

# Wie Schwarz-Rot



# punkten will

Gute Ansätze zur Stärkung der Pflege, aber wenig Mut zum Umbau der Kliniklandschaft und zum Ausbau des Wettbewerbs um die beste Versorgung: Kai Senf sieht den Koalitionsvertrag kritisch. Dennoch plädiert der Politikchef des AOK-Bundesverbandes dafür, der Großen Koalition einen Vertrauensvorschuss zu gewähren.

**M**it Gesundheitspolitik lässt sich keine Wahl gewinnen, aber jede Wahl verlieren. Diese Feststellung wird – unbelegt – dem heutigen Bundesinnenminister, Horst Seehofer, zugeschrieben. Sie stammt aus der Zeit, in der Seehofer selbst für das Gesundheitsressort verantwortlich war und deshalb wusste, wovon er spricht. Dauerreformbaustelle, Haifischbecken, Milliardengrab – alles Attribute für das Gesundheitswesen, die jeder Gesundheitsminister und jeder in der Gesundheitspolitik Aktive seither kennt und die aufzeigen: Es gibt kaum Blumentöpfe zu gewinnen. Stattdessen kann man in jede Menge Fettnäpfe treten. Verständlich also, dass Partei- und Wahlkampfstrategen das Politikfeld Gesundheit nur mit spitzen Fingern anfassen. Heißt das nun für Gesundheitspolitiker, nicht anzuecken und es jedem recht machen zu wollen? Sollten die Koalitionäre den Vertrag, wie in der vergangenen Legislaturperiode, möglichst geräuschlos abarbeiten und viel Geld über alle Einzelinteressen im Gesundheitswesen schütten, um ganz auf bisheriger Linie der Parteizentralen bloß keine allzu intensiven öffentlichen Kontroversen

zur Gesundheitspolitik auszulösen? Mitnichten, denn es besteht in vielen Bereichen dringender Handlungsbedarf, um die medizinisch-pflegerische Versorgung in Deutschland zukunftsfest zu machen. Und wenn diese Strukturreformen tatsächlich angegangen würden, dann gelänge es auch, den Seehoferschen Aphorismus zu widerlegen.

**Historische Tiefststände in der Wählergunst.** Die Ergebnisse der Bundestagswahl im September 2017 waren ein Schock für die Volksparteien. Sowohl CDU und CSU als auch die SPD erreichten historische Tiefststände in der Wählergunst und kamen insgesamt nur noch auf einen Stimmenanteil von 53,4 Prozent. In ihrer Hochzeit 1972 waren es 91,2 Prozent. Als wesentliche Ursache für den „Niedergang der Volksparteien“ wird gemeinhin der massive Vertrauensverlust in der Bevölkerung angeführt. Die Bürgerinnen und Bürger fühlen sich durch die Volksparteien nicht mehr ausreichend repräsentiert. Um ihre Repräsentationsschwäche bei weiten Teilen der Bevölkerung zu überwinden, müssen die Volksparteien Glaubwürdigkeit und Vertrauen in allen Politikbereichen zurückgewinnen. Dazu zählt auch die



**Jens Spahn (CDU)** ist neuer Bundesminister für Gesundheit.

## Vorsicht, Torte!

Nicht wenige meinen, Jens Spahn (37) habe das Zeug zum Bundeskanzler. Er sei jung, arbeite sich in Themen – auch komplexe – schnell ein und bringe mit, was Politiker, die ganz nach oben wollen, brauchen: Ehrgeiz.

Spahn ist hungrig. Wohl auch, weil ihm Politik einfach Spaß macht. Dass es ihm dabei mitunter nicht nur um die Sache geht – geschenkt. Wer ihn – zuletzt als Finanz-Staatssekretär – bei Parteievents, in Talkshows oder Hintergrundgesprächen mit Journalisten erlebt hat, der spürt: Hier brennt einer. Oder wie er es formuliert: Hier hat einer sein „Hobby“ zum Beruf gemacht, auch wenn eine Lehre zum Bankkaufmann (1999 bis 2001) und ein Master of Arts in Politik (2017) seinen Lebenslauf als „Tätigkeiten“ zieren.

