Die Techniker
Jens Baas (Hrsg.)
Perspektive Gesundheit 2030
Gesellschaft, Politik, Transformation
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Jens Baas (Hrsg.)

Perspektive Gesundheit 2030

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Jens Baas (Hrsg.)

Perspektive Gesundheit 2030

Gesellschaft, Politik, Transformation

mit Beiträgen von

V.E. Amelung | B. Augurzky | J. Baas | T. Ballast | N.C. Bandelow | H. Bedford-Strohm
N. Blase | B. Borgetto | R. Busse | D. Cardinal | D. Cassel | D. Chytrek | C. Egan | P. Ex
E. Farin-Glattacker | W. Flemming | M. Gornostayeva | S. Graumann | W. Greiner | S. Greß
K. Grießmeier | M. Gruhl | A. Häfferer | J. Hecht | I. Holldorf | J. Hornung | N. Huss
L.Y. Iskandar | C. Jesberger | J. Jünger | M. Kettlitz | M. Kifmann | R. Klakow-Franck
F. Knieps | K.-R. Korte | B. Lang | M. Lauerer | P. Löcherbach | H. Lohmann | J. Manthey
A. Meusch | R. Milstein | H. Müller | E. Nagel | H.-D. Nolting | S. Ozegowski | J. Pendzialek
A. Pfingsten | A. Reifferscheid | A. Rödder | L. Roither | K. Rupp | M. Schlobohm
M. Schmitz | M. Schnee | G.-G. Schoch | J. Schreyögg | J. Simon
I. Spiecker gen. Döhmann | T. Steimle | V. Ulrich | G. van Elst
A. Walendzik | A. Westerfellhaus | S. Wilm | T. Wozniak

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Herausgeber

Dr. Jens Baas
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-633-1 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2021

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen wünschen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder Ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Bernadette Schultze-Jena, Berlin
Copy Editing: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Coverbild: ©Siarhei/stock.adobe.com

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Ob die Digitalisierung der Gesellschaft, die Auswirkungen der Corona-Pandemie, ein weiter unbegrenzt steigender Kostendruck, Strukturherausforderungen oder neue, teilweise exorbitant teure Therapieoptionen – für das deutsche Gesundheitswesen stehen wichtige Weichenstellungen an. Als Vertreterin der Interessen ihrer Versicherten wird die Techniker Krankenkasse (TK) hierzu ihren Beitrag leisten. Ein Baustein ist dieses Buch, das über die Bewältigung der Pandemiefolgen und Finanzierungsnotwendigkeiten hinaus Perspektiven für das deutsche Gesundheitssystem in den kommenden Jahren aufzeigen will.

Gerade der Corona-bedingte Krisenmodus, in dem sich das Gesundheitswesen derzeit befindet, macht es notwendig, die langfristigen Perspektiven nicht aus den Augen zu verlieren. Im ersten Teil dieses Buches setzen wir uns daher direkt mit den Zielen der Gesundheitspolitik auseinander. Dass die Patient:innen ins Zentrum des Gesundheitswesens rücken müssen, ist richtig, aber auch ein Allgemeinplatz. Entscheidend sind die Konsequenzen, die man aus dieser Erkenntnis zieht. Auch deshalb präsentieren wir im ersten Beitrag bewusst Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung. Im Folgenden arbeiten die Autor:innen dann heraus, welche – keineswegs widerspruchsfreien – Ziele sich die Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren setzen muss.

In den folgenden Kapiteln werden wir zunehmend konkreter: Aus den Zielen der Gesundheitspolitik ergeben sich eine Vielzahl von Herausforderungen, denen sich die Beiträge des zweiten Teils widmen. Der dritte Teil bietet Einblicke in Reformwerkstätten. Die dort zusammengefassten Beiträge sollen eine Vorstellung von unterschiedlichen Reformansätzen geben. Die Vielstimmigkeit der Gesundheitspolitik wird hier besonders deutlich. Dabei wurde bewusst darauf verzichtet, hier die Positionen der Verbände und Interessensvertretungen noch einmal abzudrucken – sie sind für alle Interessierten leicht zugänglich. Stattdessen hoffen wir hier, selbst für die im Gesundheitsbereich gut informierten Leser:innen noch neue Perspektiven anzubieten. In den Beiträgen des vierten Teils kommen Expert:innen der TK zu Wort, die ihre Vorstellungen über die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems zur Diskussion stellen.

Insgesamt wird deutlich, dass unser Gesundheitssystem vor der größten Herausforderung seit der Wiedervereinigung steht. Die Zeiten sind vorbei, in denen der Hinweis darauf, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt habe häufig als Alibi für Untätigkeit diente. Die ersten Beiträge für das Buch sind Ende November 2020, die letzten Anfang März 2021 beim Verlag eingegangen – somit mitten in der Corona-Pandemie, deren aktuelle Entwicklungen zum Teil schon mit aufgegriffen sind. Umfassende, tragfähige Lehren aus dieser Zeit werden sich noch herauskristallisieren.

Zwei zentrale Themenbereiche werden das kommende Jahrzehnt jedoch in jedem Fall stark prägen:

Digitalisierung. Das Tempo der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen wird weiter zunehmen. Die Corona-Krise hat nicht nur die Defizite gnadenlos offengelegt. Sie hat auch in manchen Bereichen gezeigt, dass es nicht die technischen Voraussetzungen sind, welche die Entwicklung bremsen, sondern das Wahren von Interessen. In den beiden vorangehenden von mir herausgegebenen Büchern „Zukunft der

Gesundheit“ und „Digitale Gesundheit in Europa“ wurden diesbezüglich bereits Akzente gesetzt. Die Plädoyers für einen europäischen Weg in der Digitalisierung des Gesundheitssystems haben an Relevanz gewonnen. Und festzustellen bleibt auch, dass in den letzten Jahren vieles in eine richtige Richtung bewegt wurde:

- Die Mentalität hat sich verändert und die Erkenntnis durchgesetzt, dass digital auch im Gesundheitswesen vieles einfacher und schneller geht.
- Außerdem wurde die Bedeutung der Infrastruktur erkannt. Die Differenzen in den Semantiken der Software werden angegangen, die Interoperabilität wird gestärkt und die elektronische Patientenakte (ePA) wird zum Rückgrat der Infrastruktur – ein Hub, der die Patient:innen tatsächlich in den Mittelpunkt stellt.
- Die Gesetzgebung hat sich dem Tempo im digitalen Zeitalter angenähert, sie ist iterativ und bereit, sich schnell anzupassen und zu korrigieren.

Darauf lässt sich aufbauen:

- Der Auf- und Ausbau der Telematikinfrastruktur bis 2025 ist eine Mammutaufgabe, die nicht zu unterschätzen ist.
- Benötigt wird ein neues Konzept für Datenschutz, Datensicherheit und Datennutzung, um die Datenschätze heben zu können, die in den kommenden Jahren den Fortschritt in der Medizin treiben werden.
- Die Zukunft liegt in Europa, besonders in der Europäischen Union: Interoperabilität, einheitlicher Datenraum und Code of Conduct sind hier die Stichworte.

Finanzierung. Es wird Geld kosten, wenn wir perspektivisch die Vorteile eines patientengerechteren und finanzierbaren Gesundheitssystems nutzen wollen. Digitalisierung ist in den nächsten Jahren vor allem ein Investitionsthema. Und deshalb steht am Ende dieses Vorworts und am Beginn der „Perspektiven 2030“ für das Gesundheitswesen der Hinweis auf die Finanzen. Die Politik hat in den Zehnerjahren den Versuchungen einer guten Konjunktur nicht widerstehen können und viele Gesetze erlassen, die nun dauerhaft hohe Kosten verursachen. Demgegenüber stehen, bedingt durch eine sich abzeichnende Rezession, perspektivisch sinkende Einnahmen. Wir werden also um Strukturreformen nicht herumkommen.

Trotz der ernsten Lage wünschen wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, auch Freude und neue Erkenntnisse bei der Lektüre dieses Buches. Sehen Sie es als Einladung zum Dialog.

Dr. Jens Baas
Hamburg im März 2021

Die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Bundesverband Managed Care e. V.
Berlin
und
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
Hannover

Prof. Dr. Boris Augurzky
RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
und
Stiftung Münch
und
hcb GmbH
Essen

Dr. Jens Baas
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Thomas Ballast
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Nils C. Bandelow
Institute of Comparative Politics and Public Policy (CoPPP)
Technische Universität Braunschweig
Braunschweig

Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm
Ratsvorsitzender der Evangelischen Kirche in Deutschland
Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern
München/Hannover

Dr. Nikola Blase
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Essen
und
Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH
Bochum

Prof. Dr. Bernhard Borgetto
Fakultät für Soziale Arbeit und Gesundheit
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminden/Göttingen

Prof. Dr. Reinhard Busse
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin
Berlin

Daniel Cardinal
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. em. Dr. Dieter Cassel
MSM – Mercator School of Management
Universität Duisburg-Essen
Duisburg

Dennis Chytrek
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Christiane Egan
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Patricia Ex
Ehem. Bundesverband Managed Care e. V.
Berlin

Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker
Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung
Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg

Wolfgang Flemming
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Maryna Gornostayeva
Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)
Mainz

Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann
Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Bochum

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
Universität Bielefeld
Bielefeld

Prof. Dr. Stefan Greß
Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Fulda

Kerstin Grießmeier
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Matthias Gruhl
Staatsrat a.D.
Bremen

Andreas Häfferer
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Justin Hecht, M.Sc. Economics
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Bayreuth

Inken Holldorf
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Johanna Hornung
Institute of Comparative Politics and Public Policy (CoPPP)
Technische Universität Braunschweig
Braunschweig

Nikolaus Huss
KovarHuss GmbH
Berlin

Lina Y. Iskandar
Institute of Comparative Politics and Public Policy (CoPPP)
Technische Universität Braunschweig
Braunschweig

Christian Jesberger
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Fulda

Prof. Dr. Jana Jünger, MME (Bern)
Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)
Mainz

Mandy Kettlitz
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Mathias Kifmann
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Hamburg

Dr. Regina Klakow-Franck, M.A.
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte
NRW School of Governance
Institut für Politikwissenschaft
Universität Duisburg-Essen
Duisburg

Dr. Britta Lang, M.Sc.
Zentrum Klinische Studien
Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg

Dr. Michael Lauerer Dipl.-Soz.-wirt.
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Bayreuth

Prof. Dr. Peter Löcherbach
Fachbereich Soziale Arbeit und Sozialwissenschaften
Katholische Hochschule Mainz
Mainz

Prof. Heinz Lohmann
LOHMANN konzept GmbH
Hamburg

Jörg Manthey
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Andreas Meusch
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Ricarda Milstein
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Hamburg

Hardy Müller, M.A.
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Eckhard Nagel
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Bayreuth

