

IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



08 / 2017

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017
Meinungen, Positionen, Handlungsfelder

von Roger Jaeckel

IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet

Gestaltung: roman und braun medienproduktionen

Umschlaggestaltung: Robert Roman

Internet: www.implicon.de

ISSN: 2199-4986

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 Meinungen, Positionen, Handlungsfelder

von Roger Jaeckel

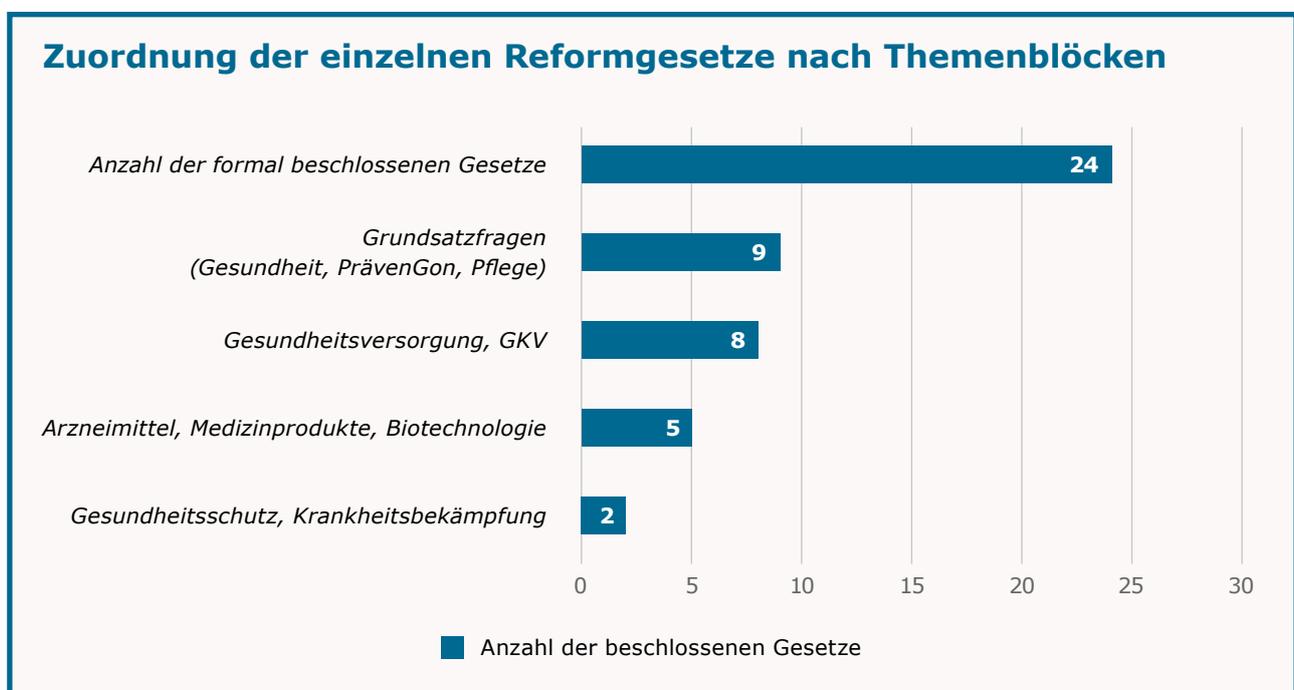
Am 24. September 2017 ist Bundestagswahl. Aus gesundheitspolitischer Perspektive deshalb bereits gerechtfertigt, die kommende Legislatur bereits als „Business as usual“ zu betrachten oder doch schon begründeter Anlass für diverse ordnungspolitische Grundsatzdebatten? Nach rekordverdächtigen und offiziell insgesamt bestätigten 28 Reformgesetzen in der laufenden Legislaturperiode (vgl. Pressemitteilung des BMG vom 07.07.2017) durchaus ein berechtigtes Anliegen, den bisher gezeigten Reformeifer hinsichtlich künftigen Reformanlass und künftiger Reformgeschwindigkeit kritisch zu hinterfragen. Grundlage dafür bilden die aktuell verabschiedeten Wahlprogramme der etablierten Bundestagsparteien. Der vorliegende Beitrag versucht deshalb ein Bild zu zeichnen, welchen gesundheitspolitischen Mainstream die Gesundheitsakteure in den nächsten vier Jahren erwarten dürfen, welche Themen eine gewisse parteipolitische Konstellation voraussetzen und letztlich was von parteipolitisch geprägten Bundestagswahlprogrammen hinsichtlich des später stattfindenden Regierungshandelns tatsächlich zu halten ist im Sinne „hält der Koalitionsvertrag, was das vorherige Wahlprogramm versprochen hat“.