Dass Politik sein Ding ist, wusste Spahn schon als Jugendlicher: 1995 tritt er, der die Bischöfliche Canisiussschule in Ahaus im westlichen Münsterland besucht, in die Junge Union ein. Mit fester Absicht. So heißt es, Spahn habe einer Lehrerin auf die Frage nach seinem Berufswunsch geantwortet: „Kanzler“. 1997 wird er Mitglied der CDU, für die er 2002 als Abgeordneter des Wahlkreises Steinfurt I/Borken I in den Bundestag zieht. 2005 – das Parlament hat soeben mit den Stimmen von CDU, CSU und SPD Angela Merkel zur Kanzlerin gewählt – sitzt Spahn wieder im „Hohen Haus“. Er wird Obmann der Unions-Fraktion im Gesundheitsausschuss.

Von 2009 bis 2015 schraubt er als gesundheitspolitischer Sprecher an Paragrafen zu Hausarztverträgen und zur Nutzenbewertung neuer Arzneien und profiliert sich – auch in Abgrenzung zum liberalen Gesundheitsminister Philipp Rösler – mit Vorschlägen wie dem, Drei- und Vierbett-Zimmer in Kliniken abzuschaffen. 2013 stellt Spahn mit Karl Lauterbach (SPD) den Fahrplan für eine erneute großkoalitionäre Gesundheitspolitik zusammen.

Dass er das Kapitel „Gesundheit und Pflege“ im Koalitionsvertrag der GroKo III nicht persönlich mitgeschrieben hat, dürfte Spahn wenig stören. Seine Agenda hat er Journalisten jedenfalls gleich nach seiner Nominierung als Minister direkt mitgeteilt: Ausbau der Terminservicestellen, mehr Landärzte, Umdenken in der privaten Krankenversicherung, eine attraktivere Pflege. Natürlich weiß auch Spahn: Es ist leicht, Probleme im Gesundheitswesen zu benennen. Ungleich schwerer ist es, sie zu lösen – und zwar so, dass alle damit leben können. So erkannte schon die frühere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, dass dieser Posten dazu angetan ist, „immer die Torte im Gesicht“ zu haben. ■

Thomas Hommel

Gesundheitspolitik. Der Ankündigung im Koalitionsvertrag „Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen“ müssen Taten folgen. Das gilt für die SPD, die verhandeln wollte, „bis es quietscht“ und die Umsetzung gesundheitspolitischer Forderungen zur Grundbedingung für die Neuauflage der GroKo erhoben hat. Auf diesem Politikfeld muss sie nun auch über ihren Mitgliederentscheid hinaus besonders viel Gestaltungswillen an den Tag legen. Das gilt aber ebenso für CDU und CSU, aus deren Reihen der neue Gesundheitsminister Jens Spahn (siehe Kasten links) gegenüber dem Deutschlandfunk sagte: „Wir haben verstanden.“ Gleichzeitig kündigte er einen neuen Regierungsstil an, der darauf zielen müsse, das Vertrauen der Bürger zurückzugewinnen. Gerade durch seine Person, die eng mit der unionsinternen Diskussion um die Kanzlerinnen(kandidaten)-nachfolge verknüpft wird, ist Aufmerksamkeit für das, was in der Gesundheitspolitik passieren wird, sicher. Auch außerhalb der gesundheitspolitischen Szene wird nun besonders genau beobachtet, mit welchen Inhalten und wie erfolgreich sich der neue Bundesgesundheitsminister einbringt.