Hans-Dieter Nolting
IGES Institut GmbH
Berlin

Dr. Susanne Ozegowski
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Jonas Pendzialek
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Andrea Pfingsten
Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Regensburg

Dr. Antonius Reifferscheid
hcb GmbH
Essen

Prof. Dr. Andreas Rödder
Historisches Seminar – Neueste Geschichte
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

Luise Roither
Denkschmiede Gesundheit
Köln

Klaus Rupp
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Markus Schlobohm
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Michael Schmitz
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Melanie Schnee
Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft
Hochschule Furtwangen
Furtwangen

Dr. Goentje-Gesine Schoch
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Hamburg

Prof. Dr. Judith Simon
Fachbereich Informatik
Universität Hamburg
Hamburg

Prof. Dr. Indra Spiecker genannt Döhmann, LL.M.
Institut für Europäisches Sozialrecht und Gesundheitspolitik (ineges)
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Informationsrecht, Umweltrecht und Verwaltungswissenschaften
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Frankfurt am Main

Tim Steimle
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Prof. Dr. Volker Ulrich
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Universität Bayreuth
Bayreuth

Georg van Elst
Techniker Krankenkasse
Hamburg

Dr. Anke Walendzik
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen
Essen

Andreas Westerfellhaus
Staatssekretär
Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege
Berlin

Univ.-Prof. Dr. Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin
Centre for Health and Society
Universitätsklinikum Düsseldorf
Düsseldorf

Tim Wozniak
Denkschmiede Gesundheit
Köln

Inhalt

I Ziele der Gesundheitspolitik 1

1 Gesundheitspolitik: Was bewegt die Menschen zwischen Pandemie und Superwahljahr? 3
Kerstin Grießmeier

2 Freiheit und Solidarität: Orientierung für ein Sozialsystem im Wandel 11
Interview mit Andreas Rödder

3 Die Zukunft gehört uns – Ziele für das Gesundheitswesen aus Sicht der jungen Generation 18
Luise Roither und Tim Wozniak

4 Was bedeutet Gerechtigkeit als Ziel des Gesundheitswesens für die praktische Politik? 29
Sigrid Graumann und Judith Simon

5 Barmherzigkeit: Ein Narrativ der Hoffnung für das Gesundheitswesen 38
Interview mit Heinrich Bedford-Strohm

6 Governance im lernenden Gesundheitssystem: Anforderungen an eine gesamtheitliche Steuerung von Plattformen 45
Indra Spiecker

7 Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung 54
Mathias Kifmann

8 Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Effektivität und Finanzierbarkeit 62
Wolfgang Greiner

9 Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und Teilhabe am medizinischen Fortschritt: Anspruch, Wirklichkeit und Auftrag 70
Eckhard Nagel, Justin Hecht und Michael Lauerer

10 Qualität im Gesundheitswesen 78
Regina Klakow-Franck

II Herausforderungen für das Gesundheitssystem ____ 83

1 Angekommen: Das deutsche Gesundheitswesen in der VUCA-Welt ____ 85
Markus Schlobohm

Exkurs: Die vorsorgende Demokratie: Eine optimistische Staatsform __ 92
Karl-Rudolf Korte

2 COVID-19-Impfpriorisierung revidieren – Aber wie? ____ 97
Dieter Cassel und Volker Ulrich

3 Braucht das Gesundheitswesen einen Relaunch? Anmerkungen aus einer rechtspolitischen Perspektive ____ 107
Franz Knieps

4 Der lange Weg zur sektorenübergreifenden Versorgung und Überlegungen zu deren Bedarfsplanung ____ 117
Matthias Gruhl

5 Patientenorientierung und vernetzte Versorgung – Implementierung einer längst überfälligen Gesundheitsversorgung ____ 130
Patricia Ex und Volker E. Amelung

6 Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: Verwaltung des Mangels oder Labor für die Zukunft? ____ 140
Hans-Dieter Nolting

7 Transparenz und Legitimation als Herausforderungen des Gesundheitswesens ____ 150
Nils C. Bandelow, Johanna Hornung und Lina Y. Iskandar

8 Investitionsförderung: Optionen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem ____ 158
Stefan Greß, Christian Jesberger und Melanie Schnee

9 Pflege: Eine menschliche, organisatorische und finanzielle Herausforderung ____ 166
Andreas Westerfellhaus

10 Akademisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe ____ 173
Andrea Pfingsten und Bernhard Borgetto

III Handlungsoptionen für die nächste Legislaturperiode _____ 185

1 Die Bedeutung von Patient-reported Outcomes für die Gesundheitsversorgung und -forschung _____ 187
Erik Farin-Glattacker und Britta Lang

2 Patientenlotsen auf dem Weg in die Regelversorgung _____ 198
Peter Löcherbach

3 Capitationmodelle für den ländlichen Raum _____ 208
Boris Augurzky und Antonius Reifferscheid

4 Ambulante und sektorenübergreifende Vergütung _____ 216
Anke Walendzik und Nikola Blase

5 Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge für die kommende Dekade _____ 225
Jonas Schreyögg und Ricarda Milstein

6 Von DRGs zu PRGs – Reform der Krankenhausfinanzierung durch mehr Patientenorientierung _____ 237
Heinz Lohmann

7 Ein Plädoyer für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Neuordnung der Krankenhauslandschaft _____ 243
Reinhard Busse

8 Accountable Care: Eine Perspektive für das deutsche Gesundheitswesen? _____ 251
Stefan Wilm

Exkurs: Ein Plädoyer für ein integriertes dezentrales Gesundheitswesen _____ 259
Nikolaus Huss

9 Die Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit beginnt schon in der Ausbildung _____ 263
Jana Jünger und Maryna Gornostayeva

IV Fitnesscheck 2021 275

1 Zukunftsfähige Versorgungsstrukturen – Welche Herausforderungen gilt es dafür zu bewältigen? 277
Thomas Ballast

2 Die digitale Architektur des Gesundheitswesens 287
Mandy Kettlitz, Jonas Pendzialek und Susanne Ozegowski

3 Kassenwettbewerb im Gesundheitswesen 297
Andreas Meusch

4 Versorgungsinnovation – Wie bleiben neue Arzneimittel bezahlbar? 305
Goentje-Gesine Schoch und Tim Steimle

5 Mehr Agilität für ePA, DiGA & Co. – Was fehlt noch für eine vernetzte Versorgung? 313
Daniel Cardinal, Klaus Rupp und Michael Schmitz

6 Patientensouveränität: Ressource und Ziel einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung? 323
Hardy Müller

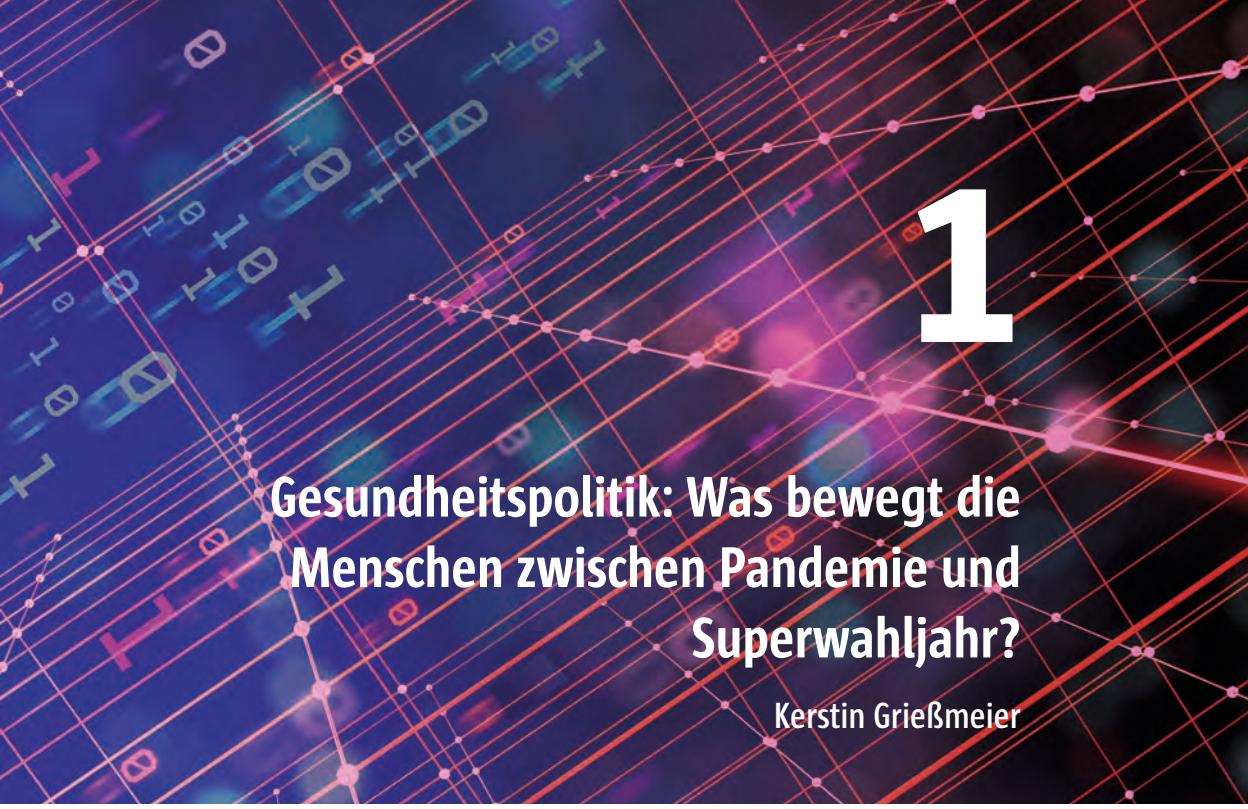
7 Auf dem Weg zur Digitalen Pflegekasse – Herausforderungen und Chancen für die Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen 334
Wolfgang Flemming, Georg van Elst und Christiane Egan

8 Reform der Krankenhausstruktur: Anforderungen und Zielvorstellungen 345
Andreas Häfferer, Inken Holldorf und Jörg Manthey

9 Start in die digitale Zukunft 353
Jens Baas und Dennis Chytrek

Abkürzungsverzeichnis 365

Ziele der Gesundheitspolitik



1

Gesundheitspolitik: Was bewegt die Menschen zwischen Pandemie und Superwahljahr?

Kerstin Grießmeier

TK Meinungspuls: Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zu relevanten Themen der Gesundheitspolitik

Wie stehen die Menschen in Deutschland zu ihrem Gesundheitssystem? Seit 2003 erhebt die Techniker Krankenkasse (TK) in unregelmäßigen Abständen den TK-Meinungspuls, ein bevölkerungsrepräsentatives Stimmungsbild zu diesem Thema. Ziel ist es, Einschätzungen aktueller gesundheitspolitischer Themen abzufragen, veränderte Bedürfnisse, aber auch Befürchtungen zu ermitteln sowie einen Blick auf das „Große Ganze" zu werfen: die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und seinen Prinzipien ebenso wie Reformwünsche. Inhaltliche Schwerpunkte sind in dieser Erhebung die **Finanzierung**, die **Digitalisierung** und die **Pflege**.