Mit dem Ende einer Regierungsperiode ist auch stets das Ritual verbunden, sich auf die politischen Inhalte der kommenden 4 Regierungsjahre einzustimmen. Dabei lässt sich die Masterfrage, welche Reformthemen tatsächlich die reformpolitische Bühne betreten werden, nie ganz unabhängig vom tatsächlichen Ausgang der nächsten Bundestagswahl beantworten. Dennoch stellt sich dem interessierten Leser die Frage, ob es nicht bereits im Vorfeld artikulierte Meinungen oder gar Positionen gibt, die einen Mainstream gesundheitspolitischer Themen auch jenseits der einzelnen und allseits bekannten Parteipositionen erkennen lassen? Nachdem zwischenzeitlich alle Wahlprogramme der etablierten Bundestagsparteien vorliegen also eine gute Gelegenheit, einen vertiefenden Blick auf die Glaskugel zu werfen und denkbare reformpolitische Themenszenarien für die kommende 19. Legislaturperiode zu skizzieren, bevor es am 24. September 2017 dann wirklich ernst wird mit der nächsten Bundestagswahl. Wird es der Gesundheitspolitik diesmal gelingen, aus dem Reformschatten anderer großer Politikfelder herauszutreten? Und wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass aus artikulierten einzelnen Reformschwerpunkten tatsächlich auch konkrete Handlungsfelder werden?

Reformpolitik im Zeichen der 18. Legislaturperiode

Gesundheitsreformen hatten in der gerade auslaufenden Legislaturperiode Hochkonjunktur. Je nach Zählweise und unter Auslassung der Umsetzung europäischer/internationaler Rechtsvorschriften wurden in den zurückliegenden 4 Jahren insgesamt 24 Reformgesetze durch den Deutschen Bundestag beschlossen (vgl. Abbildung 1). Diese Vielzahl an einzelnen Gesetzen sucht in der Geschichte ihresgleichen und dennoch dürfte dieses Ergebnis eigentlich nicht überraschen.

Abbildung 1: Gesundheitsreformgesetze in der 18. Legislaturperiode



Quelle: eigene Darstellung

Der im November 2013 vereinbarte Koalitionsvertrag enthielt bereits bis auf ein paar wenige Ausnahmen alle wesentlichen Gesetzesinitiativen, die bis Ende der laufenden Regierungsperiode tatsächlich auch alle verabschiedet wurden. Die Themenvielfalt reicht dabei von A wie Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz über K wie Krankenhausstrukturgesetz bis hin zu T wie Transplantationsregistergesetz.

In diesem Zusammenhang wird im Nachhinein deutlich erkennbar, dass der Koalitionsvertrag selbst als Themenscharnier seine Wirkung entfaltet hat und somit den oftmals komplex formulierten parteipolitischen Arrangements als funktionierendes Steuerungsmittel dient, die gesundheitspolitische Agenda für die angedachte Regierungszeit verbindlich und auch schon zu einem relativ frühen Zeitpunkt festzulegen.

Der in der Politik oftmals festzustellende Reflex, dass Reformgesetze tendenziell nur reaktiv und primär zur Stabilisierung von Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung inszeniert werden, verliert auf diese Weise nach und nach an Wirkung. An dessen Stelle treten steuerungsbedürftige und versorgungsrelevante Themen, die einen entsprechenden Vorlauf und Planungshorizont erfordern und weniger dem Muster eines politischen Handlungsaktionismus folgen.

Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik also auf dem Weg zu einem planbaren Politikfeld? Wenn man das Reformgeschehen der letzten knapp 30 Jahre zurückverfolgt, dann hat dieser Eindruck durchaus Bestand. Dabei stellt sich zunächst rhetorisch die Frage, ob Politik grundsätzlich vorausschauender handelt oder sich eher die Rahmenbedingungen nachhaltig verändert haben. Die Antwort darauf ist eher ernüchternd, aber umso plausibler.

Mit dem Systemumbau in Richtung Gesundheitsfonds wurden die gesetzlichen Krankenkassen finanztechnisch durch die Wegnahme der Beitragssatzautonomie an die Kandare gelegt. Des Weiteren wurde durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils der Grundsatz der paritätischen Beitragsfinanzierung nicht nur anteilig wie bereits mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) aufgegeben, sondern auch in absoluten Maßstäben mit dem GKV-FQWG (2015). Gepaart mit der langjährig anhaltenden guten Konjunkturlage sowie der anwachsenden Zahl an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen befindet sich das System der sozialen Sicherung und die GKV im Besonderen in einer noch nie so dagewesenen finanziellen Stabilitätsphase, die im Ergebnis deshalb weniger Kostendämpfungspolitik als vielmehr strukturelle Maßnahmen und weitergehende Leistungsgesetze zur Folge hatte. Berücksichtigt man die aktuelle Konjunkturprognose des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021), so ist davon ausgehen, dass zumindest kurzfristig für 2018 auf der Einnahmenseite keine Abschwächung der bisherigen Finanzlage droht.