**Politik hat Reformbaustellen erkannt.** Aufmerksamkeit ist der Gesundheitspolitik also gewiss. Setzt der Koalitionsvertrag aber auch die richtigen Akzente, um das Patientenwohl tatsächlich in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Entscheidungen zu rücken? Die gute Nachricht: CDU/CSU und SPD haben mit der Verbesserung der Personalsituation in der Kranken- und Altenpflege und der Beschleunigung der Digitalisierung zwei wichtige Reformbaustellen im Gesundheitswesen identifiziert, bei denen schnell und spürbar Verbesserungen für Versicherte und Patienten erreicht werden sollen. Der Wille ist erkennbar, Effizienzverluste zu minimieren, die Qualitätsorientierung zu steigern und die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen zu überwinden. Geplant ist die Einrichtung einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung. Die Arbeitsgruppe soll Vorschläge zur Integration des stationären und ambulanten Systems bei der Bedarfsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung vorlegen. Damit wird der Reformwille der GroKo beim schon seit längerem intensiv diskutierten Abbau der Sektorengrenzen manifest.

Zur Auflösung starrer Sektorengrenzen gehört auch die Reform der Notfallversorgung. Hier hat die GroKo angekündigt, die Verantwortung bei der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung gemeinsam an Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zu übergeben. Dies ist der richtige Weg für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung der Patienten. Darüber hinaus stellen die Koalitionäre eine Reihe von Einzelmaßnahmen in Aussicht, die spürbare Vorteile für Versicherte und Patienten bringen sollen. Dazu zählen Verbesserungen bei der Erreichbarkeit der Terminservicestellen der KVen, die Erhöhung der Praxis-Mindestöffnungszeiten auf 25 Stunden pro Woche, höhere Kassenzuschüsse beim Zahnersatz und die Reduzierung der Mindestbeiträge zur Krankenversicherung für Solo-Selbstständige. Das Themenfeld ist also in weiten Teilen richtig abgesteckt.

Entscheidend aber wird sein, ob auf die Ankündigungen auch Taten folgen.

**Guter Maßnahmen-Mix für die Pflege.** Der Personalmangel in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist ein Dauerthema und hatte zuletzt auch während der Bundestagswahl für Schlagzeilen gesorgt. Insofern ist es nachvollziehbar, dass die GroKo die Verbesserung der Personalsituation in der Alten- und Krankenpflege zu einem der zentralen Reformthemen macht. Mit dem geplanten „Sofortprogramm Pflege“ und der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll ein Bündel an Maßnahmen ergriffen werden, um die Personalausstattung mit Fachkräften und Betreuern sowie die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu verbessern.

Das angepeilte Reformpaket in der Altenpflege stellt grundsätzlich einen guten Maßnahmen-Mix dar, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Nicht nur höhere Einkommen, sondern auch die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sind entscheidende Faktoren für die Attraktivität des Pflegeberufes. So sollen beispielsweise verbindliche Personalbemessungsinstrumente eingeführt und 8.000 zusätzliche Stellen für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden. Zudem sollen Anreize für die erleichterte Rückkehr von Teilzeit in Vollzeit, die betriebliche Gesundheitsförderung und die Qualifizierung von Pflegehelfern gesetzt werden. Die Bezahlung in der Altenpflege soll durch die flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen und die Angleichung der Mindestlöhne in Ost und West gestärkt werden.