Gesundheitspolitik im Fokus der öffentlichen Debatte

Die aktuelle Erhebung fällt aktuelle Erhebung in eine turbulente Zeit: Der Befragungszeitraum im Januar 2021 erfolgt einerseits gegen Ende einer Legislaturperiode, in der eine rekordverdächtige Anzahl von Gesetzen für das Gesundheitswesen auf den Weg gebracht wurde. Sie fällt andererseits in den Auftakt eines Wahljahres, in dem sowohl eine Bundestagswahl als auch sechs Landtagswahlen im politischen Kalender stehen. Die Gesundheitspolitik ist insbesondere durch die Corona-Pandemie mehr denn je in den öffentlichen Fokus gerückt. Befragt wurde zudem mitten im pandemiebedingten weitgehenden Stillstand des öffentlichen Lebens, der ebenfalls durch zahlreiche Gesetze und Verordnungen geprägt ist. Diskussionen über Impfkonzepte, Infektionsschutz, Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Finanzierung von Kran-

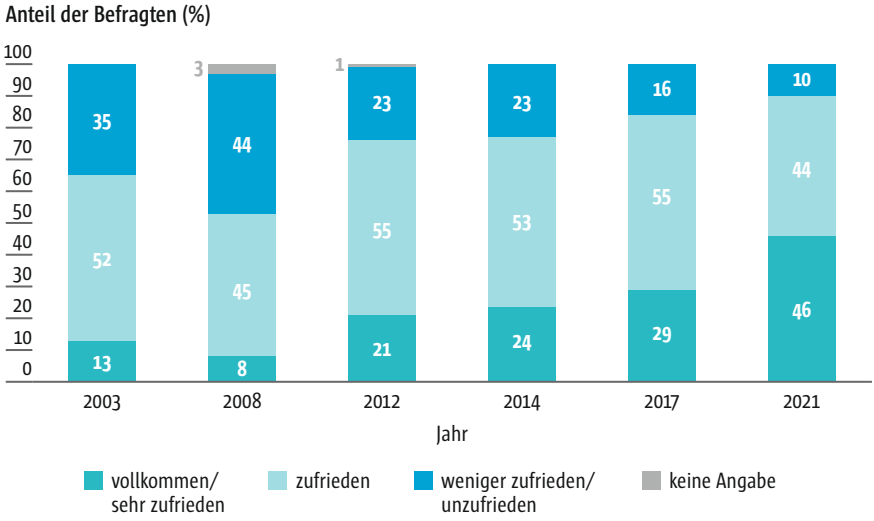


Abb. 1 Antworten auf die Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem deutschen Gesundheitssystem? (Wohlers 2017; TK-Meinungspuls 2021)

kenhäusern sind die bestimmenden Themen der Medien (PMG 2021), in Talkshows, Tageszeitungen und sozialen Netzwerken.

Gesundheitssystem: Zufriedenheit hoch wie nie – Reformbedarf gegeben

Wie steht es nun also um die Zufriedenheit der Menschen in Deutschland mit ihrem Gesundheitssystem in dieser Ausnahmesituation? Während von 2003 bis einschließlich 2008 ein Rückgang des Anteils der Zufriedenheit feststellbar war, steigt der Anteil der vollkommen oder sehr Zufriedenen seit 2009 kontinuierlich an. Er erreicht im aktuellen Erhebungszeitraum einen neuen Höchststand (s. Abb. 1): 46 Prozent sind „sehr“ oder sogar „vollkommen zufrieden“, 44 Prozent „zufrieden“. „Weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“ waren hingegen 10 Prozent, was einen Tiefstwert seit der Erstbefragung darstellt.

Dass im Gesundheitssystem keine Veränderungen nötig sind, sagt indessen nur eine Minderheit (20 Prozent). Reformbedarf „an einigen Stellen“ sehen hingegen mehr als zwei Drittel (70 Prozent), eine weitere Minderheit (10 Prozent) hält sogar grundlegende und umfassende Reformen für notwendig.

Auf die konkrete Frage, wie das deutsche Gesundheitssystem die Pandemie – im europäischen Vergleich – bislang bewältigt, zeigt sich die Mehrheit zufrieden: 24 Prozent bewerten die Bewältigung mit „sehr gut“, 57 Prozent mit „gut“, „weniger gut“ attestieren 13 Prozent und nur fünf Prozent der Befragten bewerten diese als „schlecht“. Allerdings zeigen sich hier Unterschiede in Bezug auf soziodemografische Aspekte: Wer mehr verdient, ist deutlich überzeugter von der Leistungsanmutung des deutschen Gesundheitssystems im wahrgenommenen europäischen Vergleich. Bei Be-

fragten, deren Haushaltseinkommen über 4.000 Euro pro Monat liegt, beträgt der Anteil derjenigen, die die Pandemiebewältigung für „sehr gut“ halten 30 Prozent – bei jenen mit monatlichem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.500 Euro sind es nur 13 Prozent. Hier bewerten auch 23 Prozent die Pandemiebewältigung als „weniger gut“ und acht Prozent als „schlecht“.

Gleichzeitig hält es die Mehrheit (53 Prozent) für „sehr wichtig“, die europäische Zusammenarbeit etwa im Pandemiefall zu verbessern. Weitere 36 Prozent priorisieren das Thema mit zumindest „wichtig“ und nur elf Prozent erachten es als „weniger wichtig“ oder „unwichtig“.

Finanzierung des Gesundheitssystems: Beitragssteigerungen erwartet

Ein wichtiger Hebel für die Gestaltung des Gesundheitswesens ist das Thema Finanzen. Die Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhielt vor dem Befragungszeitraum eine hohe Präsenz in der Öffentlichkeit: Zum Jahreswechsel 2020/2021 erhöhten zahlreiche gesetzliche Krankenkassen den Zusatzbeitrag, deren Mitglieder erhielten also zu Beginn des Befragungszeitraums entsprechende Informationsschreiben ihrer Krankenkassen. Die Debatten um die sogenannte GKV-Finanzlücke und deren Auswirkungen begleiteten zumindest die einschlägig Interessierten ab September in unterschiedlichen Medien und Kanälen von Tagesschau (z.B. Gather u. Dietz 2020) bis Twitter.

Mit 89 Prozent rechnet eine deutliche Mehrheit auch für die Zukunft damit, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung eher steigen. Acht Prozent erwarten hingegen Beitragsstabilität, mit sinkenden Beiträgen rechnet nur ein Prozent der Befragten. Im Schnitt etwas optimistischer sind die Jüngeren: In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen rechnen nur 76 Prozent mit einem Anstieg.

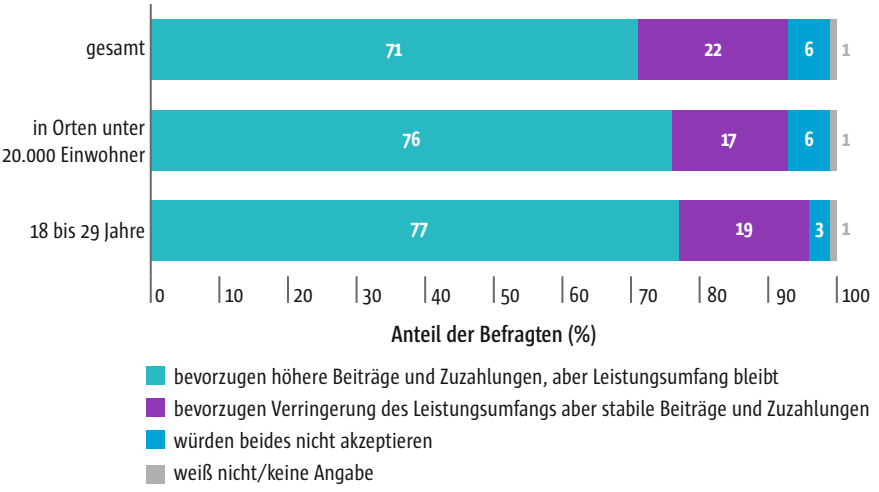


Abb. 2 Kostendruck in der GKV: Höhere Beiträge oder weniger Leistung? Antworten auf die Frage: Was würden Sie angesichts steigender Gesundheitskosten eher akzeptieren? (TK-Meinungspuls 2021)

Gleichzeitig erwartet die Mehrheit keine Leistungseinschränkungen in der GKV: 47 Prozent der Befragten gehen von einem gleichbleibenden Angebot aus, 12 Prozent von einer Ausweitung. 39 Prozent rechnen hingegen mit Einschränkungen. Vor die Entscheidung gestellt, angesichts steigender Kosten entweder auf Leistungen zu verzichten, um die Beiträge stabil zu halten, oder höhere Beiträge zu zahlen, um den Leistungsumfang zu erhalten, könnte eine Mehrheit von 71 Prozent höhere Beiträge für einen stabilen Leistungsumfang eher akzeptieren. Unter den 18- bis 29-Jährigen und denjenigen, die in sehr kleinen Orten leben, ist diese Mehrheit mit 77 Prozent bzw. 76 Prozent größer (s. Abb. 2).

Digitalisierung: Große Offenheit für digitale Chancen

Die digitale Transformation des Gesundheitssystems ist mittlerweile fester Bestandteil gesundheitspolitischer Debatten und Entscheidungen. Auch in der breiten Bevölkerung wird dem Thema eine große Bedeutung zugemessen: 42 Prozent der Befragten halten es für „sehr wichtig", die Digitalisierung im Gesundheitsbereich sicher und patientenfreundlich auszubauen, weitere 42 Prozent betrachten diese Aufgabe als „wichtig" – und 16 Prozent als „weniger wichtig" bzw. „unwichtig". Ganz aktuelle Meilensteine sind in diesem Bereich die Kostenübernahme für sogenannte DIGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) durch die GKV sowie der Rechtsanspruch gesetzlich Versicherter auf die elektronische Patientenakte (ePA). Der TK-Meinungspuls zeigt: Nicht bei allen sind diese Diskussionen angekommen, dennoch zeigen sich viele Befragte offen, digitale Möglichkeiten auszuprobieren.

Von den seit Herbst für gesetzlich Versicherte als Kassenleistung zugänglichen DIGA, auch „Apps auf Rezept" genannt, haben nur 16 Prozent der gesetzlich versicherten Befragten bereits gehört. Etwas höher sind die Anteile unter den 30- bis 39-jährigen (19 Prozent) sowie den 60- bis 69-jährigen (20 Prozent) gesetzlich Versicherten. Deutlich größer als deren Bekanntheit ist allerdings die Bereitschaft, diese zu nutzen: Im Schnitt halten 41 Prozent eine eigene Nutzung eher oder auf jeden Fall für wahrscheinlich, bei den 18- bis 39-Jährigen mit 55 Prozent sogar die Mehrheit.