Bürgerversicherung oder Krankenversicherung für alle

Dieses ordnungspolitische Streitthema hat schon bekanntermaßen Tradition, weist jedoch im Kern auf die unterschiedlichen Zielvorstellungen der beiden Volksparteien CDU/CSU und SPD hin. So ist dem Wahlprogramm der SPD unbeirrbar zu entnehmen, dass die Einführung einer paritätischen Bürgerversicherung wohl oberste Priorität genießt. Auffallend ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass vordergründig eine paritätische Finanzierung eingefordert wird im Sinne einer hälftigen Beitragsfinanzierung des Krankenkassenbeitragssatzes zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Gleichzeitig ist beabsichtigt, die mit dem Zusatzbeitrag einseitig einhergehende Finanzierungslast der Arbeitnehmerseite zum Vorteil der Beschäftigten wieder zu beenden. Damit wäre der alte Finanzierungsmodus, wie er vor 2004 existierte, wieder hergestellt. Diese echte Parität soll übrigens dann auch in der sozialen Pflegeversicherung gelten.

Etwas spannender gestaltet sich in diesem Zusammenhang die Frage, was mit den Privatversicherten denn künftig geschehen soll. Die politische Antwort darauf fällt in der Weise aus, dass nach den Vorstellungen der SPD diese spezielle Zielgruppe künftig das Wahlrecht erhalten soll, in die dann neu definierte Bürgerversicherung wechseln zu können, also ein Wechselrecht für alle bisher privat krankenversicherten Personen (vgl. SPD Regierungsprogramm 2017 bis 2021). Für die Zielgruppe der privat versicherten Beamten gibt es nach den Vorstellungen der SPD jedenfalls in der neuen Bürgerversicherung einen beihilfefähigen Tarif. Auf dieser Grundlage können die öffentlichen Arbeitgeber dann entscheiden, ob sie dann für gesetzlich Versicherte Beamte einen monatlich festen Arbeitgeberbeitrag entrichten wollen oder wie bisher auch einen Anteil der Behandlungskosten über die Beihilfe direkt übernehmen (vgl. Albring 2017). Alle bislang gesetzlich Versicherten sowie alle erstmalig Versicherten werden automatisch in die Bürgerversicherung aufgenommen.

Dem Grundgedanken der Bürgerversicherung folgen auch Bündnis 90/Die Grünen und die Linke, allerdings wollen Bündnis 90/Die Grünen die Finanzierungsbasis der GKV erweitern, indem Beiträge auf Kapitaleinkommen und Gewinne in die Beitragsberechnung ebenso mit einfließen sollen. Eine explizite Abschaffung der PKV indessen wird nicht gefordert (vgl. Bündnis 90/Die Grünen Bundestagswahlprogramm 2017). Vielmehr existiert die Vorstellung, dass gesetzliche und private Krankenversicherungen zu einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln sind und letztlich alle Kassen auf Grundlage eines weniger manipulationsanfälligen Risikoausgleichs um die beste Versorgung konkurrieren.

Wesentlich radikaler gibt sich die Linke zu ihren Forderungen einer solidarischen Gesundheitsversicherung: nämlich sofortige Abschaffung der PKV und konsequente Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze jenseits bestehender verfassungsrechtlicher Grenzen. Damit würde das Gesamteinkommen eines jeden einzelnen der Beitragsfinanzierung unterliegen (vgl. Die Linke Bundestagswahlprogramm 2017). Mit diesem Vorgehen soll eine Absenkung des derzeit durchschnittlichen Beitragssatzes von 15,7 Prozent dauerhaft und ohne Leistungskürzungen auf unter 12 Prozent abgesenkt werden können. Das Geschäftsmodell der PKV soll dann auf Zusatzversicherungen begrenzt bleiben.

Das allgemein als Bürgerversicherung bezeichnete paritätische Finanzierungsmodell einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung stellt sowohl rechtlich als auch ökonomisch die Achillesferse dieses neuen Grundversorgungsmodells dar. Für den gesetzlich bereits krankenversicherten Wahlbürger erschließt sich in letzter Konsequenz nicht, worin für

ihn erfahrbare Vorteile begründet liegen. Die beispielsweise im SPD-Wahlprogramm formulierte Forderung, dass Menschen mit chronischen Krankheiten von Zuzahlungen zu entlasten sind (vgl. SPD Regierungsprogramm 2017 bis 2021), ließe sich auch ohne Einführung einer Bürgerversicherung realisieren mit weitaus geringerem Aufwand. Das gleiche gilt erst recht für die Forderung nach einer paritätischen Beitragsfinanzierung.

Die insbesondere an die Vertragsärzteschaft gerichtete Botschaft, mit Einführung der Bürgerversicherung eine einheitliche Honorarordnung zu schaffen, folgt zwar im Kern dem Gedanken, die Zwei-Klassen-Medizin zu beseitigen. Unter dem Primat, dass für Vertragsärzte keine Einkommensnachteile entstehen sollen, wäre in letzter Konsequenz eine Erhöhung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen der bisher gesetzlich Krankenversicherten und eine Absenkung der bisher privatärztlich geleisteten Honorarsätze unabdingbar. Allerdings ließe sich ein solches Nullsummenspiel rechnerisch nur auf Makroebene realisieren. Auf Ebene der einzelnen Arztpraxis ergeben sich aufgrund der jeweils unterschiedlichen Patientenanteile an GKV- und PKV-Versicherten recht unterschiedliche Einkommenseffekte.