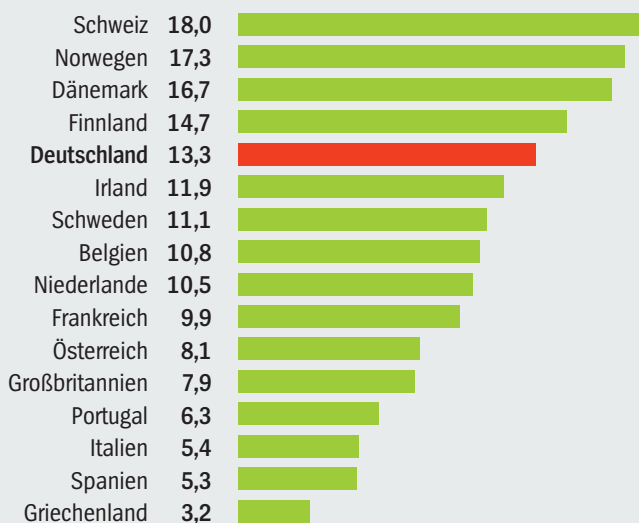
Bei der Umsetzung dieser Reformpläne ist allerdings darauf zu achten, dass höhere Personalkosten im Teilkostensystem der Pflegeversicherung sofort zu höheren Eigenbeteiligungen der Pflegeleistungsempfänger führen. Die geplante Dynamisierung von Pflegeschleifungen ist deshalb ebenfalls unbedingt umzusetzen. Ein dickes Fragezeichen steht hinter der Ankündigung, mit dem Sofortprogramm zusätzliche 8.000 Stellen in der Altenpflege zu schaffen. Die Wiederbesetzung offener Pflegestellen dauert im Durchschnitt 167 Tage. Woher im nennenswerten Umfang zusätzliches Pflegepersonal kommen soll, bleibt deshalb schleierhaft. Die Gesundheitspolitiker der GroKo wären gut beraten, die Erwartungshaltung bei Pflegebedürftigen und Pflegenden zur Wirkung der Maßnahmen nicht allzu hoch zu treiben. Auch das wäre ein neuer, vertrauensbildender Politikstil. Die Reformschritte werden die Personaldefizite nicht von heute auf morgen beseitigen. Im besten Fall können sie sukzessive mehr Menschen dazu bewegen, einen Pflegeberuf zu ergreifen.

**Bewährtes Vergütungssystem infrage gestellt.** Ganz anders sind die Personalpläne der GroKo im Krankenhausbereich zu bewerten. Deutschland weist eine hohe und steigende Zahl an Pflegekräften auf. Sowohl das Verhältnis zur Bevölkerungszahl als auch die Wachstumsraten liegen über dem EU-Durchschnitt. Gleichzeitig ist die Quote an Pflegekräften pro Krankenhausbett eine der niedrigsten in der EU. Die Personalknappheit im Krankenhaussektor ist also kein Problem von zu wenig Pflegepersonal, sondern vor allem eine Fehlallokation aufgrund zu vieler Krankenhäuser. Es ist deshalb richtig, wenn, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, für alle bettenführenden Abteilungen im Krankenhaus künftig verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt werden sollen. So werden Personalverschiebungen zwischen pflegesensitiven und nicht-pflegesensitiven Bereichen verhindert. Dies dient gerade dem Patientenschutz. Die Bestimmung von Untergrenzen bei der Personalbesetzung darf jedoch nicht mit Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbunden sein, denn die entsprechenden Personalkosten werden bereits heute über die Krankenhausvergütung ausgeglichen.

Vollkommen am Ziel vorbei geht das Vorhaben der GroKo, die Personalkosten im Krankenhaus – immerhin rund 18 Milliarden Euro – aus der Vergütungssystematik der Fallpauschalen herauszuschneiden und nach dem Selbstkostenprinzip auszugleichen. Die Fallpauschalen stellen bereits heute eine ausreichende Finanzierung des Personalbedarfs in Kliniken sicher. Tarifsteigerungen für Beschäftigte werden ebenfalls kompensiert. Mehr Pflegestellen werden durch eine Doppel- und Dreifachfinanzierung nicht geschaffen. Entscheidend ist, dass vorhandene Gelder auch für Pflegepersonal eingesetzt werden. Dies wird nur dann gewährleistet, wenn entsprechende Nachweispflichten vorgesehen sind. Statt mutige Entscheidungen zu treffen, die zu einem strukturellen Umbau der Krankenhauslandschaft, zu einer stärkeren Zentralisierung und Spezialisierung und damit zu besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal führen, fällt die GroKo hier zurück in alte Muster: viel Ankündigung, viel Geld, wenig Ergebnis. Ganz nebenbei wird zudem das bewährte Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) grundsätzlich infrage gestellt.