Auf die Frage, wer eine vertrauenswürdige Bewertung solcher Angebote vornehmen könnte, nennen vier von fünf gesetzlich Versicherten (81 Prozent) den behandelnden Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin, 51 Prozent ihre Krankenkasse. Jeweils eine Minderheit nennt zudem eine Prüfbehörde des Bundes (45 Prozent) und nur 15 Prozent die Hersteller der App.

Die elektronische Patientenakte: Für vier von fünf eine „gute Idee"

Auf eine positive Grundstimmung treffen auch die Themen elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Kommunikation mit den Krankenkassen: So wird die flächendeckende Einführung der ePA von einer Mehrheit positiv gesehen. 83 Prozent halten die ePA grundsätzlich für eine „sehr gute" oder „gute" Idee – 16 Prozent hingegen bewerten diese als „weniger gut" oder „schlecht".

Gleichzeitig sind 62 Prozent der Befragten offen für die Nutzung einer App, um Anliegen mit der Krankenkasse zu regeln oder tun das bereits – nur für 17 Prozent kommt das hingegen gar nicht infrage.

Umgang mit Daten: Bereitschaft zur Datenspende hängt vom Empfänger ab

Der eigene Umgang mit persönlichen Daten ist ein Thema, das komplette Erhebungsfragebögen leicht füllen könnte – und auch schon gefüllt hat. Im Rahmen des allgemeiner angelegten Meinungspulses wurde das Thema auf wenige Aspekte reduziert. Dennoch zeigt sich eine Tendenz: Grundsätzlich ist eine Mehrheit auch bereit, Gesundheitsdaten, vom Arzt oder selbst erhoben, und Fitnessdaten, also beispielsweise von Fitnesstrackern aufgezeichnete Bewegungsdaten, in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen – allerdings kommt es sehr auf den jeweiligen Zweck und Empfänger der Daten an. 77 Prozent würden diese Daten der medizinischen Forschung überlassen. Knapp zwei Drittel (64 Prozent) würden solche Daten ihrer Krankenkasse zur Verfügung stellen, damit diese bessere Angebote entwickeln kann. Privaten Unternehmen gegenüber dominiert allerdings die Skepsis: Lediglich 23 Prozent wären hierzu bereit, um etwa Vorteile dafür zu erhalten. Für 15 Prozent kommt nichts davon infrage.

Versorgung im Krankenhaus: Zustimmung für Prinzip Spezialisierung

Die Gestaltung einer leistungsfähigen Krankenhauslandschaft ist ein politisch komplexes Thema mit vielen unterschiedlichen beteiligten Ebenen, Akteuren und Interessenslagen, die Außenstehenden teilweise gar nicht bekannt sind. Im Fokus des Meinungspulses stand deshalb, die Meinung zu grundlegenden Ideen und Prinzipien zu erheben.

> **Das Prinzip der Spezialisierung von Kliniken, um Kosten zu reduzieren und die Qualität zu steigern, befürwortet eine Mehrheit (53 Prozent).**

Dabei gibt es weder in Bezug auf Altersgruppen noch auf die Ortsgröße des Wohnorts signifikante Abweichungen: Auch in kleinen Orten (mit weniger als 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern), die im Schnitt häufiger von weiteren Anfahrten betroffen wären, befürwortet eine Mehrheit (51 Prozent) dieses Prinzip.

Gleichzeitig sehen aber auch 36 Prozent im „Erhalt möglichst vieler Krankenhäuser" ein Thema, für das Krankenkassen „auf jeden Fall" mehr Geld ausgeben sollten. Auf breiten Widerspruch trifft hingegen die Idee, unter bestimmten Bedingungen einen Zuschlag auf Krankenkassenbeiträge zu erheben – und zwar dann, wenn Versicherte einen sehr kurzen Weg, unter 15 Minuten, zur nächsten Klinik haben: Diese hypothetische Idee findet nur bei zwei Prozent Zuspruch, während 98 Prozent dagegen sind. Etwas höher ist die Zustimmung bei den Älteren (fünf Prozent der Menschen ab 60 Jahren) und mit vier Prozent der Menschen in Städten mit über 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, die mutmaßlich von einer solchen Regelung überproportional betroffen wären.

Notfallversorgung: Offen für digitale Alternativen

Eine Umgestaltung der Notfallstrukturen wurde ebenfalls in den vergangenen Jahren immer wieder politisch diskutiert. Das Thema hat für die Mehrheit eine hohe Relevanz: 55 Prozent halten es für „sehr wichtig", die Notfallversorgung für die Patien-

tinnen und Patienten zu verbessern, weitere 38 Prozent halten es für „wichtig". Gleichzeitig zeigt sich auch in diesem Bereich eine weit verbreitete Offenheit gegenüber digitalen Möglichkeiten, um konkrete Situationen zu bewältigen – etwa durch eine digitale Ergänzung der bestehenden Handlungsoptionen im Notfall. So halten es insgesamt 68 Prozent der Menschen in Deutschland für wahrscheinlich, bei Beschwerden außerhalb der Praxisöffnungszeiten, per Video-Sprechstunde Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin aufzunehmen.

Knapp jeder Dritte (32 Prozent) gab an, in den vergangenen drei Jahren einen solchen Fall erlebt zu haben, also akute Beschwerden außerhalb der Praxisöffnungszeiten. Die meisten Betroffenen (43 Prozent) suchten in der Folge die Notaufnahme auf, jeweils 15 Prozent riefen einen Krankenwagen bzw. die 116 117 an oder warteten ab. Zwölf Prozent suchten eine Bereitschaftspraxis auf.

Pflege: Ein Thema, das alle angeht

In der Wahrnehmung des Gesundheitssystems spielt auch die Pflege bei den Befragten eine wichtige Rolle, wobei auch hier gilt: Das Thema erfuhr im vergangenen Jahr eine besonders hohe öffentliche Aufmerksamkeit. So konstatiert der Medienbeobachtungsdienstleister Presse Monitor: „Vor dem Hintergrund der Corona-Krise stieg die Medienpräsenz zur Pflege im Frühjahr 2020 explosionsartig an." (PMG 2021).

Die Befragungsergebnisse zeigen: Die Arbeitssituation von Pflegekräften scheint für eine breite Mehrheit in der Bevölkerung relevant zu sein. Auf die Frage, wofür im Gesundheitssystem mehr Geld ausgegeben werden sollte, sagen 72 Prozent dies solle „auf jeden Fall" für eine bessere Bezahlung von Pflegekräften erfolgen. Investitionen in eine „Verbesserung der Leistungen für Pflegebedürftige" halten hingegen mit 46 Prozent deutlich weniger Befragte „auf jeden Fall" für notwendig. Das Wohl der Pflegenden ist also für mehr Menschen relevanter als ein Ausbau der Leistungen, von denen die Befragten eventuell selbst profitieren könnten. Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt es hierbei nicht.

Gleichzeitig ist die Überzeugung, dass Pflege insgesamt teurer wird, weit verbreitet: Mit Blick auf die Pflegeversicherung rechnet eine massive Mehrheit (93 Prozent) mit einem Anstieg der Beiträge in den kommenden fünf Jahren.

Unter den privat Versicherten sind es sogar 97 Prozent. Lediglich fünf Prozent erwarten Beitragsstabilität, zwei Prozent ein Sinken der Beitragssätze.

Digitalisierung: Knapp 6 von 10 sehen Chance für die Pflege

Auf die Pflegeversicherung kommen aufgrund der demografischen Entwicklung Herausforderungen zu: Die Zahl derer, die Leistungen aus dem Solidarsystem und die Ressourcen von Pflegenden benötigt, wird weiter steigen. Dafür müssen Lösungen entwickelt werden.

Die Mehrheit der Menschen in Deutschland (58 Prozent) zeigt sich optimistisch, dass die Digitalisierung dazu beitragen kann: „Auf jeden Fall" glauben das 20 Prozent der Befragten, weitere 38 Prozent glauben „eher ja". Skeptisch sind insgesamt 40 Prozent,

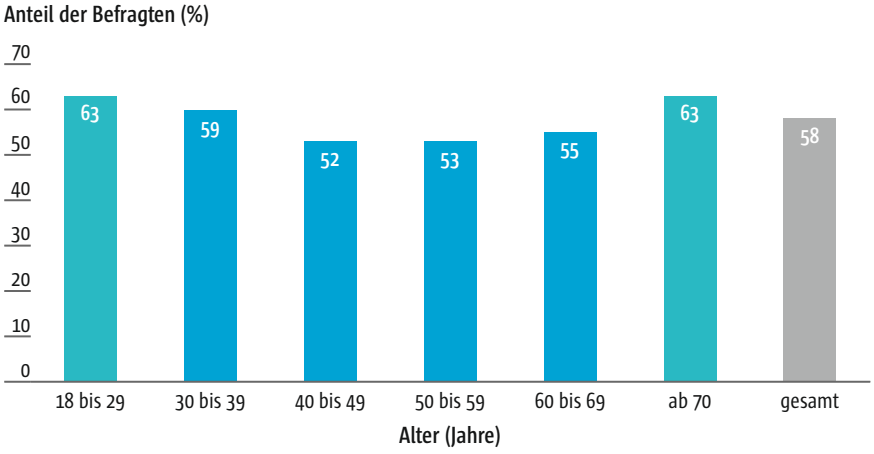


Abb. 3 Chancen der Digitalisierung in der Pflege: Zustimmung zu „Digitalisierung hilft, Herausforderungen in der Pflege zu lösen" nach Alter (TK-Meinungspuls 2021)

wobei 32 Prozent mit „eher nein" und neun Prozent mit „nein, auf keinen Fall" antworteten.

Dabei ist der digitale Optimismus keine Bastion der Jüngeren (s. Abb. 3). Auch bei den ab 70-Jährigen ist der Anteil derer, die auf die Digitalisierung setzen, mit 63 Prozent überdurchschnittlich hoch. Das entspricht dem Anteil der jüngsten Befragten zwischen 18 und 29 Jahren. Bei den Altersgruppen dazwischen lagen die Anteile hingegen zwischen 52 und 59 Prozent.

Erwartungen an digitale Organisation des Pflegealltags

„Manchmal habe ich das Gefühl, das Drumherum, also der bürokratische Aufwand und sich das nötige Wissen anzueignen, kosten mehr Energie und Nerven als die eigentliche Pflege", so beschrieb eine pflegende Angehörige im Rahmen eines Interviews einen belastenden Aspekt der Pflege (Techniker Krankenkasse 2020, S. 35).

Die Erwartung, dass sich das bald ändert, ist weit verbreitet: Auf die Nachfrage, welche konkreten Veränderungen und Entwicklungen die Befragten innerhalb der kommenden fünf Jahre für realistisch halten, nannten 75 Prozent die Möglichkeit, „den Großteil der Angelegenheiten rund um die Pflege digital erledigen zu können". Mit 81 Prozent ist der Anteil bei den 60- bis 69-Jährigen bei dieser Erwartung von allen Altersgruppen am höchsten.