Das duale Krankenversicherungssystem als Wettbewerbsmodell

Jenseits den programmatisch traditionell links stehenden Parteien vertreten CDU/CSU und FDP eine ordnungspolitische Programmatik, die auf Wettbewerb und folglich auf eine Dualität der beiden Krankenversicherungssysteme setzt. In ihrem Programm zur Bundestagswahl 2017 „Schauen wir nicht länger zu“ hebt die FDP die maximale Wahlfreiheit des Bürgers bezüglich der Auswahl seiner Krankenversicherung hervor. Die Zielvorstellung mündet in der Formulierung, dass es dem Wahlbürger künftig frei gestellt sein soll, ob er sich unabhängig von seinem Einkommen für einen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz entscheidet. Auch die Möglichkeit, zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen wechseln zu können, soll vereinfacht werden (vgl. Freie Demokraten Programm zur Bundestagswahl 2017). Dieser Gedanke kommt der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze gleich, wenn es künftig keine Wettbewerbsverzerrungen zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen mehr geben soll. Die in der PKV bisher nicht existierende Kontrahierungspflicht will man dadurch beseitigen, indem die PKV künftig verpflichtet werden soll, jeden Antragsteller im Basistarif zu versichern. Auch Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel innerhalb der PKV wird gefordert. Die Frage, wie es sich mit den Altersrückstellungen bei Bestandsmarktkunden verhält, die von der PKV in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln wollen, bleibt allerdings unbeantwortet. Ebenso die Frage, wie künftig mit dem rechtlichen Status von privaten Versicherungsunternehmen und gesetzlichen Krankenkassen umgegangen werden soll.

Nicht ganz so radikal verhält es sich mit dem Zukunftsbild von GKV und PKV bei der CDU/CSU. Im Zentrum steht der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV und so denkt man beispielsweise daran, die Zusammenarbeit zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen weiter auszubauen, der Zugang zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt wird indessen an keiner Stelle gefordert. Vielmehr liegt der Fokus auf dem finanzpolitischen Aspekt, den Arbeitgeberanteil beim allgemeinen Beitragssatz auch weiterhin gesetzlich festzuschreiben (vgl. CDU/CSU Regierungsprogramm 2017-2021).

Allerdings bleibt die allgemeine Kritik am einseitig steigenden Zusatzbeitragssatzanteil der Arbeitnehmerseite nicht unreflektiert. So wurde bereits im Vorfeld des verabschiedeten Regierungsprogrammes von fachpolitischer Seite eine interessante Belastungsgrenze der Arbeitnehmerseite ins Spiel gebracht, die sich an den Gesamtausgaben der Arbeitgeber für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bemisst. Das sind gegenwärtig etwa 40 Mrd. Euro im Jahr. Wenn die Gesamtsumme aus steuerfinanziertem Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, in 2017 sind das 14,5 Mrd. Euro, und die sich aus dem Zusatzbeitrag ergebende Gesamtsumme der Beitragszahler, gegenwärtig etwa 14 Mrd. Euro, also zusammen etwa 28,5 Mrd. Euro, den Betrag von 40 Mrd. Euro übersteigt, wären die Arbeitgeber an den Steigerungen der GKV-Ausgaben dann wieder zu beteiligen (vgl. Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU 2017). Gegenwärtig bestünde nach dieser Formel noch eine Differenz von ca. 11,5 Mrd. Euro. Diese Größenordnung lässt jedenfalls den Schluss zu, dass eine zusätzliche finanzielle Beteiligung der Arbeitgeberseite nach diesem Modell in der nächsten Legislaturperiode kaum zum Tragen kommen dürfte bzw. der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz um noch ca. 0,9 Prozent Beitragssatzpunkte ansteigen müsste. Im aktuellen Regierungsprogramm ist dieser Passus aber nicht enthalten, was eher aus strategischen als aus inhaltlichen Gründen erfolgt sein dürfte.

Zur besseren Übersicht werden die Grundpositionen und systemspezifischen Forderungen der einzelnen Parteiprogramme synoptisch gegenüber gestellt (vgl. Abbildung 2). Auf diese Weise werden die unterschiedlichen Zielvorstellungen nochmals deutlicher sichtbar. Dabei ist unverkennbar, dass das politisch links zuzuordnende Parteienspektrum unisono für das Konzept einer paritätischen Bürger- bzw. solidarischen Gesundheitsversicherung wirbt. Dies führt nicht nur zu einer semantischen Unterscheidung, sondern hat auch einen unterschiedlichen versicherungspflichtigen Personenkreis und Finanzierungsmodus zur Folge. Im Gegensatz dazu tritt das liberal-konservative Parteienspektrum für die Beibehaltung des Status quo und damit des dualen Krankenversicherungssystems ein.