## Pflegedichte: Deutschland im oberen Drittel

Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner in Europa



Die Große Koalition will die Pflegepersonaldecke in Deutschlands Heimen und Kliniken verstärken. Doch im europaweiten Vergleich steht die Bundesrepublik aktuell nicht schlecht da: Mit 13,3 Pflegekräften (ambulant und stationär) pro 1.000 Einwohner liegt sie hinter der Schweiz, Norwegen, Dänemark und Finnland auf Platz 5. *Quelle: OECD, 2017*



**Schmallippiges Bekenntnis zur Digitalisierung.** Eines der zentralen Reformziele der neuen Bundesregierung ist die Digitalisierung. Ein ganzes Kapitel des Koalitionsvertrages widmet sich der „Offensive für Bildung, Forschung und Digitalisierung“. Darin wird die Digitalisierung als „große Chance für unser Land und seine Menschen“ beschrieben und als Ziel ausgegeben, ein „starkes Digitalland“ und „Weltspitze im Bereich der digitalen Infrastruktur“ zu werden. Deutlich kleinere Brötchen werden im Kapitel zur Gesundheitspolitik gebacken. Die Koalitionäre geben lediglich ein schmallippiges Bekenntnis zum Aufbau der Telematikinfrastruktur und zur Einführung der elektronischen Patientenakte für alle Versicherten bis zum Ende der Legislaturperiode ab. Die Pflege soll an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, Krankenhäuser sollen mehr in neue Technologien und Digitalisierung investieren, ohne dass Schwarz-Rot diesem Ansinnen mehr Nachdruck beispielsweise durch ein vom Bund finanziertes Förderprogramm verleiht. Das alles klingt wenig ambitioniert. Immerhin, und das ist positiv, sollen das Fernbehandlungsverbot auf den Prüfstand gestellt und telemedizinische Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut werden.

Die Digitalisierung von Informations- und Kommunikationsprozessen kann im Gesundheitswesen enorme Effizienzpotenziale heben, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu verbessern. Insbesondere der digitale Informationsaustausch kann die optimale Behandlung des Patienten unterstützen und durch mehr Transparenz auch die Patientensicherheit verbessern. So lassen sich zum Beispiel unnötige Doppeluntersuchungen verhindern und die Arzneimittel-Therapiesicherheit verbessern. Diese Innovationspotenziale werden im deutschen Gesundheitswesen seit Jahren unzureichend genutzt. Hieran hat auch das letzte E-Health-Gesetz nichts geändert.

Der vom Bundeswirtschaftsministerium beauftragte „Monitoring Report Wirtschaft Digital 2017“ hat dies noch einmal exemplarisch belegt. Er zeigt die eklatanten Defizite des deutschen Gesundheitswesens bei der Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien und Anwendungen auf: Das Gesundheitswesen belegt beim Digitalisierungsgrad den vorletzten Platz unter allen beobachteten Kernbranchen in Deutschland. Daran wird sich nach Prognose der Gutachter auch in den kommenden Jahren nichts ändern.

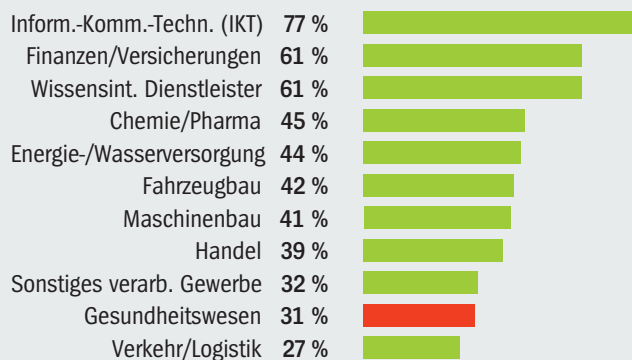
**Einfacher Zugriff auf elektronische Patientenakte.** Die digitale Transformation des Gesundheitswesens benötigt deutlich mehr Schubkraft. Vor allem muss die elektronische Patientenakte endlich zügig vorangetrieben werden. Dazu braucht es gestraffte Entscheidungsstrukturen in der gematik (Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte, 2005 gegründet). Versicherten ist ein direkter und einfacher Zugriff auf die geplante elektronische Patientenakte zu ermöglichen, damit sie ihre Daten am Ort ihrer Wahl lesen, kommentieren und dann besser mit dem behandelnden Arzt besprechen können. Zahlreiche rechtliche Unsicherheiten müssen zügig gelöst werden, um den Versicherten einen vernetzten Zugang zu innovativer Versorgung zu erleichtern. Es ist erforderlich, dass bei arzterset-