Darüber hinaus rechnen insgesamt 58 Prozent damit, dass innerhalb von fünf Jahren jede pflegebedürftige Person in ihrem Haushalt mit unterstützender Technik, wie beispielsweise Sensoren, ausgestattet ist. Auch hier sind die Befragten ab 60 Jahren überdurchschnittlich zuversichtlich: mit jeweils 66 Prozent der 60- bis 69-Jährigen sowie der über 70-Jährigen.

Gut die Hälfte (51 Prozent) geht darüber hinaus davon aus, dass Videochats Pflegebedürftige im Alltag unterstützen werden. Auch hier sind die Anteile der Älteren (ab 60 Jahre) mit 56 Prozent deutlich höher als in den jüngeren Altersgruppen.

Konkret nach den eigenen Vorstellungen für die eigene Pflegesituation befragt, wird deutlich, dass die meisten Wohnsettings bevorzugen, die ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit ermöglichen: Mit 87 Prozent (hier waren Mehrfachnennungen möglich) gibt eine absolute Mehrheit an, im Pflegefall im eigenen Zuhause leben zu wollen. 72 Prozent ziehen auch ein betreutes Wohnen in Betracht, 63 Prozent eine Wohngemeinschaft mit anderen Seniorinnen und Senioren, 57 Prozent ein Leben im Haushalt von Angehörigen etwas mehr als ein Drittel (37 Prozent) das Leben im Pflegeheim.

Hinweis zur Befragung

Für den TK-Meinungspuls 2021 wurden im Auftrag der TK durch das Meinungsforschungsinstitut Forsa vom 4. bis 21. Januar 2021 insgesamt 2.001 Personen ab 18 Jahren in Privathaushalten im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen, telefonischen Umfrage befragt.

Literatur

Gather L, Dietz A (2020) Milliardenloch nicht nur wegen Corona. tagesschau.de. URL: https://www.tagesschau.de/wirtschaft/konjunktur/krankenkassen-im-corona-jahr-101.html (abgerufen am 04.03.2021)

PMG Presse Monitor (2021) PMG Themenrennen. URL: https://www.pressemonitor.de/themenrennen (abgerufen am 04.03.2021)

Techniker Krankenkasse (2020) Geschäftsbericht 2019 – Gesundheit gestalten. URL: www.tk.de/geschaeftsbericht (abgerufen am 04.03.2021)

Techniker Krankenkasse (2021) TK-Meinungspuls 2021. Repräsentative Befragung. URL: www.tk.de/bundestagswahl (abgerufen am 28.04.2021)

Wohlers K (2017) TK-Meinungspuls 2017 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Techniker Krankenkasse Hamburg

Kerstin Grießmeier

Kerstin Grießmeier ist Pressesprecherin für Gesundheitspolitik, Finanzen und Wettbewerb der Techniker Krankenkasse. In vorherigen beruflichen Stationen lag ihr Schwerpunkt auf Pressearbeit im Bereich e-Commerce. Als Journalistin war sie unter anderem für die „taz, die tageszeitung“ aktiv, ihr Studium absolvierte sie an den Universitäten Leipzig und Damaskus.

© Andreas Friese

2

Freiheit und Solidarität: Orientierung für ein Sozialsystem im Wandel

Interview mit Andreas Rödder

Professor Dr. Andreas Rödder ist seit 2005 ordentlicher Professor für Neueste Geschichte mit dem Schwerpunkt Internationale Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und lehrt 2021 als Helmut Schmidt Distinguished Visiting Professor an der Johns Hopkins University in Washington. Über sein Buch „21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart" schrieb die FAZ: „Ein erstaunliches Buch, ein erstaunlicher Autor" und lobt ihn dafür, dass er „die gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen und moralischen Probleme unserer Gegenwart mit so viel Sinn für Empirie, Theorie und geschichtlichem Differenzierungsvermögen zu erörtern versteht"[1].

Das Interview führte **Dr. Andreas Meusch**.

„Die Gegenwart besser verstehen", dazu wollen Sie, Professor Rödder, mit Ihrem Buch „Eine kurze Geschichte der Gegenwart" beitragen. Helfen Sie uns, die Gegenwart so zu verstehen, dass wir aus dem Verstehen der Gegenwart Impulse bekommen für eine zukunftsfähige Sozial- und Gesundheitspolitik.

Dafür bin ich nun kein wirklicher Experte. Aber es ist interessant, dass Sie einen Historiker nach Orientierung fragen. Mal schauen, was ich beitragen kann.

1 https://www.faz.net/aktuell/politik/politische-buecher/analyse-der-gegenwart-acht-spannende-buecher-in-einem-13802653.html (abgerufen am 16.02.2021)

Die Menschheit hat an ihrer Geschichte ja reichlich Erfahrung mit Seuchen gesammelt. Da dachten wir, vielleicht können wir ja etwas aus der Geschichte der Seuchen lernen.

Als Historiker gehört es zu unseren Kompetenzen, historische Prozesse zu analysieren, uns anzusehen, wie Probleme angegangen wurden und welche Strategien erfolgreich waren. Wir müssen uns aber vor einfachen Analogieschlüssen hüten: nur, weil etwas bei der Bekämpfung der Pest oder der Cholera erfolgreich war, heißt es noch lange nicht, dass wir in der aktuellen Situation daraus lernen können.

Aber für den Umgang der Gesellschaften mit Seuchen gibt es doch sicher Erfahrungen, die uns in der aktuellen Situation vielleicht helfen können.

Ok. Eine erste Erfahrung ist, dass wir im hochtechnisierten 21. Jahrhundert noch dieselben Instrumente anwenden wie unsere Vorfahren anno 1348: Abstand, Quarantäne, Masken, wenn auch heute ohne Schnäbel.

Eine zweite: In Zeiten von Pandemien haben Verschwörungstheorien Konjunktur. Da ist die jetzige Krise keine Ausnahme. Die Suche nach Sündenböcken ist eine große Gefahr und kann die Stabilität von Gesellschaften bedrohen. Insofern ist es eine zentrale Aufgabe aller Verantwortlichen in einer Krise, verantwortungsvoll und transparent zu kommunizieren. Das hat in Deutschland im Frühjahr 2020 gut funktioniert, im Herbst 2020 allerdings nicht mehr. Zugleich zeigt die Geschichte, dass Verschwörungstheorien nicht auszurotten sind. Dagegen gibt es keine Impfung.

Und ein weiterer Aspekt erscheint mir wichtig: Epochenumbrüche, also grundlegende Veränderungen der bestehenden Verhältnisse, sind dann wahrscheinlich, wenn sich relevante Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen parallel ereignen. So haben zum Beispiel Klimaveränderungen wie die „kleine Eiszeit" vom 15. Jahrhundert bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts Ereignisse wie den Dreißigjährigen Krieg oder die Französische Revolution mit beeinflusst. Wir leben jetzt in einer Zeit, in der ganz unterschiedliche Entwicklungen auf die Menschen einwirken: Der COVID-19-Erreger trifft auf Menschen, die die digitale Transformation gestalten, den Klima- und den demografischen Wandel bewältigen müssen und erleben, dass die USA sich aus ihrer Rolle als Ordnungsmacht des 20. Jahrhunderts verabschieden. Jedes einzelne dieser Probleme bringt Gesellschaften schon an ihre Grenzen. Der Philosoph Jürgen Habermas hat diese mentale Überforderung durch eine nicht mehr durchschaubare Welt bereits Mitte der 1980er-Jahre als „neue Unübersichtlichlichkeit" beschrieben – in einer Zeit, die uns in der Rückschau als nachgerade beschaulich und übersichtlich erscheint. Die Unübersichtlichkeit erlebt jede Zeit neu – dennoch ist es nicht unplausibel, dass wir die wirkliche Unübersichtlichkeit noch vor uns haben, dass wir jedenfalls vor Veränderungen stehen, die wir noch gar nicht absehen können.

Losgelöst vom Thema Corona – so ungewöhnlich ist es nicht, sich Rat bei Historikern zu holen: Die Bundeskanzlerin hatte zu ihrem 60. Geburtstag ja nicht einen Physiker oder Zukunftsforscher um einen Vortrag gebeten, sondern Ihren Historiker-Kollegen Professor Jürgen Osterhammel.

Ja, sein wichtigstes Buch trägt den Titel „Die Verwandlung der Welt". Darin beschreibt er das 19. Jahrhundert als die Zeit des historischen Umbruchs von der agra-

rischen Gesellschaft zur industriellen Moderne – mit allen Weiterungen und Implikationen.

Was Historiker beitragen können, ist eine breitere Perspektive auf die Gegenwart, ein Bewusstsein für Ambivalenzen und Komplexität und ein Sinn für das Mögliche, das uns aktuell als unmöglich erscheinen mag. Wir sind aber keine Leitwissenschaft für die Politik, wie es die Soziologie in den 60er- und 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts war, bevor sie von den Ökonomen abgelöst wurde, die noch immer sehr dominant in der Art sind, wie wir unsere Realität definieren und Lösungen daraus ableiten – auch wenn sie inzwischen von den Klimawissenschaftlern hart bedrängt werden.

Damit sind wir schon wieder beim Thema Sozial- und Gesundheitspolitik: Die „Überökonomisierung" des Gesundheitswesens ist ja ein Vorwurf an die Gesundheitspolitik. Patienten, Ärzte und Pflegekräfte sind sich in einem einig: Das Ökonomische darf nicht dominieren.

Ob es im Gesundheitswesen eine „Überökonomisierung" gibt oder ob es sich schlicht darum handelt, dass auch das Gesundheitswesen sich nicht von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Gesellschaft lösen kann – das gehört zu den Komplexitäten und Ambivalenzen, die ich angesprochen habe. Nach meinem Kenntnisstand wachsen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland kontinuierlich. Dass hier das Wachstum der Ausgaben nicht unbegrenzt sein kann, ist auch für einen Historiker nicht unplausibel.

Aber mit der Einschätzung, ökonomisches Denken sei weniger ein Teil der Lösung als ein Teil des Problems, sind die Menschen im Gesundheitswesen nicht allein. Seit der Weltfinanzkrise von 2008 beobachten wir nicht nur in Deutschland, dass sich die gesellschaftliche Diskussion verschiebt: Wer behauptet, der Markt schaffe die Lösung, erntet häufig nur Kopfschütteln.

Zu Recht?

Ja, insofern die Marktgläubigkeit der Jahrtausendwende überzogen war. Aber auch nein, insofern die aktuelle Fundamentalkritik an Marktmechanismen es tendenziell auch ist. Nach meiner Überzeugung war nicht die Öffnung der Märkte in den 1980er-Jahren das Problem, sondern die mangelnden ordnungspolitischen Nachsteuerung in den 90ern. Das „Hosianna" auf den Markt ist aus meiner Sicht genau so wenig angebracht wie das „Kreuziget ihn", das manche aktuellen Debatten prägt.