Abbildung 2: Vorstellungen der Parteien zur Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems

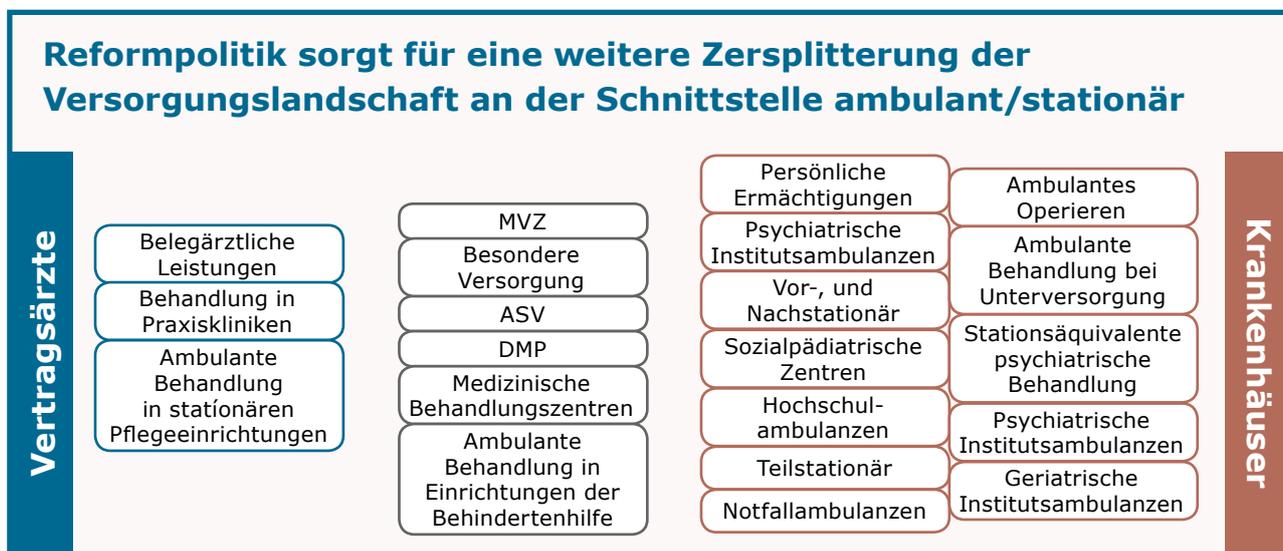
Synopsis Duale Krankenversicherung vs. Bürgerversicherung					
					
Grundposition	Duales System	Bürgerversicherung	Bürgerversicherung	Gesundheitsversicherung	Duales System
Finanzierungsform	Beibehaltung Zusatzbeitrag	Paritätische Finanzierung	Paritätische Finanzierung	Paritätische Finanzierung	-
Einbeziehung anderer Einkommensarten	Nein	Wird nicht explizit gefordert	Aktiengewinne und Kapitaleinkünfte	Gesamtes Einkommen	Nein
Sonstige Forderungen	Wettbewerb unter den Krankenkassen und Krankenversicherungen	Wahlmöglichkeit bisher privat Versicherter, in die Bürgerversicherung wechseln zu können	Alle Bürger, auch Beamte und Selbständige, beteiligen sich an der Bürgerversicherung	Abschaffung Beitragsbemessungsgrenze	Aufhebung Versicherungspflichtgrenze; freie Wahl zwischen GKV und PKV

Quelle: eigene Darstellung

Sektorenübergreifende Versorgung: vom Ladenhüter zum Erfolgsmodell?

Die bisherigen Bemühungen der Gesundheitspolitik, den Versorgungsbedarf des Patienten nicht auf die jeweiligen und regelungsspezifischen Sektorengrenzen zu beschränken, sondern je nach Behandlungsnotwendigkeit sektorenübergreifend zu gestalten, hat in den zurückliegenden Legislaturperioden schon zu vielfältigen und teilweise auch divergierenden Lösungsansätzen geführt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 3: Reformansätze zur Überwindung der Sektorengrenzen



Quelle: eigene Darstellung

Anstelle eines durchdachten Masterplans sind zahlreiche und vertraglich sehr unterschiedliche geregelte Versorgungsinselformen entstanden, die im Ergebnis eher zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft geführt haben anstelle systembedingte Versorgungsbrüche nachhaltig aufzulösen und für die Übertragbarkeit von Best Practice Modellen auf andere Versorgungsregionen Sorge zu tragen.

