion“ – ein Bruch mit der dort lange Zeit vorherrschenden Schmalspurstrategie ab. Freilich treffen die kürzlich lancierten Initiativen (Tariflöhne, Pflegebedarfsmessung, Begrenzung von Eigenanteilen bei der Finanzierung) auf den Widerstand vor allem von Wirtschaftsverbänden. Bewegung gibt es auch beim Patientenrecht auf Zweitmeinungen oder im Bereich der ärztlichen Kompetenzübertragung, vorerst allerdings mit begrenztem Radius. Latentes Konfliktpotenzial schafft die schleichende Normalisierung von IGeL-Leistungen oder des durch Google und andere betriebenen zweiten (digitalen) Gesundheitsmarktes. Gleiches gilt für die wachsenden Zuzahlungen (+9 Prozent zwischen 2016 und 2018) sowie für offensichtliche Phänomene der Unterversorgung, etwa in Gestalt von Engpässen bei der Psychotherapie, der Dauererfahrung kurzer Sprechzeiten im ambulanten Sektor oder einer zunehmenden Überforderung der medizinischen Rehabilitation infolge gehetzter Krankenhausentlassungen.

4 Schluss: Regulierungsperspektiven zur Wahl

Auch nach der Bundestagswahl wird sich die Gesundheitspolitik im Korsett wohlbehüteter Erbhöfe und wirtschaftlicher Vermachtung bewegen, sodass pfadbrechende Systemveränderungen wohl großer Anstrengungen bedürfen. Geldfragen sind dabei natürlich zentral. Unter Wahrung des Solidarprinzips eignen sich letztlich wohl nur Finanzierungsmodelle, die wohlhabendere Minderheiten (wie auch immer) stärker in Anspruch nehmen. Obwohl der Wertehaushalt in Großteilen der Bevölkerung dafür durchaus empfänglich wäre, sind Wi-

ABBILDUNG 2

Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit mit der Arbeit nach Bruttostundenlohn bei 30- bis 64-jährigen Erwerbstätigen 2018 in Prozent



Insbesondere im Niedriglohnbereich sind Belastungen und Unzufriedenheit hoch. Fühlen sich in diesem beispielsweise 36,5 Prozent der Männer und 40,9 Prozent der Frauen psychosozial belastet, so sind es im Hochlohnbereich nur 10,6 Prozent der Männer und 11,4 Prozent der Frauen.

Quelle: Datenreport 2021, 339; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

derstände absehbar. Gleiches gilt für Einkommensbegrenzungen bei überdurchschnittlich prosperierenden Leistungserbringern (Fachärzte, Privatkliniken, Pharmabranche). Im Bereich des Möglichen scheint eine Bürgerversicherung light in Form eines durchlässigen und pluralen Kassenwesens in Verbindung mit einkommensabhängigen Beiträgen auch außerhalb der heutigen GKV, wie es die Grünen fordern. Ansonsten kommt es darauf an, wie sich vor dem Hintergrund der Corona-Schulden das verteilungspolitische Klima insgesamt entwickelt.

Was den zukünftigen Steuerungsmix betrifft, so implizieren einige der aktuell kursierenden Umbaukonzepte mehr Markt – auch das oben genannte Bürgerversicherungsmodell, bei dem alle Instanzen (inklusive neuer Solidargemeinschaften) noch spitzfindiger um Versicherte konkurrieren. Zudem stehen der auf den Output fixierte Mess-Optimismus sowie die damit verbundene Rationalisierungslogik kaum zur Disposition. Selbst alternative Ordnungsmodelle setzen auf „evidenzbasierte Behandlungspfade“ (Piwernet und Neugebauer 2021, 121), obwohl in puncto Standardisierbarkeit vieles ungeklärt ist (Haring und Siegmüller 2018). Dabei scheint durchaus fraglich, wie sich die von vielen geforderten „kooperativen Strukturen“ (Messerle und Schreyögg 2021, 196) – also sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Behandlungsroutinen – unter Bedingungen kleinteiliger Leistungsevaluationen und -grafifikationen realisieren lassen.

Vieles spricht dafür, dass hier nur mehr öffentliche Koordination hilft. Zwar könnte der Staat als Regisseur einen Teil seines „Corona-Kredits“ infolge des Maskenkorruptionsskandals und administrativer Koordinierungsprobleme schon wieder verspielt haben. Dennoch haben Reformkonzepte an Attraktivität gewonnen, die den sukzessiven Aufbau lokalstaatlicher oder gemeinnütziger Pflege- und Primärversorgungszentren (zum Beispiel nach nordeuropäischen Vorbildern) beinhalten. Für die ebenfalls vorgeschlagene Stärkung des kommunalen Kliniksektors und das Verbot von Gewinrentnahmen aus Krankenhausbetrieben wird es wohl keine parlamentarischen Mehrheiten geben. Denkbar hingegen erscheint eine neue Grundfinanzierung (jenseits des DRG-Regimes) für Maximalversorger und kleine Häuser im ländlichen Raum, damit diese Sonderlasten der Spitzenmedizin schultern und Kapazitätsreserven auch für die wohnortnahe Versorgung mit Regelangeboten vorhalten können. Die Corona-Krise hat zudem dafür sensibilisiert, dass sich zukünftige ökologische Großrisiken wohl nur mit einer stärkeren Public-Health-Orientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik bewältigen lassen (Bode 2021) – was Anstrengungen in diese Richtung wahrscheinlich macht.

Wie mutig das politische und gesundheitspolitische Establishment samt sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung die bestehenden Herausforderungen angeht, hängt am Ende immer auch davon ab, welche gesellschaftlichen Kräfte mit

welchen Ambitionen durchdringen. Die im zeitgenössischen Politikbetrieb (neben den Wirtschaftseliten) tonangebenden gebildeten Mittelschichten haben den Vermarktlichungstrend der jüngeren Vergangenheit gestützt oder zumindest toleriert, jetzt scheinen aus ihren Reihen auch andere Impulse zu kommen. Es ist gut möglich, dass sie beim Lavieren zwischen Richtungswechsel und „Weiter so“ zum Zünglein an der Waage werden.

Literatur

Albert A, Bode I, Parschick S (2021): Corona, Pflege und Gesellschaft: Soziologische Perspektiven auf zugespitzte Krisenzustände und den Umgang mit ihnen. In: Breitbach V, Brandenburg H (Hrsg.): Corona und die Pflege. Wiesbaden: Springer VS, i. E.

Bode I (2019): DRGs oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen. In: Braun B, Dieterich A, Gerlinger T, Simon M (Hrsg.): Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS 2019, 47–65

Bode I (2021): Den Klimawandel bewältigen: Herausforderungen an die institutionelle Organisation des Gesundheitswesens. In: Günster C et al. (Hrsg.): Versorgungsreport Klima und Gesundheit. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 219–232

Böhm K, Bräunling S, Geene R, Köckler H (Hrsg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS

Braun B, Welti F (2019): Infrastruktur des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesens: Eigentum, Verfügung und Steuerung. spw – Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft, Heft 235, 40–48

Gerlinger T (2019): Gemeinsame Selbstverwaltung: Bedingungen der Aufgabenwahrnehmung. Sozialer Fortschritt, Jg. 68, Heft 6–7, 519–536

Hamann G, Polke-Majewski K (2021): Weniger Ärzte, hohe Gewinne. Die Zeit, Nr. 20 vom 11. Mai 2021, 22

Haring R, Siegmüller J (Hrsg.) (2018): Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung. Berlin: Springer

Hermann C, Graf J (2020): Versorgungswettbewerb zwischen Krankenkassen – nur noch ein rhetorisches Relikt in der Großen Koalition? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 1, 18–23

Jakobs K (2021): Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 2, 7–14

Knies F (2020): Impulse für eine innovative Regulierung des Gesundheitswesens – Eckpunkte eines neuen SGB V. In: Katzenmeier C (Hrsg.): Festschrift für Dieter Hart. Wiesbaden: Springer VS, 317–334

Märker M, Turba H (2016): „Pyrrhussieg“ einer Grenzstellenprofession? Sozialarbeit im Krankenhaus unter Wettbewerbsbedingungen. In: Bode I, Vogd W (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, 185–205

Messerle R, Schreyögg J (2021): Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhausreport 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Wiesbaden: Springer VS, 186–201

Ohlbrecht H (2021): Arbeit und Gesundheit. Arbeitsfreude und Arbeitsleid in der „schönen neuen Arbeitswelt“. Sozialer Fortschritt, Jg. 70, Heft 4, 189–206

Piwernetz K, Neugebauer EAM (2020): Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems. Berlin: De Gruyter

Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg.) (2017): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe

Scheuplein C, Evans M, Merkel S (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. IAT Discussion Paper No. 19/1. Duisburg: Institut für Arbeit und Technik (IAT)

Schmacke N (2019): Pay for Performance (P4P). Bilanz einer gesundheitsökonomischen Ideologie. Ein narrativer Review. IPP-Schriften 15. Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Schmitz C et al. (2020): Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In: Schmitz C et al. (Hrsg.): Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. Berlin: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 183–198

Schrapppe M et al. (2021): Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 – Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie. 3. Ad hoc-Stellungnahme; www.matthias.schrapppe.com → 16.5.2021

Woratschka R (2019): Kassen lassen Patienten auflaufen. Tagespiegel vom 25. Juni 2019

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 8. Juni 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Ingo Bode,

Jahrgang 1963, ist seit 2009 Professor für Sozialpolitik mit Schwerpunkt organisationale und gesellschaftliche Grundlagen im Institut für Sozialwesen am Fachbereich für Humanwissenschaften der Universität Kassel. Nach einem Studium der Politikwissenschaften promovierte und habilitierte er sich am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen. Seine Forschungs- und Lehrtätigkeiten führten ihn zudem an verschiedene Hochschulen in Deutschland (Universitäten Marburg, Trier, Duisburg und Wuppertal), Frankreich (Institut d'Études Politiques Nancy), Großbritannien (University of Edinburgh, University of Kent) sowie Kanada (Université de Montréal).