Sie schreiben in Ihrem Buch, „Eine kurze Geschichte der Gegenwart", dass die Trendwende in der öffentlichen Diskussion nach der Weltfinanzkrise 2008 zur Dominanz einer „Kultur der Inklusion" geführt hat. Können Sie das mit Blick auf die Gesundheitspolitik erläutern?

In den öffentlichen Diskussionen geht es um einen proaktiven Ausgleich für Menschen, die in den überkommenen Ordnungen benachteiligt oder ausgeschlossen waren: Frauen, Menschen mit anderer Hautfarbe und aus anderen Kulturkreisen, mit nicht heterosexueller Orientierung oder mit Behinderung, nicht zu vergessen sozial benachteiligte Menschen. Die Bedeutung von vulnerablen Gruppen im politi-

schen Diskurs ist deutlich gewachsen. Zugleich ist es zu einer Machtfrage geworden, wer den Anspruch der Vulnerabilität bzw. der Benachteiligung öffentlich durchsetzen kann – für wen gibt es Quoten in Aufsichtsräten börsennotierter Unternehmen? Für Frauen oder auch für Ostdeutsche, für Migranten oder Queers? Diese Machtfrage ist die Kehrseite des emanzipatorischen Ansatzes.

Timo Lochocki, ein Politikwissenschaftler, den Gesundheitsminister Spahn in seinem Ministerium beschäftigt, sagt in seinem Buch „Die Vertrauensformel": „Für mich ist klar: Es ist falsch, anzunehmen, dass die westliche, liberale Demokratie am besten dadurch zu verteidigen ist, dass man mit Pauken und Trompeten für progressive Maximalforderungen eintritt." Würden Sie ihm also zustimmen?

Als konservativer Mensch bin ich grundsätzlich dagegen, Maximalforderungen zu erheben oder gar durchzusetzen. Ich bin für eine gelassene Lebensfreundlichkeit, der es darum geht, den Wandel der Zeiten verträglich zu gestalten. Außerdem widersprechen Maximalforderungen meinen liberalen Überzeugungen. Wir sollten uns nicht von den Extremen gleich welcher Couleur mit ihrem Ruf nach extremen Lösungen am Nasenring durch die Manege ziehen lassen. Immer mehr zu fordern, von was auch immer, ist kein zukunftsfähiges Konzept.

Was heißt das jetzt für eine krisenbewusste Politik, eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik?

Die Franzosen sagen mit Ernest Renan, die Nation sei ein tagtägliches Plebiszit, „un plébiscite des tous les jours". Das gilt auch für unser Gemeinwesen. Der Sozialstaat leistet jeden Tag einen sehr relevanten Beitrag dazu, dass die Zustimmung zu unserem Gemeinwesen hoch ist. Das zu bewahren und zu stärken ist ein Eckpfeiler jeder Sozial- und Gesundheitspolitik und der Zukunftsfähigkeit unseres Gemeinwesens. Ob jedes Krankenhaus unverzichtbar ist, ob Homöopathie von Krankenkassen bezahlt werden soll, das müssen andere beurteilen. Aber dass Zugang zu medizinischen Leistungen und Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle einen wichtigen Beitrag leisten zur Stabilität und zum sozialen Frieden in diesem Land, das ist für mich klar. Mir scheint, neben der wachsenden wirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft ist auch diese Funktion des Gesundheitswesens noch nicht überall bewusst.

Das Thema Solidarität sollten wir also noch etwas vertiefen.

Solidarität ist kein statischer Begriff, er musste schon immer an sich ändernde Verhältnisse angepasst werden. Was wir erleben, ist ein weiterer Beschleunigungsschub in einer größeren, übergreifenden Entwicklung, die spätestens mit den ersten Eisenbahnen des 19. Jahrhunderts einsetzte: dass Kommunikationsmedien die Globalisierung begleiten und beschleunigen. Beschleunigung beginnt nicht erst mit dem Internet. Das galt schon für die ersten Telegrafenverbindungen von Großbritannien nach Amerika und Indien in den 1860er- und 1870er-Jahren. Die Folgen der Digitalisierung sind also in vieler Hinsicht nicht grundsätzlich neu. Die Einführung von Sozialversicherungen war damals eine Antwort auf nie dagewesene Veränderungen.

Brauchen wir also revolutionäre Änderungen wie die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung damals eine war?

Das sehe ich nicht. Solidarität und Subsidiarität sind Begriffe, die gerade in den gegenwärtigen Veränderungen nach wie vor aktuell sind. Sie über Bord zu werfen, ist aus meiner Sicht destabilisierend.

Über die stabilisierende Wirkung von Solidarität haben wir bereits gesprochen. Mit dem Begriff der Subsidiarität machen Sie ein neues Thema auf: Er hat seinen Ursprung in der katholischen Soziallehre. Ist das in unserer säkularisierten Gesellschaft noch zeitgemäß?

Ich bin überzeugt: Es ist der Kern einer modernen bürgerlichen Politik. Leider ist der Begriff sperrig, und er ist nicht sehr sexy. In der Sache aber verbindet er zwei wesentliche Elemente einer modernen Bürgergesellschaft. Zunächst die Pflicht zu Eigenverantwortung der kleinen Einheiten – der Individuen, der Familie, der Nachbarschaft, der Gemeinde. Wenn diese kleinen Einheiten nicht in der Lage sind, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen, dann, aber auch erst dann, kommt die nächst größere Einheit bzw. der Staat in die Pflicht zur Solidarität. Klein vor groß, privat vor Staat – das ist das Fundament einer vitalen Bürgergesellschaft!

Soll die kleine Einheit, die Familie, die Gemeinde, die Nachbarschaft wieder mehr Verantwortung übernehmen und der Staat sich nur um die Themen kümmern, die die kleineren Einheiten nicht selbst lösen können?

Gerade in der gegenwärtigen Diskussion um die Folgen von Corona nutzt eine kluge Beschränkung des Staates allen – den kleineren Einheiten, die Luft zum Atmen bekommen, und dem Staat, der vor Selbstüberforderung geschützt wird. Subsidiarität ist ein Konzept der Mitte sowohl gegen die Übermacht des Marktes als auch gegen die Zumutungen, die Gesellschaft mithilfe des Staates umzugestalten. Und es sind diese Einheiten, nicht staatliche Institutionen, die „Ligaturen" bilden, wie es Ralf Dahrendorf formuliert hat, die gesellschaftlichen Zusammenhalt schaffen. Weil „Social Distancing" das Gegenteil dieser Ligaturen darstellt, ist die Corona-Pandemie in sozialer Hinsicht so gefährlich.

Was heißt das konkret für die Sozial- und Gesundheitspolitik?

Meine Antwort hat zwei Aspekte:

Erstens dürfen wir den kleinen Einheiten, dem Einzelnen, den Familien, den Gemeinden, nicht die Mittel nehmen, die sie benötigen, um ihre Probleme selbst zu lösen. Wir dürfen die Steuer- und Abgabenlast nicht so erhöhen, dass selbst Menschen mit mittlerem Einkommen auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind, um zu überleben.

Zweitens müssen wir den Staat vor Überforderung schützen. Wer glaubt, dass der Sozialstaat alle Ungerechtigkeiten des Lebens korrigieren müsse, der ruiniert ihn.

Das Subsidiaritätsprinzip ist auch ein Grundpfeiler der Europäischen Union (EU). Es begrenzt deren Zuständigkeit, auch in der Corona-Pandemie, obwohl das Virus sich nicht an die Grenzen der Nationalstaaten hält.

Hier gilt es zu unterscheiden: Eine praktische Zusammenarbeit und ein europäischer Datenraum zur Nutzung von Informationen sind eine Sache, die europapolitischen Vorschläge des französischen Staatspräsidenten Emmanuel Macron zu Stärkung der EU tragen aber die Handschrift staatlicher Intervention und Umverteilung, denen die Vorliebe der (wenn auch weithin verblichenen) deutschen Ordnungspolitik für Wettbewerb und Subsidiarität gegenübersteht. Leider ist die „Subsidiarität" auf europäischer Ebene eine ziemliche Leerformel geblieben.

Das europapolitische Ziel einer „immer engeren Union" ist mit Ihren Vorstellungen zur Subsidiarität aber nicht vereinbar.

Definitiv, und gerade in der Sozialpolitik ist das auch gut so. Die Vorstellung, dass in der gesamten EU identische Ansprüche für Gesundheitsleistungen gelten, müsste entweder zu einem Absinken des deutschen Schutzniveaus oder zu Transferleistungen aus Deutschland in andere EU-Staaten führen, die den sozialen Frieden hierzulande massiv gefährden würden. Eine europäische Vergemeinschaftung der Gesundheitspolitik hat deshalb aus deutscher Sicht mehr Vor- als Nachteile.

Sie denken über eine „Sozialstaatsbremse" nach, wie es die Wirtschaftsjournalistin Heike Göbel formuliert hat?

„Die Grenzen des Wachstums" ist eine Schrift des Club of Rome, der unsere Sicht auf die Endlichkeit der natürlichen Ressourcen dieses Planeten nachhaltig geprägt hat. Auch wenn einzelne Prognosen sich aus heutiger Sicht als nicht zutreffend erwiesen haben – auf die Endlichkeit der natürlichen Ressourcen aufmerksam zu machen, war fundamental richtig. Ich bin sicher, dass es genauso richtig ist, auf die Grenzen des Wachstums des Sozialstaats hinzuweisen.

Wie passt es zu dem von Ihnen postulierten Prinzip der Subsidiarität, dass die Rücklagen der Krankenversicherungen qua Gesetz dafür genutzt wurden, die Lasten der Corona-Pandemie zu tragen, während börsennotierte Großunternehmen durch Steuergelder gerettet wurden?

Um mit Norbert Blüm zu antworten: „Wer Gemeinschaftseinrichtungen schädigt, die Sozialversicherung ausbeutet oder den Staat betrügt, versündigt sich am Nächsten."

Ein anderes Thema: Sie plädieren auch für eine „soziale Digitalisierung". Was meinen Sie damit?

Erstens: Menschen müssen die Computer beherrschen, nicht die Computer die Menschen.

Zweitens: Soziale Digitalisierung geht aber weiter: Die Industrialisierung im 19. Jahrhundert hat Fortschritt gebracht, aber auch soziales Elend. Sozialversicherungen, Tarifpartnerschaft, soziale Marktwirtschaft waren die Antworten. In der Transfor-

mation zu einer digitalen Gesellschaft sollten diese Errungenschaften nicht infrage gestellt werden, sondern an die sich immer schneller verändernden Verhältnisse angepasst werden. War die Bildung schon immer ein zentrales Element zur Anpassung an sich ändernde Lebensverhältnisse, wird ihre Bedeutung noch weiter wachsen. Digitale Bildung ist der Schlüssel für eine soziale Digitalisierung und – um die Kurve in Richtung Gesundheitswesen zu bekommen – Gesundheitskompetenzen entscheiden auch die Zukunftsfähigkeiten des Einzelnen wie ganzer Gesellschaften.

Digital Health Literacy ist also ein Zukunftsthema.

Ja, das ist sogar die Verbindung von gleich drei Zukunftsthemen: Digitalisierung, Bildung, Gesundheit.

Professor Rödder, ich danke Ihnen sehr für das Gespräch!

Prof. Dr. Andreas Rödder

Andreas Rödder ist seit 2005 Professor für Neueste Geschichte an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und gegenwärtig Helmut Schmidt Distinguished Visiting Professor an der Johns Hopkins University in Washington. Rödder hat sechs Monographien verfasst, darunter „21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart“ (2015) und „Wer hat Angst vor Deutschland? Geschichte eines europäischen Problems“ (2018). Er ist u.a. Mitherausgeber der Historischen Zeitschrift sowie Mitglied der Wissenschaftlichen Beiräte der European Council Studies und des Hauses der Geschichte der Bundesrepublik Bonn/Leipzig.

Dr. Andreas Meusch

Andreas Meusch ist Beauftragter des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK) für strategische Fragen des Gesundheitssystems und Lehrbeauftragter an der Fakultät Wirtschaft und Soziales der Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW). Vor seiner Tätigkeit für die TK war er Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg der Ersatzkassenverbände und Referatsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Er hat Politik, Geschichte und Publizistik in Mainz, Dijon und Krakau studiert und war Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für internationale Politik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

3

Die Zukunft gehört uns – Ziele für das Gesundheitswesen aus Sicht der jungen Generation

Luise Roither und Tim Wozniak

3.1 Einleitung

Die zwei für das System teuersten Gesundheitsminister aller Zeiten, Hermann Gröhe und Jens Spahn, haben die letzten zwei Legislaturperioden mit ihren Reformen auf Trapp gehalten und auch die Selbstverwaltung schwer beschäftigt. Was für die neuen Zwanzigerjahre benötigt wird, ist nun die generationengerechteste, effizienteste, zukunftsgewandteste Person in diesem Amt, die es je gegeben hat. Statt großflächig Gelder auszuschütten, braucht es Strukturreformen und alte Leistungen müssen vielleicht neuen weichen. So können wir das Ruder herumreißen, die Segel neu ausrichten, das Gesundheits- und Pflegesystem vor dem finanziellen Kollaps bewahren. Aber ist es nicht selbstverständlich, dass Politik die Zukunft gestaltet? Sind Politiker:innen nicht daran interessiert, zukunftsgewandt zu konzipieren? Sicherlich schon. Aber der Großteil der Wählerschaft ist alt und eine Legislaturperiode dauert vier Jahre. Das bedeutet, dass die Wiederwahl davon abhängig ist, ob die politische Agenda genügend Geschenke für die großen Wählergruppen beinhaltet und dass vier Jahre vermutlich nicht ausreichen, um beispielsweise eine partei- und branchenübergreifende Strategie gegen den Klimawandel abzustimmen. Das Problem der Generationengerechtigkeit begründet sich also teilweise auch in unserem Wahlsystem. Die Wiederwahl könnte mit einer limitierten Anzahl von Amtszeiten je Kandidat/in begrenzt werden, was auch mit einem Aufschwung für die Nachwuchsförderung in den Parteien einherginge und ein deutlicher Hemmschuh für den Lobbyismus wäre. Eine Verlängerung der Legislaturperioden könnte bewirken, dass selbst monatelange Koalitionsbildungen am Anfang und die Fokussierung auf den Wahlkampf am Ende die Amtszeiten nicht zu stark verkürzen und dass bei Reformvorhaben mehr Zeit für die Konzeption und Meinungsbildung, aber auch für die Umsetzung bliebe.

Politik muss generationengerechter werden und es liegt an den Politiker:innen selbst, dafür einzutreten. Denn alle Bestrebungen, die Rechte zukünftiger Generationen juristisch zu verankern, haben, zumindest für den Teilbereich der deutschen Gesundheitspolitik, keine ausreichende Wirkung entfalten können. Die Generationengerechtigkeit in das deutsche Grundgesetz zu integrieren, haben 36 junge Abgeordnete, darunter der 26-jährige Jens Spahn, 2006 mit folgender Formulierung für einen neuen Artikel 20b vorgeschlagen:

> *„Der Staat hat in seinem Handeln das Prinzip der Nachhaltigkeit zu beachten und die Interessen künftiger Generationen zu schützen." (Deutscher Bundestag 2006)*

Zudem sollte Artikel 109 Absatz 2 der Finanzverfassung des Grundgesetzes angepasst werden:

> *„Bund und Länder haben bei ihrer Haushaltswirtschaft den Erfordernissen des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts, dem Prinzip der Nachhaltigkeit sowie den Interessen der künftigen Generationen Rechnung zu tragen." (Deutscher Bundestag 2006)*

Doch scheiterten diese scheinbar allseits unterstützten Bemühungen (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2006) an den Mühlen der Politik und der Justiz und so endete die 16. Legislaturperiode 2009 ohne einen Beschluss in dieser Sache. Später nahm sich auch Hans-Jürgen Papier, ehemaliger Präsident des Bundesverfassungsgerichts, der Forderung 2018 erneut an (Anger 2018) und auch 2019 wurde sie auf Drängen des Parlamentarischen Beirats für nachhaltige Entwicklung (PBnE) abermals diskutiert (CDU/CSU Bundestagsfraktion 20.02.2019). Bislang ohne Erfolg. Beispiele aus anderen Ländern, in denen die Regierung einen Beauftragten für die generationengerechte Ausgestaltung von Gesetzesvorhaben eingesetzt hat, wurden für das deutsche System noch nicht in Erwägung gezogen.[1] Trotzdem zeigt sich, spätestens seit der jungen Bewegung um Greta Thunberg herum, dass es viele Politiker:innen gibt, die ein hohes Interesse an intergenerationeller Gerechtigkeit haben und sich dafür einsetzen möchten, über den Tellerrand einer oder zwei Legislaturperioden hinaus, die Zukunft zu gestalten.

Dieses Kapitel hat zum Ziel, das Bewusstsein für die Verantwortung für die jungen und zukünftigen Generationen zu schärfen und alle im Gesundheitswesen Tätigen, insbesondere aber die politischen Mandatsträger:innen auf Bundesebene, zu einem entsprechend umsichtigen Denken und Handeln zu inspirieren. Dabei sollen exemplarisch Handlungsfelder aufzeigt werden, in denen sich junge Generationen eine zukunftsgewandtere Politik und Gesetzgebung wünschen.

> **Nachdem wir die beiden teuersten Gesundheitsminister aller Zeiten hinter uns haben, wird nun die effizienteste, generationengerechteste Person in diesem Amt benötigt.**

1 Israel (Commissioner for Future Generations, 2001), Ungarn (Parliamentary Commissioner for Future Generations, 2006), Kanada (Commissioner for Environment and Sustainable Development, 1995), Neuseeland (Parliamentary Commissioner for the Environment, 1986)

3.2 Kostenkurven ausbremsen

Die junge Generation sieht dem demografischen Wandel sorgenvoll entgegen, denn beispielsweise in den Bereichen Rente und Pflege, aber auch in der Krankenversicherung zeichnen sich große Probleme ab. Hier sind die Prognosen aufgrund der Mengeneffekte simpel: Die Alten werden die Jungen zahlenmäßig weit übertreffen, für die Sozialabgaben, die heute schon knapp 40 Prozent betragen, bedeutet das einen weiteren Anstieg. Die generationengerechte Ausgestaltung der Sozialsysteme wird bei den aktuellen Reformen, die zum Teil kurzfristig mit Bundeszuschüssen abgedeckt werden sollen, vernachlässigt. Dies gefährdet den sozialen Frieden in Deutschland und womöglich auch den Generationenvertrag der sozialen Sicherungssysteme. Denn obwohl die junge Generation weniger raucht (ein Rückgang von 28 Prozent [2001] auf 7 Prozent [2016]) (Statista Research Department 2015), viel Sport treibt und ein zunehmend gesünderer und nachhaltigerer Ernährungstrend zu verzeichnen ist (Pawlik 2020; Statista 2020), müssen sie sich auf einen massiven Anstieg der Sozialabgaben oder einen Systemkollaps aufgrund der prognostizierten Gesundheits- und Pflegeausgaben für die Babyboomer-Generation einstellen. Auch wenn das Solidarsystem ein hohes Gut ist und unbedingt in seiner jetzigen Form aufrechterhalten werden muss, ist es noch nicht gewappnet für die immense demografische Belastung in 15 Jahren.

Auch ein spontanes Feuerlöschen unserer Finanzprobleme mit höheren Steuermitteln oder Sozialabgaben geht vor allem zulasten der jungen und zukünftigen Generationen. Zudem sollten Steuermittel nur insoweit das System unterstützen, wie sie ganz konkret versicherungsfremde oder gesamtgesellschaftliche Ausgaben im Sinne der Sozialgesetzbücher kompensieren. Die finanzielle Eigenständigkeit und unsere Selbstverwaltung prägen das deutsche Gesundheitssystem und beides sollte aufrechterhalten werden.

Betrachtet man die Kostenentwicklungen der letzten Jahrzehnte, stellt sich ein Unbehagen aufgrund der steil ansteigenden Kurven ein. Diese Kostensteigerungen beinhalten aber noch nicht die ganz großen Mengeneffekte, die mit dem Altern der Babyboomer-Generation zu erwarten ist, sie sind lediglich auf die heutige Steigerung von Preis und Anzahl der Leistungserbringung zurückzuführen (Ochmann u. Albrecht 2019). Dieses Unbehagen wandelt sich in konkrete Sorgen, wenn man darüber hinaus die Prognosen für diese Kosten bis 2045 weiterzeichnet (s. Abb. 1).

Im Bereich der Krankenversicherung sind nicht nur aufgrund der vergangenen Entwicklung kontinuierliche Zuwächse in den Leistungsausgaben zu erwarten, es tauchen zudem auch immer wieder zentnerschwere Kostenfaktoren wie neuartige Arzneimittel-Blockbuster und andere Innovationen auf. Und digitale Innovationen sind aufgrund ihres Innovationscharakters derzeit häufig noch eine Ergänzung zur bestehenden Diagnostik und Therapie, schlagen also bei den Leistungsausgaben zusätzlich zu Buche. Gleichzeitig werden Effizienzpotenziale noch nicht ausgeschöpft. Erwiesenermaßen nutzbringende digitale Innovationen sollten einen schnellen Zugang zur Regelversorgung erhalten und die Versorgung nicht nur besser und bedarfsgerechter, sondern perspektivisch effizienter (und damit günstiger) machen. Außerdem bedeuten neue Arten und Wege der Versorgung auch, dass man sich eventuell von alten Leistungen trennen muss. Einer Überversorgung, dem Qualitätsproblem und dem Fachkräftemangel sollte mit der gezielten Restrukturierung, Zusammenlegung oder Schließung von Kliniken in Ballungsräumen begegnet werden. Im

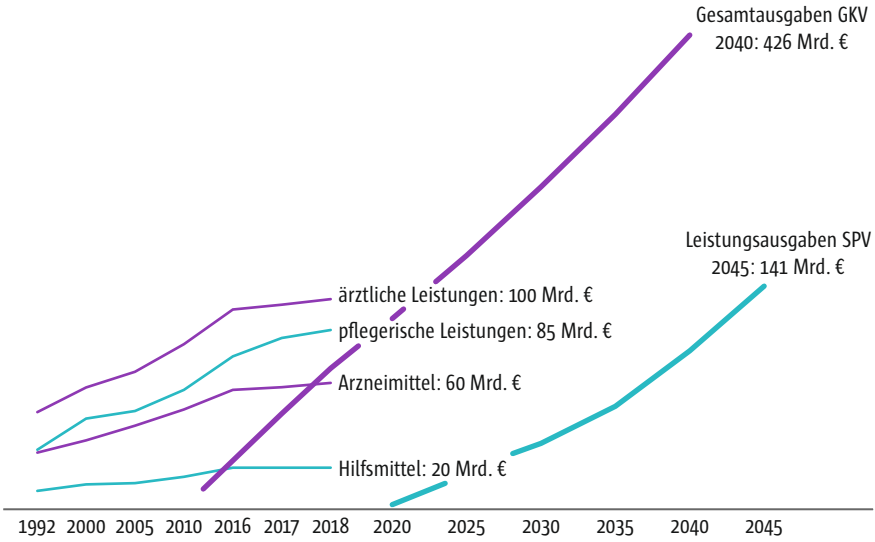


Abb. 1 Kostenkurven im Gesundheitssystem (Daten bis 2018 wurden am 12.10.2020 unter www.gbe-bund.de abgerufen; Prognosedaten für die Soziale Pflegeversicherung 2000 bis 2045: Etgeton 2019; Prognosedaten GKV-Gesamtausgaben: Ochmann u. Albrecht 2019)

Gegensatz zu solchen Strukturreformen und einer wünschenswerten Kostendämpfungspolitik wird in manchen Bundestagsfraktionen mit der Untermauerung wissenschaftlicher Expert:innen darüber gesprochen, das Pflegeversicherungssystem mit dem sogenannten Sockel-Spitze-Tausch massiv zu verteuern. In der aktuellen Pflegereform (Stand November 2020), wurde zur Entlastung der Leistungsempfänger:innen zwar lediglich der stationäre Eigenanteil gedeckelt, dennoch ist ein erster Schritt in Richtung „echter Teilkaskoversicherung" in der Pflege getan und weitere Schritte dorthin sind vor dem Hintergrund des drohenden finanziellen Kollapses abzulehnen. Der subsidiäre Charakter der sozialen Pflegeversicherung ermöglicht erst deren Existenz und während wir daran arbeiten, pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen finanziell zu entlasten, weil die Pflege für viele Menschen ein enormer Kostenfaktor ist, ist es denkbar, dass wir in 15 Jahren über noch unangenehmere Themen sprechen müssen, wie beispielsweise eine Bedürftigkeitsprüfung.

Kurzfristig sollen Steuerzuschüsse und ein Pflegevorsorgefonds das Pflegeversicherungssystem mit seinen Beitragsanstiegen stabilisieren. Beide Maßnahmen haben ihre Daseinsberechtigung (da es einerseits versicherungsfremde Leistungen gibt und andererseits ein kapitalgedecktes Element im Umlageverfahren sinnvoll ist), aber dürfen nicht die Gespräche über eine langfristige Lösung ersetzen. Es wurde mit dem Bundeszuschuss für die Pflege ein Finanztropf an den heute noch kleinsten Sozialversicherungszweig angehängt, der nicht wieder entfernt werden kann, sondern weiterwachsen wird. Doch die jungen Beitragszahler:innen entlastet dies nicht, da sie immer auch die Steuertöpfe füllen müssen. Es wird eine Ursachen- statt einer Symptombehandlung benötigt.

Die generationengerechte Ausgestaltung der Sozialsysteme wird bei den aktuellen Reformen vernachlässigt. Kranken- und Pflegeversicherung verteuern sich massiv, obwohl junge Menschen weniger rauchen, gesünder essen und sportlich aktiver sind. Dies gefährdet den sozialen Frieden in Deutschland.

3.3 Arzneimittel der Zukunft

Der Arzneimittelbereich und seine Lobby sehen sich oft mit der Anschuldigung konfrontiert, lediglich der Profit würde sie antreiben. Die medial-gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Arzneimitteln wie Zolgensma (ein Wirkstoff für Kinder mit spinaler Muskelatrophie), welches nicht nur als teuerstes Medikament aller Zeiten eingeführt wurde, sondern weitere Fallstricke bereithält, ist Wasser auf die Mühlen solcher Vorwürfe (Grill u. Kempmann 19.05.2020). Denn Zolgensma wurde nicht nur in gemeinnützigen Forschungslaboren entwickelt und verliert damit die Rechtfertigung des hohen Preises durch hohe Forschungskosten beim Pharmakonzern. Es wurde zudem ein Losverfahren für Kinder in Deutschland etabliert, das aufgrund seines Glücksspielcharakters zu großer Empörung geführt hat (Grill u. Kempmann 19.12.2019). Ein solch schlechtes Image ist schädlich für alle Seiten, denn Forschung und Entwicklung der pharmazeutischen Industrie sind unabdingbarer Bestandteil der Innovationslandschaft unseres Gesundheitswesens.

Ein großes Problem sind auch die geringen Forschungsinnovationen im Bereich der Antibiotika. Denn Antibiotikaresistenzen, die durch den unsachgemäßen Einsatz bei Mensch und Tier entstehen, sind insbesondere eines: generationenungerecht. Die Unterstützung der deutschen Bundesministerien für Gesundheit und für Bildung und Forschung für die Organisation Global Antibiotic Research & Development Partnership (GARDP) ist zu begrüßen und auszubauen. Zielführend könnte auch die Delinkage-Strategie sein, welche Innovationen nicht durch Monopole bzw. Patente attraktiv macht, sondern beispielsweise durch einen zuvor ausgeschriebenen und bezifferten Award. So würden nicht nur bestimmte, vernachlässigte Forschungsfelder inzentiviert, die Forschungskosten müssten auch nicht mehr über Preis und Menge amortisiert werden und wären global zugänglicher auch für Menschen der dritten Welt. Eine Alternative zu den heutigen Patentmodellen zeigt der Medicines Patent Pool auf, der bestehende Patente zusammenfassen möchte und sie somit weniger exklusiv macht. Diese Ansätze sind aber nicht auf die Antibiotikaentwicklung beschränkt. Es gibt viele weitere vernachlässigte Forschungsfelder, die bedient werden müssen und in denen Innovationen eine große Kohorte von Patient:innen erreichen würden. Beispiele dafür gibt die Neglected Diseases Initiative (DNDi), die ebenfalls interessante, alternative Forschungsstrukturen und Anreizsysteme entwickelt hat.

Während der COVID-19-Pandemie hat die Welt gezeigt: Sie kann, wenn sie will. Konkurrierende Forschungsunternehmen arbeiteten plötzlich zusammen, tauschen sich aus und innerhalb von weniger als einem Jahr ist ein globales Netzwerk entstanden und es wurden Milliarden an Geldern für ein einziges Forschungsfeld bereitgestellt.

> **Es ist nicht Aufgabe der Industrie, Innovation anders zu gestalten oder die Forschungsfelder zu inzentivieren. Hier ist die Politik gefragt, die sich entscheiden muss, wie Forschung und Entwicklung im Gesundheitssektor gestaltet werden soll.**

Und es gibt Vorschläge Problemen zu begegnen, ohne die monetären Anreize für die Erforschung von medikamentösen Therapien zu vernachlässigen.

Deutschland und weitere Erste-Welt-Länder sollten zudem, im monetär geprägten Wettstreit um die Sicherung neuer Impfstoffe gegen COVID-19, aber auch bei der Förderung von anderen Innovationen ihrer moralischen Verpflichtung nachkommen, die restliche Welt nicht zu vergessen.

3.4 Ambulantisierung und Akademisierung im Krankenhaus

3.4.1 Ambulantisierung

Das derzeit in Deutschland angebotene, stationäre Leistungsangebot wird sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten grundsätzlich in allen Fachbereichen wandeln. Dabei werden Leistungen und Eingriffe die heute noch stationär und mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, ambulant erbracht werden. Der Patient/die Patientin wird nach der Operation am Behandlungstag wieder in das private Umfeld entlassen, die Nach-/Wundkontrolle übernehmen die niedergelassenen Fachärzt:innen. Bei Komplikationen stehen Patient:innen natürlich auch weiterhin die kassenärztliche, als auch die Krankenhausnotfallversorgung zur Verfügung.

Aufgrund dieser Veränderungen sollten mehrere Teilbereiche des Gesundheitswesens in der Zukunft neu strukturiert werden. Um ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem im Wandel des medizinischen Fortschritts abbilden und möglichst durchgängig gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass die Vergütung der gewandelten, vormals stationären und künftig ambulanten Leistungen, angepasst wird. Die Schwierigkeit besteht hierbei in den unterschiedlichen Finanzierungslogiken beider Bereiche: Die stationär erbrachten Leistungen werden mittels DRG-Fallpauschalen vergütet, die ambulanten Operationen nach dem AOP-Katalog. Dabei sind die stationären Leistungen oftmals höher vergütet als ambulante. Gelder, die vormals für die Behandlung im Krankenhaus benötigt wurden, werden zukünftig im ambulanten Bereich benötigt.

Anzunehmen ist, dass damit einhergehend auch niedergelassene, ambulant operierende Ärzt:innen, Medizinische Versorgungszenten und weitere ambulante Versorgungsformen in Zukunft einen erhöhten Personal- und Materialbedarf haben, um der zunehmenden Anzahl an Patient:innen gerecht werden zu können. Im Krankenhaus hingegen wird der Rückgang der stationären Fallzahlen die Frage aufwerfen, ob alle bis dato benötigen und vorgehaltenen stationären Betten auch weiterhin erforderlich sind oder, ob vereinzelt Bereiche geschlossen und zentralisiert werden sollten und müssen. Auch wird es vermutlich in Summe zukünftig weniger Krankenhäuser gegeben als es heute der Fall ist. Neben der Verschiebung von medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor sollte auch die Mitarbeiterakquise und der