Insofern darf es nicht verwundern, dass diese reformpolitische Großbaustelle auch die nächste Regierungsperiode beherrschen wird. Von daher ist es von besonderem Interesse, welche programmatischen Zielvorstellungen die einzelnen Parteien diesbezüglich verfolgen. So äußern sich Bündnis 90/Die Grünen in der Weise, dass sie eine „bessere Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen und eine gemeinsame Planung ambulanter und stationärer Leistungen wollen“. Kommunen und Regionen werden in diesem Zusammenhang als bedeutsam angesehen und sollen, mit mehr Kompetenzen ausgestattet, in diesem Zusammenhang die Gründung lokaler Gesundheitszentren vorantreiben (vgl. Bündnis 90/Die Grünen Bundestagswahlprogramm 2017).

Im Wahlprogramm der SPD wird hierzu lediglich ausgeführt, dass eine gute und barrierefreie medizinische Versorgung sich nicht nur auf attraktive städtische Lagen beschränken darf, sondern dass für ländliche und strukturschwache Regionen der gleiche Qualitätsanspruch gelten muss. Als Mittel der Wahl wird hierzu die Einführung einer integrierten Bedarfsplanung gefordert, welche die gesamte medizinische Versorgung umfasst einschließlich Prävention, Rehabilitation und Pflege (vgl. SPD Regierungsprogramm 2017 bis 2021).

Die Fachpolitik hat bereits konkrete Antworten

Auch wenn das Regierungsprogramm von CDU/CSU in der offiziellen Fassung fachlich merklich zurecht gestutzt wurde, verbirgt sich hinter der Forderung nach einer Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ein ganzes Maßnahmenbündel, das schon deutlich im Vorfeld des erst kürzlich verabschiedeten Bundeswahlprogrammes öffentlichkeitswirksam die Runde machte und schwerpunktmäßig folgende Themenschwerpunkte aufweist (vgl. Beschluss des Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege 2016):

- Einheitliche Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen an der Grenze von ambulanter und stationärer Versorgung. Ziel ist dabei die Einführung leistungsbezogener Behandlungspauschalen
- Einführung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Ziel ist eine vernetzte Versorgungsplanung mit gleichzeitiger Funktion als Instrument der Mengensteuerung
- Sektorenübergreifende Stärkung der Transparenz des Leistungsgeschehens und der Qualitätssicherung. Hierzu gehört die Entwicklung eines Anreizsystems für Leistungserbringer in Form einer qualitätsorientierten Erlösstruktur

- Verringerung bzw. Überwindung existierender Versorgungsschnittstellen zur Gewährleistung einer kontinuierlichen medizinischen und pflegerischen Versorgung der Patienten und zur Hebung von Effizienzpotenzialen in der Versorgung.

Geht man vom Wortlaut der aktuell verabschiedeten Wahlprogramme aus, dann fallen die Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgung doch eher überschaubar aus. Vergegenwärtigt man die insbesondere von den Fachpolitikern im Vorfeld bereits formulierten Positionen, dann wird klar, dass zu dieser Reformthematik bereits eine Hidden Agenda existiert, die im Rahmen der sich anschließenden Koalitionsverhandlung dann sehr schnell zum Vorschein treten dürfte. Dieses Thema dürfte jenseits des tatsächlichen Wahlausganges und der Frage, welche Parteien die nächste Regierung bilden, deshalb bereits faktisch gesetzt sein.

Digitalisierung des Gesundheitswesens zwischen Modernisierungsanspruch und Fortschrittsgläubigkeit

Kein Thema durchdringt und beeinflusst gegenwärtig mehr unser Leben als die Digitalisierung. Auch im Gesundheitswesen ist dieser Trend merklich spürbar, auch wenn der Durchdringungsgrad im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen noch deutlich zurückfällt. Daher dürfte es von hohem Interesse sein, wie im Rahmen der anstehenden Bundestagswahl die einzelnen Parteien dieses innovationsgetriebene Megathema einordnen und welchen Stellenwert sie der Digitalisierung im Gesundheitswesen beimessen.

Allen voran umschreibt das Regierungsprogramm von CDU/CSU dieses Thema mit den Worten „Digitalisierung ist Chefsache“. Dieser Top-Down-Ansatz wird politisch mit dem Vorschlag gekrönt, dass in der nächsten Legislatur im Bundeskanzleramt die Position eines Staatsministers für Digitalpolitik neu geschaffen werden soll, um den Abstimmungsbedarf zwischen den einzelnen Ressorts besser gewährleisten zu können. Deutschland goes digital, hic!

Übertragen auf den Bereich Gesundheit wird die Erwartungshaltung ausgesprochen, dass es durch den Einsatz der Telemedizin immer einfacher wird, für immer mehr Menschen unabhängig von ihrem Wohnort eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erhalten. Der Nutzen der Digitalisierung wird insbesondere darin gesehen, auch schwere Erkrankungen früher erkennen sowie gezielter behandeln zu können. Mit dem Einsatz moderner Assistenzsysteme ist es möglich, dass insbesondere ältere Menschen länger als bisher in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können (vgl. CDU/CSU Regierungsprogramm 2017-2021). Nach Auffassung von CDU/CSU wurde mit dem E-Health-Gesetz ein wichtiger Grundstein gelegt, die Möglichkeiten der Digitalisierung des Gesundheitswesens konsequent zu nutzen. Unter Wahrung datenschutzrechtlicher Belange will

man künftig einen Schritt weiter gehen und Patienten die Möglichkeit einräumen, dass für deren Behandlung relevante Gesundheitsinformationen den Ärzten zur Verfügung gestellt werden können.