zenden digitalen Medizinprodukten durch den Hersteller eine obligatorische Haftpflichtversicherung besteht. Weiterhin muss es künftig möglich sein, dass im Rahmen von Selektivverträgen digitale, auch arztersetzung Innovationen zur Anwendung kommen. Eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss muss verpflichtend sein.

Handschriftlich ausgestellte oder ausgedruckte medizinische Verordnungen sind eine Fehlerquelle im Behandlungsprozess. Künftig sollte die Übermittlung von Verordnungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausschließlich auf elektronischem Weg erfolgen. Ein wesentliches Hindernis für den weiteren Ausbau digitaler Angebote durch die Krankenkassen besteht darin, dass als elektronisches Äquivalent zur Schriftform ausschließlich die qualifizierte elektronische Signatur zugelassen ist. Diese müssen Versicherte auf eigene Kosten anschaffen, sie ist deshalb in der Bevölkerung nur wenig verbreitet. Deshalb sollten gleichwertige, aber nutzerfreundlichere Alternativen zur bestehenden qualifizierten elektronischen Signatur entwickelt und für die Bevölkerung nutzbar gemacht werden.

**Wettbewerb zum Nutzen der Versicherten stärken.** Konkurrenz zwischen Krankenkassen und Wettbewerb im Gesundheitswesen sollen positive Anreize für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung setzen. Die Vorgängerkoalitionen waren hier schon einmal weiter. Im Vertragstext aus dem Jahr 2013 wurden den Kassen immerhin noch Freiräume zugestanden, um auch unter der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gute Verträge zu gestalten. Den Ankündigungen folgten in der vergangenen Wahlperiode leider keine Taten. Im Gegenteil: Der Gesetzgeber hat die Gestaltungsspielräume der Krankenkassen zum Beispiel bei Zytostatika oder Impfstoffen weiter eingeschränkt. Im Koalitionsvertrag der neuen GroKo allerdings fehlt ein Be-

### Digitalisierung: Gesundheitswesen liegt hinten



Im Branchenvergleich liegt das Gesundheitswesen bei der digitalen Vernetzung auf dem vorletzten Platz. Während 77 Prozent der Unternehmen der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) angeben, innerhalb der Produktion, mit Kunden oder Dienstleistern auf digitale Lösungen zu setzen, sind es im Gesundheitswesen lediglich 31 Prozent.

Quelle: Kantar TNS, Monitoring Report Wirtschaft DIGITAL 2017 (BMWi)

kenntnis zum Wettbewerb von vornherein. Der Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Versicherte und Patienten müssen davon profitieren. Für sie muss sich Kassenwettbewerb in qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten bei gleichzeitig bezahlbaren Krankenversicherungsbeiträgen „auszahlen“. Zentrale Aufgabe der Krankenkassen sollte es sein, dies sicherzustellen. Allerdings braucht die GKV dazu die gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Auf der Finanzierungsseite kommt dabei dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eine entscheidende Rolle zu. Er hat die zentrale Funktion, Risikoselektion der Krankenkassen zulasten einzelner Versicherter und Versichertengruppen zu verhindern. Der Morbi-RSA ist die notwendige Konsequenz aus dem freien Kassenwahlrecht für alle Versicherten. Den einzelnen Krankenkassen ermöglicht er faire Chancen im Wettbewerb, denn jede Kasse erhält die gleichen Zuweisungen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten. Nicht mehr die Akquise von besonders attraktiven Versichertengruppen ist der entscheidende Erfolgsparameter im Wettbewerb, sondern die Fähigkeit, Versorgung effizient und effektiv zu gestalten.

**Kurs halten beim Morbi-RSA.** Bei der im Koalitionsvertrag angekündigten Weiterentwicklung des Morbi-RSA hält die GroKo am bisherigen Kurs fest und setzt bei der Reform auf die wissenschaftlichen Gutachten des Expertenbeirates beim Bundesversicherungsamt. Damit ist sie gut beraten. Der Morbi-RSA muss künftig noch zielgenauere Zuweisungen auf Versicherten- und Versichertengruppenebene erreichen. Nur so werden Anreize der Kassen zur Risikoselektion verhindert und die Wettbewerbsbedingungen noch fairer gestaltet. Damit der Kassenwettbewerb voll zum Tragen kommt, benötigen die Krankenkassen aber mehr Handlungsmöglichkeiten zur wettbewerblichen Ausgestaltung von Leistungen. Der Beitragssatz und das Leistungsportfolio einer Kasse muss künftig Ausdruck ihrer Fähigkeit sein, die Versorgung von Versicherten und Patienten effektiv und effizient zu gestalten. Um Effizienzpotenziale im Bereich der Versorgungsstrukturen zu nutzen, effiziente Versorgungsprozesse zu organisieren und ökonomisch vernünftige Vergütungssätze zu verhandeln, müssen die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen, zum Beispiel durch selektive Versorgungsverträge, ausgebaut werden.

**Mangelnder Reformeifer bei Arzneimitteln.** Bis auf das anachronistische Vorhaben, den Versandhandel für verschreibungspflichtige Medikamente zu verbieten, und die Ankündigung, den Pharmadialog neu aufzulegen, hat die GroKo keinerlei Reformpläne zur besseren Arzneimittelversorgung vorgelegt. Wer Online-Apotheken de facto schließen lassen will, führt alle Digitalisierungsbemühungen ad absurdum. Zudem wird chronisch kranken Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung im ländlichen Raum eine Möglichkeit genommen, ihre Arzneimittelversorgung durch Online-Apotheken ergänzend sicherzustellen. Der fehlende Reformeifer bei Arzneimitteln verwundert. Die Ausgaben der GKV für Medikamente haben sich in den letzten zehn Jahren um rund 34 Prozent erhöht. Der

**Digitalisierung in  
Trippelschritten:  
Die elektronische  
Patientenakte für  
alle lässt weiter auf  
sich warten.**



Durchschnittspreis für patentgeschützte Arzneimittel hat sich innerhalb von nur zehn Jahren verfünffacht. Um die finanzielle Handlungsfähigkeit der GKV langfristig sicherzustellen, ist eine Weiterentwicklung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) vom Januar 2011 notwendig. Der Gesetzgeber muss die Parameter zur Preisfindung überarbeiten und dafür sorgen, dass die verhandelten Erstattungspreise rückwirkend ab dem ersten Tag der Markteinführung gelten.

**Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger gewinnen.** Genügend Potenzial für eine „neue Gesundheitspolitik“, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt und Vertrauen bei den Bürgerinnen und Bürgern zurückgewinnen kann, ist im Koalitionsvertrag vorhanden. Die wichtigen Reformthemen, die bei richtiger Umsetzung unmittelbar Versicherten und Patienten zugute kämen, sind benannt: bessere Personalausstattung, Telemedizin und digitale Unterstützungsangebote bei Krankenkassen und Leistungserbringern, die Integration der Versorgungssektoren und eine bessere Notfallversorgung. Hier gibt es für Union und SPD viele Gelegenheiten zu punkten. Damit aber der Nutzen für Versicherte und Patienten auch tatsächlich handlungsleitend wird, muss in der Umsetzung des Koalitionsvertrages an vielen Stellen noch nachgebessert werden. Dafür hat die GroKo einen Vertrauensvorschuss verdient. ■

**Kai Senf** ist Geschäftsführer Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Kai.Senf@bv.aok.de**

*Mehr Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Medienservice > ams-Politik 2/2018*

*Statements zum Koalitionsvertrag auf den beiden folgenden Seiten.*