Bei den Freien Demokraten werden die Chancen der Digitalisierung für mehr Wohlstand sowie bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen im Ansatz zwar thematisiert, eine Herleitung der Potenziale zur Verbesserung der Patientenversorgung bleibt jedoch aus. Das diesem Thema innewohnende politische Gestaltungspotenzial wird von Seiten der FDP offenkundig verschenkt.

Im SPD-Regierungsprogramm hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen ebenso Fußspuren hinterlassen und soll, so die formulierte Zielsetzung, weiter konsequent vorangebracht werden. So erhofft man sich durch den Einsatz von Telemedizin in ländlich strukturierten Regionen eine entscheidende Verbesserung der Versorgungsstrukturen. Mittels der elektronischen Patientenakte soll ein nahtloser sektorenübergreifender Behandlungsprozess greifen. Als Voraussetzung hierfür wird eine einheitliche und verlässliche Telematikinfrastruktur erachtet sowie die Hoheit der Patienten über die eigenen Daten und deren freiwillige Entscheidung über Zugang und Weitergabe der selbigen (vgl. SPD Regierungsprogramm 2017 bis 2021).

Bei Bündnis 90/Die Grünen ist in einem Zweizeiler nachzulesen, dass mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen vieles verbessert werden kann, beispielsweise im Bereich der Versorgung chronisch Kranker. Als *conditio sine qua non* wird jedoch der selbstbestimmte Datenzugang, ähnlich wie bei der SPD formuliert, erachtet (vgl. Bündnis 90/Die Grünen Bundestagswahlprogramm 2017). Bei den Linken versinkt das Digitalisierungsthema trotz kritischer Grundhaltung in öffentlichen Debatten in Bedeutungslosigkeit und bleibt im Wahlprogramm deshalb auch konsequent unerwähnt.

Bei der Digitalisierung herrscht parteiübergreifender Konsens

Insgesamt betrachtet ist die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen politisch angekommen. Im Mittelpunkt steht der ultimative Schutz sensibler Behandlungs- und Versorgungsdaten als Voraussetzung zur Erbringung digitaler Gesundheitsleistungen. Aufbauend auf dieser Prämisse herrscht jedoch eine positive Grundstimmung vor, was die Nutzung digitaler Gesundheitsleistungen anbetrifft, obwohl das deutsche Gesundheitssystem von einer flächendeckenden Implementierung in Verbindung mit in vielen Bereichen noch nicht geklärten Erstattungsfragen noch meilenweit entfernt ist.

Diesbezüglich enthalten die einzelnen Wahlprogramme wenig an Vorschlägen im Sinne eines digitalen Masterplans für das Gesundheitswesen, obwohl wie im Fall der CDU

bereits Ende 2016 durch den Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege sowie des Netzwerks Digitalisierung ein 12 Punkte Plan für ein digitalisiertes Gesundheitswesen im Sinne einer E-Health-Strategie für Deutschland bereits vorgelegt wurde (vgl. Gemeinsamer Beschluss des CDU-Bundesfachausschusses Gesundheit und Pflege sowie des Netzwerks Digitalisierung 2016).

Ausblick

Wahlprogramme sind noch längst keine Regierungserklärungen, auch wenn bei CDU/CSU und SPD die Überschrift des Wahlprogrammes bereits mit dem Titel „Regierungsprogramm“ versehen wurde. Auch die diesjährige Bundestagswahl ist wieder einmal mehr durch wahlkampfaktische Manöver gekennzeichnet als ein ordnungspolitisch klares Bild zu zeichnen, bei welchen Themen notwendigerweise die Reformschraube in den nächsten vier Jahren angesetzt wird. Die über die Jahre gewachsene Erkenntnis, dass Gesundheitspolitik sich wahrlich nicht als Wahlkampfslager eignet, wird auch im Vorfeld der diesjährigen Bundestagswahl eindrucksvoll bestätigt. Die einst von Horst Seehofer stammende Äußerung, dass man mit Gesundheitspolitik Wahlen zwar verlieren, aber niemals gewinnen kann, verliert aufgrund der rückläufigen Verteilungskämpfe in den letzten Jahren doch merklich an Wirkung. Mit ein Grund dafür dürfte die seit Jahren vorherrschende positive Finanzlage in der GKV sein, die mit Ausnahme des Arzneimittel-sektors doch recht wenig Anlass zu echten Kostendämpfungsmaßnahmen gab. Vielleicht gibt aber auch das relativ hohe Versorgungsniveau recht wenig Anlass für handfeste gesundheitspolitische Forderungen und muss deshalb anderen und emotional wesentlich bedeutsameren Politikfeldern in Zeiten des Wahlkampfes den Vorrang einräumen. Ein Grund mehr also, den Reformball bei dem nachzulesenden gesundheitspolitischen Themenmix möglichst flach zu halten.

Allerdings spiegelt sich diese Tatsache in den einzelnen Wahlprogrammen nur unscheinbar wieder. Die Konsequenz daraus ist eine bereits existierende und prall gefüllte Reformliste in Form einer Hidden Agenda, die je nach Wahlausgang und spätestens in der Phase der sich anschließenden Koalitionsverhandlung dann klar zum Vorschein treten wird. In diesem Zusammenhang werden in der nächsten Legislaturperiode die Themen Krankenhausfinanzierung und -versorgung, Innovationssteuerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Ausbildung von Gesundheitsberufen sowie die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach dem Pflegeversicherungsgesetz auch wieder prominent vertreten sein. Ausschlaggebend dafür ist die existierende Anpassungs- und Regulierungsdynamik, die letztlich als Reaktion auf den fortschreitenden Strukturwandel im Gesundheitswesen zu werten ist.

Fazit

Das wahlpolitische Schlüsselthema im Bereich Gesundheit ist und bleibt die ordnungspolitische Ausrichtung des Krankenversicherungssystems. Kein anderes Thema wird so maßgeblich vom Ausgang der nächsten Bundestagswahl bestimmt werden. Die beiden anderen reformpolitischen Schwerpunktthemen „sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung“ und „Digitalisierung des Gesundheitswesens“ hingegen stehen unabhängig vom tatsächlichen Ausgang der Bundestagswahl ganz oben auf der Reformagenda und können daher bereits als politisch gesetzt betrachtet werden.

Der dann zwischen der neuen Regierungskoalition zu verhandelnde Koalitionsvertrag in Richtung Gesundheitsreformagenda 2017-2021 dürfte im Ergebnis womöglich noch umfänglicher und substanzieller ausfallen als der zuletzt in 2013 vereinbarte. Denn nach der Wahl ist bekanntlich auch immer vor der nächsten Reform.

Professor Roger Jaeckel

Director Market Acces D.A.CH Baxter Deutschland GmbH,
Unterschleißheim

Literatur

Albring, M.: Die Bürgerversicherung - kommt sie doch noch? IMPLICONPlus 06/2017

Beschluss des Bundesausschusses Gesundheit und Pflege, Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend planen und gestalten (unveröffentlichtes Manuskript Sept. 2016)

Bundesausschuss Gesundheit und Pflege der CDU, Entwurf gesundheitspolitisches Programm (unveröffentlichtes Manuskript März 2017)

Bundesgesundheitsministerium (BMG), Pressemitteilung vom 7. Juli 2017. Gesetze und Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit vom Bundesrat beschlossen. Download unter www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/3-quartal/gesetze-und-verordnungen.html

Bündnis 90/Die Grünen: Bundestagswahlprogramm 2017. Zukunft wird aus Mut gemacht. Download unter www.gruene.de/ueber-uns/2017/gruenes-wahlprogramm-zur-bundestagswahl-2017-zukunft-wird-aus-mut-gemacht.html

CDU Bundesausschuss Gesundheit und Pflege: Gemeinsamer Beschluss des CDU-Bundesausschusses Gesundheit und Pflege sowie des Netzwerks Digitalisierung, E-Health Strategie für Deutschland: 12 Punkte für ein digitalisiertes Gesundheitswesen, unveröffentlichtes Manuskript, Dez. 2016

CDU/CSU Regierungsprogramm 2017-2021. Für ein Deutschland, in dem wir gut und gerne leben. Download unter www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/170703regierungsprogramm2017.pdf

Die Linke Bundestagswahlprogramm 2017. Download unter www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2017/wahlprogramm2017/wahlprogramm2017.pdf

Freie Demokraten: Programm zur Bundestagswahl 2017. Schauen wir nicht länger zu. Download unter www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/07/25/20170725-wahlprogramm-wp-2017-v15-online.pdf

GKV-Spitzenverband, Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021. Download unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_neue_Legislaturperiode_2017-2021_barrierefrei.pdf

Jaeckel, R.: Gesundheitsreformbilanz der Großen Koalition: Wohin steuert das deutsche Gesundheitswesen? Gesellschaftspolitische Kommentare (gpk) Nr. 1-2-3/2017: 29-32

SPD-Regierungsprogramm 2017 bis 2021: Es ist Zeit für mehr Gerechtigkeit: Zukunft sichern, Europa stärken. Download unter www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Bundesparteitag_2017/Es_ist_Zeit_fuer_mehr_Gerechtigkeit-Unser_Regierungsprogramm.pdf

Bitte besuchen Sie uns auch unter **www.implicon.de**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber

Dr. med. Manfred Albring
Tel.: 030/431 02 95

Redaktion

Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift

Warnauer Pfad 3
13503 Berlin

Layout

Robert Roman
Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Acces D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen