



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Mai 2022, 22. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Larissa Zwar*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2

Drei Fragen an

Christine von Arnim, Abteilung für Geriatrie,
Universitätsmedizin Göttingen 3

Buchtipps

von *Heike Ohlbrecht*, Lehrstuhl für allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie,
Institut für Gesellschaftswissenschaften, Universität Magdeburg 4

WIDO

Heilmittelbericht

Weniger Heilmittelbehandlungen bei Kindern 5

Krankenhaus-Report

Patientenversorgung während der Corona-Pandemie 6

Qualität in der stationären Langzeitpflege

Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Gesundheitspolitik und Koalitionsverträge

Koalitionsvertrag: von persönlichen Absprachen bis zur ausbalancierten Roadmap

Robert Paquet, Observer Gesundheit, Berlin
und *Wolfgang Schroeder*, Universität Kassel 7

Generationengerechtigkeit: kein zweckmäßiges Kriterium im Kontext der Sozialversicherung

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin ... 15

Der Ampel-Koalitionsvertrag: von neuen Rollen und alten konstitutionellen „Gewissheiten“

Christopher Hermann 22

STUDIE IM FOKUS

Verringerte Antibiotikagabe bei Kleinkindern mit ambulant erworbener Lungenentzündung 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Wenn die Welt sich ändert, dann müssen sich auch unsere Antworten darauf ändern.“ Mit diesem etwas ungelassenen Satz rechtfertigte Bundesaußenministerin Annalena Baerbock Ende April, warum sie und ihre grünen Ministerkollegen dem 100-Milliarden-Euro-Paket für die Bundeswehr zugestimmt haben, obwohl weder das aktuelle Parteiprogramm von Bündnis 90/Die Grünen noch der Ampel-Koalitionsvertrag irgendetwas dergleichen vorsieht. Wahlprogramme und Koalitionspapiere sind Absichtserklärungen; sie bieten eine grobe Orientierung, was Parteien sich zu einem bestimmten Zeitpunkt für die nächsten Jahre zu tun vornehmen. Sie haben keinen juristisch einklagbaren Vertragsstatus und können – auch angesichts nicht vorhersehbarer Ereignisse – in Gänze oder in Teilen zu Makulatur verkommen.

Wie sich Koalitionsverträge und insbesondere deren gesundheitspolitischer Part in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt haben, schildern **Robert Paquet** und **Wolfgang Schroeder** in der ersten unserer drei Analysen. Dabei geben sie auch einen Einblick, welche Projekte nicht umgesetzt wurden und was im Unterkapitel „Pflege und Gesundheit“ des aktuellen Koalitionsvertrages steht. Eine detaillierte Bewertung dieser Ankündigungen nimmt **Christopher Hermann** in der dritten Analyse vor. Eine seiner Thesen: In den vergangenen Jahrzehnten sind die Krankenkassen vom Payer zum Player ernannt worden, doch inzwischen geht die Reise wieder zurück und der Koalitionsvertrag bringt wenig strukturell Neues. In der zweiten Analyse schaut sich **Klaus Jacobs** ein Modewort an, das inzwischen auch Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck in Bezug auf die Sozialsysteme bemüht: die Generationengerechtigkeit. Er zeigt auf, in welchen Kontexten was mit diesem Terminus gerechtfertigt und was damit vielleicht eher kaschiert wird.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Ihre GGW-Redaktion

One Health

Neues Helmholtz-Institut nimmt Arbeit auf

Ende April ist in Greifswald/Mecklenburg-Vorpommern ein neues Institut des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung eröffnet worden. Das Helmholtz-Institut für One Health (HIOH) wird sich mit den Schnittstellen zwischen der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt, der Bedrohung durch neuartige Krankheitserreger sowie der Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen befassen. ■

Mehr Informationen:

onehealth-greifswald.de/hzi-hioh

Forschungsförderung

Kassenärzte fördern Versorgungsforschung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung stellt 250.000 Euro für Forschungsprojekte zu den Gesundheitsfolgen von Corona, zu ambulanten Leistungen an Kliniken, zur Arzneimittelversorgung und zu neuen Technologien in der ärztlichen Versorgung bereit. Eine Förderung kann auch im themenoffenen Bereich beantragt werden. Die Antragsfrist endet am 31. Juli 2022. ■

Mehr Informationen:

zi.de > **Ausschreibungen** > **Forschungsförderung**

Statistik

Suchtverhalten in Pandemiezeiten

Die im April erschienene aktuelle Ausgabe des DHS-Jahrbuchs Sucht 2022 liefert unter anderem Zahlen und Fakten zu Suchtverhalten und Suchtmittelkonsum unter Corona-Bedingungen. Das jährlich erscheinende Standardwerk wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen herausgegeben und zeichnet die Entwicklung und Trends bei verschiedenen Süchten nach. ■

Mehr Informationen:

dhs.de > **Unsere Arbeit** > **DHS Jahrbuch Sucht**

ZEITSCHRIFTENSCHAU



Von

Dr. Larissa Zwar, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Adresse:

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Telefon:

040 7410-59090

Fax: 040 7410 - 40261

E-Mail: l.zwar@uke.de

Web: uke.de > Kliniken

& Institute > Institute >

Gesundheitsökonomie

und Versorgungsforschung

Angehörige pflegen nicht nur zu Hause

Angehörige leisten einen Großteil der Pflege für ältere Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld. Dass diese informelle Pflege auch mit dem Übergang in ein Pflegeheim, Altersheim oder betreutes Wohnen nicht endet, zeigten Forscherinnen der Universität Pennsylvania anhand zweier repräsentativer Panelstudien. Der Umfang der informellen Pflege war zwar geringer, doch die Angehörigen leisteten auch in diesen Einrichtungen weiterhin Unterstützung bei Mobilität, Haushalt und Selbstfürsorge. Die Forscherinnen empfehlen, die Angehörigenpflege auch im stationären Versorgungssystem zu berücksichtigen, Unterstützung für pflegende Angehörige zu gewährleisten und sie auch in Überlegungen zum Personalbedarf in Notsituationen wie der Corona-Pandemie einzubeziehen, die die Angehörigen weitgehend aus dem stationären Kontext ausschloss. ■

Health affairs. doi: 10.1377/hlthaff.2021.01239

Informelle Pflege in Pandemiezeiten

Die informelle Pflege für die Risikogruppe älterer Personen mit Pflegebedarf während der Corona-Pandemie stand im Zentrum einer repräsentativen Studie aus Deutschland. Danach gab es während der Pandemie eine erhöhte Belastung der Pflegenden und Einschränkungen in der Versorgung, unter anderem durch einen höheren Zeitbedarf, weniger Unterstützung durch am-

bulante Pflegedienste, Sorge um die Sicherheit der Gepflegten und den eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung und stationären Einrichtungen. Die Ergebnisse zeigen den Forschenden zufolge den dringenden Bedarf für ein Konzept zur Gewährleistung von Versorgung und Pflege älterer Pflegebedürftiger sowie zur Unterstützung pflegender Angehöriger in Notfallsituationen. ■

Aging Ment Health. doi: 10.1080/13607863.2021.1989377

Pflege und sozioökonomische Faktoren

Die informelle Pflege älterer Menschen wird häufiger von Personen mit geringeren sozioökonomischen Ressourcen geleistet. Außerdem ist sie in Ländern mit höherer Einkommensungleichheit und mit geringeren Sozialausgaben weiter verbreitet. Das ist das Ergebnis zweier repräsentativer europäischer Panelstudien. Demnach können neben individuellen auch gesellschaftliche sozioökonomische Bedingungen zu einer ungleichen Verteilung von informeller Pflege innerhalb der europäischen Bevölkerung beitragen. Die Autoren folgern daraus, dass eine gerechtere Ressourcenverteilung und höhere Sozialausgaben einen wichtigen Beitrag dazu leisten könnten, zu vermeiden, dass soziale Ungleichheiten in der Pflege verstärkt werden. ■

Eur J Ageing. doi: 10.1007/s10433-021-00666-y

Online-Datenbank**Weiterbildung an deutschen Hochschulen**

Ein neues Internetportal soll künftig alle Weiterbildungsangebote deutscher Hochschulen – vom Seminar bis zum weiterbildenden Studium – bündeln: „hoch & weit – Das Weiterbildungsportal der Hochschulen“ wird von der Hochschulrektorenkonferenz aufgebaut und betrieben und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. ■

Mehr Informationen:
hoch-und-weit.de

Medizinische Forschung**Mehr Sicherheit für digitale Datenspenden**

Wie das freiwillige Teilen von klinischen Daten sicher umgesetzt werden kann, wollen das FZI – Forschungszentrum Informatik, die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg und die Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin in den kommenden zwei Jahren im Projekt SouveMed gemeinsam erforschen. Ziel sind neue Ansätze, um Ethik, Datenschutz und den zweckgebundenen Einsatz der gespendeten Daten zu gewährleisten. ■

Mehr Informationen:
souvedmed.de

Kooperation**Grundlagenforschung zu Alter und Gesundheit**

Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wird künftig durch das neue SHARE Berlin Institut betrieben, dessen Gründungspartner das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin), die Charité – Universitätsmedizin Berlin

und das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) sind. SHARE ist eine europäische Forschungsinfrastruktur, die seit 2004 die Lebenssituation der europäischen

Bevölkerung untersucht und auf dieser Basis auch evidenzbasierte Politikberatung betreibt. ■

Mehr Informationen:
share-eric.eu

DREI FRAGEN AN ...**Geriatrer sind Netzwerker zwischen den Disziplinen**

... Prof. Dr. Christine von Arnim, Direktorin der Abteilung für Geriatrie an der Universitätsmedizin Göttingen

Forschungsschwerpunkte:
Zusammenwirken von Herz und Hirn bei Alterserkrankungen

Jahresetat:
keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden:

1 Universitätsprofessorin,
4 Postdoktoranden und
Clinician Scientists,
9 Doktoranden (PhD und
Medizin-Doktoranden),
2 Mitarbeiterinnen
in Sekretariat und IT,
2 technische Angestellte,
2 studentische Mitarbeiter

Adresse:
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Geriatrie
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Telefon: 0551 39-62150
E-Mail: christine.arnim@med.uni-goettingen.de
Web: umg.eu > Einrichtungen >
Kliniken & Klinische Abteilungen
> Abteilung Geriatrie

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Das ist aktuell die Frage, wie wir langfristig den Gesundheitszustand von älteren herzkranken Patienten verbessern können. Studien zeigen, dass eine gezielte Vorbereitung auf einen Eingriff am Herzen, eine sogenannte Prähabilitation, das Ergebnis erheblich verbessern kann. Wir haben dafür das zweiwöchige Therapiekonzept „PRECOVERY“ entwickelt, das psychische, physio- und ergotherapeutische Aspekte, eine Ernährungsberatung und Gespräche mit Angehörigen umfasst.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

In Göttingen liegt ein Fokus auf dem organübergreifenden Zusammenwirken von Herz und Hirn. Gemeinsam mit Grundlagenwissenschaftlern und Klinikern entwickeln wir gerade ein Graduiertenkolleg. So wird schon in der akademischen Ausbildung ein Grundstein für das Netzwerken gelegt. Wir Geriatrer sind traditionell Netzwerker zwischen Disziplinen und Professionen. In unserem Klinikteam arbeiten über acht Berufsgruppen zusammen für die Genesung der hochaltrigen Patienten. Erfolgsgrundlage ist die enge Kommunikation im Team. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit wird in der Medizin immer wichtiger.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Es ist essenziell, dass politische Entscheidungen auf einer möglichst guten Wissensbasis getroffen werden. In der Pandemie konnten wir in vielen Bereichen lernen, wie Wissen entsteht, dass es ein ständiger Prozess des Lernens und Weiterentwickelns ist. Es wurde deutlich, dass wissenschaftliche Erkenntnisse kurzfristig und nutzbringend in politische Entscheidungen einfließen müssen.

Studium I
Masterstudiengang Neuroscience

Zum Wintersemester 2022/23 bietet die Johannes-Gutenberg-Universität Mainz erstmals einen Masterstudiengang Neuroscience an. Im Zentrum des durchgängig in englischer Sprache angebotenen Studiums steht die Funktionsweise von komplexen Nervensystemen. Als Grundlage für das stark naturwissenschaftlich ausgerichtete Studium werden Bachelorstudiengänge wie Biologie, Molekulare Biologie, Biochemie, Biomedizin, Molekulare Medizin, Biophysik und Bioinformatik empfohlen. ■

Mehr Informationen:
<https://www.bio.uni-mainz.de/master-neuroscience/>

Studium II
Weiterbildungsstudium Schlaganfallmedizin

Die Medizinische Fakultät der Universität Bern, das Stroke Center des Inselspitals/Universitätsspital Bern und die European Stroke Organisation bieten ab dem Frühjahr 2022 einen Weiterbildungsstudiengang „MAS Stroke Medicine“ an. Das modulare Angebot für Mediziner und andere Angehörige der Gesundheitsberufe soll das gesamte Spektrum der Schlaganfallversorgung und -forschung abdecken. Die Unterrichtssprache ist Englisch, die Kosten betragen 20.000 Schweizer Franken. ■

Mehr Informationen:
unibe.ch > Weiterbildung > Weiterbildungsangebote > MAS > MAS in Stroke Medicine

Studium III
Masterstudium Medical Leadership

Die SRH Hochschule Heidelberg hat in diesem Frühjahr ihr Angebot am Campus Stuttgart um den neuen Executive Master of Business Administration (MBA) „Medical Leadership und Strategisches Management“ erweitert. Das auf 24 Monate angelegte berufsbegleitende Studium soll Ärzte auf Leitungspositionen in Gesundheitseinrichtungen vorbereiten und ihnen unter anderem anwendungsorientierte Kompetenzen in Führung, Management und Recht vermitteln. Die Gesamtkosten liegen bei 19.200 Euro. ■

Mehr Informationen:
srh-hochschule-heidelberg.de/mba

BUCHTIPPS

Zum Thema Qualitative Gesundheitsforschung



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Heike Ohlbrecht**, Inhaberin des Lehrstuhls für allgemeine Soziologie/ Mikrosoziologie am Institut für Gesellschaftswissenschaften der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Zschokkestraße 32
39104 Magdeburg
Telefon: 04391 6756536
E-Mail: heike.ohlbrecht@ovgu.de
Web: soz.ovgu.de
Mikrosoziologie

Autoren und Titel	Inhalt
<p><i>Carsten Detka</i> Qualitative Gesundheitsforschung Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis</p>	<p>Der transdisziplinäre Sammelband zu Gesundheits- und Krankheitsphänomenen vereint Zugänge aus der Soziologie, Medizin, Psychotherapie, Pflegewissenschaft, Bildungswissenschaft und Linguistik, unterschiedliche methodische</p> <p>Perspektiven sowie verschiedene Methoden der qualitativen Datenerhebung und -analyse. Der Autor hinterfragt diese kritisch und arbeitet zugleich praxisnahe Erkenntnisperspektiven heraus. (Verlag Barbara Budrich 2016)</p>
<p><i>Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.)</i> Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung</p>	<p>Auch in der Gesundheitsforschung setzen sich qualitative Forschungsstrategien immer stärker durch. Dieser interdisziplinäre Sammelband eignet sich gut zum Einstieg und als Überblick über dieses Wissensgebiet. Er setzt sich mit den</p> <p>Erkenntnischancen qualitativer Gesundheitsforschung in unterschiedlichen Bereichen auseinander und geht auch auf Überlegungen zur Weiterentwicklung der qualitativen Methoden ein. (Beltz Juventa 2020)</p>
<p><i>Stefan Drefßke</i> Empfindliche Körper Kopfschmerzpraktiken zwischen Alltag und Medizin. Zur Deutung von Kopfschmerzen in den Empfindlichkeitsnetzen sozialer Milieus und der Medizin – eine soziologische Untersuchung</p>	<p>Kopfschmerzen gelten, wie andere Schmerzempfindungen, im Alltagsverständnis zunächst als biologisch und physisch verursachte Phänomene, die ausschließlich subjektiv beziehungsweise individuell erlebt und in einem (bio-)medizinischen Setting verhandelt werden. Der Autor zeigt an diesem Beispiel,</p> <p>dass das vermeintlich subjektive Erleben von Empfindlichkeiten und der Umgang mit diesen soziokulturell überformt ist. Erkrankungen wie Kopfschmerzen unterliegen unterschiedlichen soziokulturellen Empfindlichkeitsregimen, die sich im 21. Jahrhundert erheblich gewandelt haben. (Transcript Verlag 2021)</p>

Foto: Jana Dünnhaupt/Uni Magdeburg

Heilmittelbericht

Weniger Heilmittelbehandlungen bei Kindern

Die Corona-Pandemie hat insbesondere Kindern und Jugendlichen viel abverlangt. Schulschließungen und der erste umfassende Lock-down haben die zur Entwicklung notwendigen Lern- und Erfahrungsorte stark reduziert. Wie sich die Pandemie auf die ergo- und sprachtherapeutische Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen ausgewirkt hat, zeigt der aktuelle Heilmittelbericht.

Rund 302 Millionen einzelne Heilmittel-Behandlungssitzungen wurden 2020 für gesetzlich Versicherte abgerechnet. Gegenüber 2019 ist das mit 4.117 Behandlungen je 1.000 GKV-Versicherte ein Rückgang von 5,8 Prozent. Den stärksten Einbruch bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln gab es zu Beginn der Pandemie im 2. Quartal 2020. Im weiteren Verlauf zeigten sich dann leichte Nachholeffekte und eine Normalisierung der Inanspruchnahme gegen Ende des Jahres.

Nicht in allen Altersgruppen oder Leistungsbereichen war der Rückgang der Therapien gleich stark ausgeprägt. Auffällig ist, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, bei denen die Heilmitteltherapien überwiegend bei Entwicklungsstörungen eingesetzt werden, hiervon stärker betroffen waren. So betrug der Rückgang in der Ergotherapie insgesamt 2,2 Prozent, in der therapieintensivsten Altersgruppe, bei den Fünf- bis Neunjährigen, jedoch 9,1 Prozent gegenüber dem Durchschnittswert der drei Vorjahre (siehe Abbildung). Auch bei der Physiotherapie lag der Rückgang in dieser Altersgruppe mit 12 Prozent deutlich höher als der durchschnittliche Rückgang über alle Altersgruppen (knapp 2 Prozent). Eine geringere Inanspruchnahme von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gegenüber dem Durchschnitt von 2017 bis 2019 zeigte sich in allen Altersgruppen, besonders bei den – vergleichsweise seltener behandelten – Hochaltrigen. In der Altersgruppe der bis Vierjährigen, in der fast ausschließlich Sprachentwicklungsstörungen behandelt werden, betrug der Rückgang aber immer noch 5,5 Prozent und in der mit großem Abstand therapieintensivsten Altersgruppe, bei den Fünf- bis Neunjährigen, 4,3 Prozent.

Für den Heilmittelbericht 2021/2022 hat das WIdO die insgesamt rund 43,8 Millionen Heilmittelleistungen ausgewertet, die 2020 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden. Ein weiterer Fokus neben der Inanspruchnahme der Therapien lag auf der Umsatzentwicklung, die maßgeblich von den gesetzlichen Neuregelungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) mit der Umstellung der regionalen Preise auf bundeseinheitliche Höchstpreise beeinflusst wurde. ■



Waltersbacher A:
Heilmittelbericht 2021/2022.
Ergotherapie, Sprachtherapie,
Physiotherapie, Podologie.
Berlin: WIdO, 61 Seiten
[wido.de/publikationen-produkte/
buchreihen/heilmittelbericht/
2021/](http://wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/2021/)

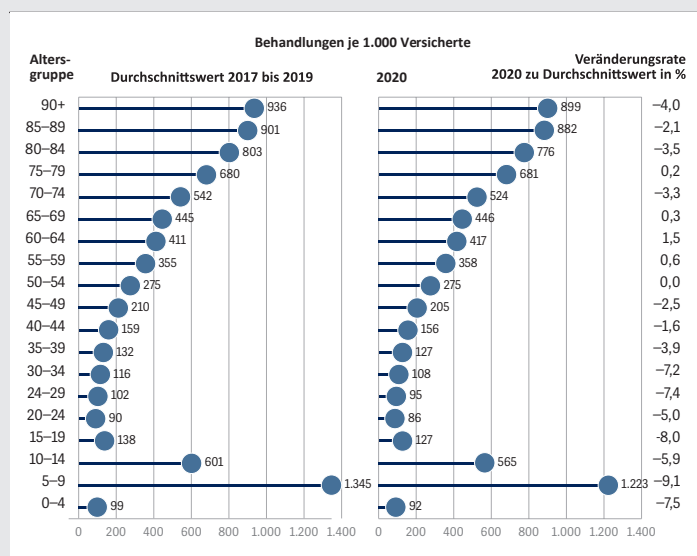


Foto: AOK-Bundesverband

Andrea Waltersbacher ist Projektleiterin des Heilmittel-Informations-Systems (AOK-HIS) im WIdO.

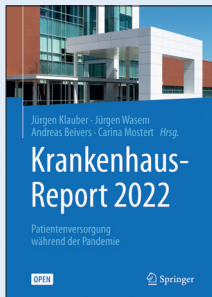
„Es bleibt abzuwarten, welche nachteiligen Auswirkungen die Schul- und Kitaschließungen und die geringere Inanspruchnahme von Ergo- und Sprachtherapie während der Pandemie auf die Entwicklung der Kinder haben wird.“

Vergleich der ergotherapeutischen Behandlungen



Quelle: GKV-HIS 2018-2021, WIdO

WIdO-TICKER: Anmeldung zum WIdO-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ Aktuelle Stellenausschreibungen unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ GGW auf der WIdO-Website unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ Kontakt zum WIdO unter Telefon 030 34646-2393



Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2022. Patientenversorgung während der Pandemie. Berlin: Springer, ca. 450 Seiten, 42,79 Euro; ISBN 978-3-662-64684-7 eBook 978-3-662-64685-4, kostenloser Download: wido.de > Publikationen & Produkte > Buchreihen > Krankenhaus-Report > Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie

Krankenhaus-Report

Patientenversorgung während der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat das gesamte Gesundheitssystem vor große Herausforderungen gestellt. Dies gilt insbesondere für den stationären Bereich, wie der aktuelle Krankenhaus-Report zeigt.

Im stationären Bereich wurden nicht nur die besonders schweren Corona-Fälle behandelt. Aufgrund der hohen Infektionsgefahr mussten hier auch in besonderem Maße Abläufe umgestaltet und gleichzeitig die Versorgung der Patienten ohne Covid-19 so weit wie möglich aufrechterhalten werden.

Zum ersten Mal seit Jahrzehnten gingen im Jahr 2020 die Krankenhausleistungen im Vergleich

zum Vorjahr im zweistelligen Prozentbereich zurück. Dieses verringerte Leistungsniveau setzte sich 2021 fort und ging mit einer deutlichen strukturellen Verschiebung der Leistungen einher. Der Großteil der dadurch entstandenen finanziellen Einbußen der Kliniken wurde durch den Staat ausgeglichen. Für die Zukunft stellt sich die Frage, welche Lehren für die Bewältigung derartiger Krisen im Bereich der stationären Versorgung zu ziehen sind und wie Organisation und Finanzierung der stationären Leistungserbringung zukunftsfähig aufgestellt werden können.

Der Krankenhaus-Report 2022 greift mit dem Schwerpunkt

„Patientenversorgung während der Pandemie“ Themen der Versorgung von Corona-Patienten, aber auch die Auswirkungen der Pandemie auf die onkologische, die Herzinfarkt- und die Schlaganfallversorgung auf. Neben den indikationsbezogenen Perspektiven wird auch auf die „Lessons learned“ der Pandemie und die Krankenhausfinanzierung in Krisenzeiten eingegangen. Weitere Beiträge beleuchten die in der Pandemie neu aufgesetzten Prozesse der Versorgungssteuerung und ihre Auswirkungen auf die stationäre Versorgung in den Kliniken selbst, auf regionaler und auf Bundesebene. ■

Qualität in der stationären Langzeitpflege

Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten

In Deutschland leben ca. 700.000 gesetzlich Versicherte dauerhaft im Pflegeheim.

Um ihre pflegerische und medizinische Versorgung bewerten und gezielt verbessern zu können, führte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gemeinsam mit dem aQua-Institut GmbH und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Ostfalia das zweijährige Innovationsfonds-Projekt „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)“ durch. Mit Abschluss des Projekts im März 2022 liegen nun zwölf

Qualitätsindikatoren vor, die auf Basis der Routinedaten von AOK-Kranken- und Pflegekasernen entwickelt wurden und den Fokus auf berufs- und sektorenübergreifende Versorgungsaspekte legen. Das Indikatorenset liefert nach Einrichtungen differenzierte Hinweise zu Auffälligkeiten wie Unter- oder Fehlversorgungen. Die Indikatoren sind so ausgewählt und konzipiert, dass sie relevante, beeinflussbare Versorgungsdefizite adressieren. Die Implikationen für die praktische Anwendung sind vielfältig und reichen von der Initiierung und Fundierung

interner Qualitätsentwicklung und berufsgruppenübergreifender Qualitätsdialoge über die potenzielle Ergänzung der gesetzlichen Qualitätssicherung bis hin zur Nutzung für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Der mehrbändige Ergebnisbericht zu Methodik, Evidenz und empirischen Ergebnissen für jeden Indikator steht nun auf der WIdO-Webseite zum kostenlosen Download bereit. ■

wido.de > Forschung & Projekte > Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: 5. QMR-Kongress – Versorgungsqualität gestalten, Berlin 05/22: **Christian Günster:** „Risikoadjustierung im QSR-Verfahren“, **Dr. Elke Jeschke:** „Qualitätsergebnisse in der Endoprothetik“, **Dr. Janine Kröger:** „Qualitätsindikatoren zur transkatheter Aortenklappenimplantation (TV-TAVI)“

Koalitionsvertrag: von persönlichen Absprachen bis zur ausbalancierten Roadmap

von Robert Paquet¹ und Wolfgang Schroeder²

ABSTRACT

In den ersten Jahren der Bundesrepublik Deutschland bildeten persönliche Absprachen zwischen den Parteispitzen die Basis für die Arbeit der neu zusammengesetzten Regierung. Heute werden Koalitionsverträge detailliert ausgehandelt und sind später in einem konsentierten Dokument nachzulesen. Häufig werden darin die anstehenden Aufgaben neu justiert und Lösungsschritte vereinbart. Der aktuelle Koalitionsvertrag bildet das Dach für die erste echte Koalition von drei Parteien. Trotz divergenter Interessen und zuweilen diffuser Orientierung könnte er die Grundlage für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik in der 20. Wahlperiode bilden.

Schlüsselwörter: Koalitionsvertrag, Gesundheitspolitik

In the early years of the Federal Republic of Germany, personal agreements between party leaders constituted the basis for the work of the newly formed government. Today, however, coalition agreements are being negotiated in detail and after the negotiations the parties publish a consented version of the agreement. In these publications the upcoming tasks are often readjusted, steps towards their solutions are sketched. The current coalition agreement forms the umbrella for the first real coalition of three parties. Despite divergent interests and sometimes diffuse orientation, it could form the basis for a successful health policy in the 20th electoral period.

Keywords: coalition agreement, health policy

1 Einleitung

Der Koalitionsvertrag gilt heute in der Bundesrepublik als öffentliches Basisdokument für eine Legislaturperiode. Das war nicht immer so. In den ersten Jahren der Republik bildeten persönliche Absprachen zwischen den Parteispitzen das Fundament für die Zusammenarbeit. Diese im Vertrauen entstandenen Festlegungen bildeten den Grundstock, der später teilweise in der Regierungserklärung öffentlich gemacht wurde. Heute haben Koalitionsverträge einen umfassenden und transparenten Charakter und dienen dazu, Aufgaben zu justieren und Lösungsschritte zu vereinbaren. Die Umsetzung in Regierungshandeln hängt auch von den federführenden Personen ab, insbesondere von den zuständigen Ministerinnen und Ministern (Tabelle 1) – je unbestimmter der Vertrag ist, desto mehr. Der vorliegende Koalitionsvertrag bildet das Dach für die erste echte Koalition von drei Parteien.

2 Bedeutung und Stellenwert eines Koalitionsvertrages

2.1 Historischer Rückblick und formale Entwicklungsschritte

Regierungen werden in Deutschland üblicherweise in Form von Koalitionen gebildet. Minderheitsregierungen und wechselnde Mehrheiten während einer Wahlperiode hat es auf Bundesebene bisher nicht gegeben. Der Regelfall ist, dass die gebildeten Koalitionen die gesamte Legislaturperiode zusammenhalten, um ihren Regierungsauftrag zu realisieren. Dass dies nicht nur in Italien, wo seit 1945 über 60 Regierungen agierten, keinesfalls selbstverständlich ist, dafür stehen die auch in Deutschland vorzeitig aufgelösten Regierungskoalitionen (1972, 1982 und 2005). Um über die gesamte Wahlperiode hinweg als Regierung mit stabiler parlamentarischer

¹ Dr. rer. pol. Robert Paquet, Observer Gesundheit · Duisburger Straße 7 · 10707 Berlin · Telefon 030 88680734 · E-Mail: rp@robert-paquet.de

² Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Schroeder, Lehrstuhl „Politisches System der Bundesrepublik/Staatlichkeit im Wandel“ am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel · Nora-Platiel-Straße 1 · 34109 Kassel · Telefon 0561-804-3096 · E-Mail: wolfgang.schroeder@uni-kassel.de

Unterstützung zu arbeiten, bedarf es bereits in der Startphase der neu gebildeten Regierung anspruchsvoller Vorarbeiten und Haltelinien, wozu auch die Koalitionsverträge zählen. Für die Regierungsbildung auf Bundesebene „gibt es keine verfassungsrechtlichen Verfahrensvorgaben und Fristen“ (Grotz und Schroeder 2021, 284). Es gibt keinen Präsidenten, der üblicherweise den Führer der stärksten Partei beauftragt, eine Regierung zu bilden oder dafür eine parlamentarische Mehrheit zu suchen. Der Bundespräsident schlägt zwar nach Artikel 63 des Grundgesetzes dem Bundestag einen Kanzlerkandidaten vor. Er wird dies jedoch nur tun, wenn dieser Kandidat die Aussicht hat, auch gewählt zu werden. Dazu bedarf es einer Mehrheit, die in Deutschland seit Langem nur durch die Bildung von Koalitionen erreicht werden kann.

Die Koalitionsbildung hat sich über die Jahrzehnte in der politischen Praxis eingespielt. Dabei hat sich ein idealtypisches Verlaufsmuster herausgebildet: „Zunächst kommen die Partei- und Fraktionsvorsitzenden der prospektiven Bündnispartner zu Sondierungsgesprächen zusammen, in denen die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft und Passfähigkeit ermittelt werden. Normalerweise ist diese Phase recht kurz. Nur nach der Bundestagswahl 2017 zog sie sich über einen Monat hin, als Union, Grüne und FDP die Bildung eines auf Bundesebene neuartigen Bündnisses ausloteten. Dabei wurde bereits in größerer Runde verhandelt; zudem gingen die Gespräche bis in einzelne Details, scheiterten aber am Ende“ (ebenda, 284). Zum Misserfolg hat auch beigetragen, dass das gesamte Verfahren im grellen Licht der öffentlichen Beobachtung stattfand. Dabei zeigte sich, dass das bei Sondierungen zwingend erforderliche Ausloten von Kompromissen erschwert wird, wenn die Medien täglich bewerten, wer Tagesieger und wer auf der Verliererstraße ist. Die Verhandler der neuen Ampel haben daraus die Konsequenz eines strengen Schweigegebots gezogen. Nach dem Scheitern der Jamaika-Verhandlungen gab es innerhalb der Sozialdemokratie massive Widerstände gegen eine erneute Zusammenarbeit mit der CDU/CSU. Erst nach der knappen Zustimmung eines Sonderparteitags Anfang 2018 durfte die SPD Koalitionsverhandlungen mit der Union aufnehmen.

In den ersten beiden Wahlperioden der Bundesrepublik gab es nur nicht veröffentlichte Koalitionsabsprachen in Form von Briefwechseln zwischen den Parteien (KAS; FES). In der dritten Wahlperiode (1957–1961) gab es erstmals eine achtseitige, nicht veröffentlichte Vereinbarung, in der ein Krankenhaus- und ein Arzneimittelgesetz sowie die Reform der Krankenversicherung als vordringlich bezeichnet wurden. Darüber hinaus gab es nichts zur Gesundheitspolitik. Diese Vereinbarung wurde erst durch den Nachlass des damaligen Ministers für Bundesratsangelegenheiten, Hans-Joachim von Merkatz, bekannt (KAS). Allerdings wurde darin auch bereits der Modus der parlamentarischen Zusammenarbeit und die Bildung eines Koalitionsausschusses angesprochen.

Den ersten wirklich (allerdings unbeabsichtigt) veröffentlichten Koalitionsvertrag gab es 1961 zwischen CDU/CSU und FDP (KAS). Er umfasste rund neun Seiten und zeigte seine Besonderheit bereits in der Reihenfolge der Themen. Die Regelungen zur Zusammenarbeit der Koalitionsfraktionen (unter anderem Bildung eines Koalitionsausschusses und Abschluss wechselnder Mehrheiten) wurden nach vorn gezogen. Bereits im ersten Absatz stand die damals spektakuläre, von der FDP durchgesetzte Vereinbarung, dass der Bundeskanzler zur Mitte der Wahlperiode zurücktreten werde. Die Gesundheitspolitik wurde lediglich mit zwei Sätzen bedacht: „Die Bundesregierung wird den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenversicherung vorlegen. Die Krankenversicherungsreform muss zu einer Stärkung der Selbstverantwortung führen“ (KAS → *Koalitionsabkommen vom 20. Oktober 1961*, 7). Bereits hier zeigte sich, dass in der Vorperiode gescheiterte Vorhaben in den Folge-Vereinbarungen recycelt werden. In der Ära Kiesinger wurde der Koalitionsausschuss erstmals als Gremium zur Konfliktlösung („Kressbronner Kreis“) genutzt; in späteren Koalitionsverträgen wurde dieses Format formell weiter ausgebaut.

In der ersten Großen Koalition und den nachfolgenden sozialliberalen Koalitionen gab es keine förmlichen Vereinbarungen. Die gemeinsamen politischen Absichten wurden in den Regierungserklärungen der Kanzler im Bundestag veröffentlicht, also erst nach der eigentlichen Regierungsbildung. Schriftliche Vereinbarungen gab es erst wieder für den Rest der 9. Wahlperiode, nach dem Scheitern der sozialliberalen Koalition. Nach heutigen Maßstäben waren die Koalitionsvereinbarungen der schwarz-gelben Koalitionen überwiegend kurz. Im Laufe der Zeit bürgerte sich jedoch eine Gliederung in Kapitel ein. Im Jahr 1994 wurde das Dokument erstmals von den Parteivorsitzenden unterzeichnet und bekam ein Motto: „Das vereinte Deutschland zukunftsfähig machen“. So entwickelte sich das Format der Koalitionsverträge von rudimentären Texten zu einem ausgeformten institutionellen Rahmen.

Mit der ersten rot-grünen Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998, die unter dem Motto „Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert“ stand, begann eine neue Ära der politischen Inszenierung. Zum ersten Mal wurde die Unterzeichnung durch die Partei- und Fraktionsvorsitzenden öffentlich vollzogen und gefeiert. Das Dokument umfasste 52 Druckseiten, davon knapp anderthalb zur Gesundheitspolitik, die sich vor allem mit einem Vorschaltgesetz beschäftigten. Dieses sollte mehrere Leistungseinschränkungen der Vorgängerregierung zurücknehmen (SPD, *Bündnis 90/Die Grünen 1998*, 25). Die Koalitionsvereinbarung von 1998 prägte die inzwischen klassische Gliederung in drei Kernbestandteile: 1. Die wichtigsten Ziele und Maßnahmen der Regierungspolitik, 2. Die Arbeitsweise und die Entscheidungsverfahren innerhalb des Regierungsbündnisses (zum Beispiel die Bestimmung eines Koalitionsausschusses zur Lö-

TABELLE 1

Gesundheitsminister seit 1998

Koalition	Minister	Biografische Daten
SPD und Bündnis 90/Die Grünen (1998–2005)	Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen)	Alter bei Amtsübernahme: 38 (*14.01.1960) Beruflicher Hintergrund: Volkswirtin Amtsausübung: 27.08.1998–12.01.2001
CDU/CSU/SPD (2005–2009)	Ulla Schmidt (SPD)	Alter bei Amtsübernahme: 51 (*13.06.1949) Beruflicher Hintergrund: Lehrerin für Sonderpädagogik Amtsausübung: 12.01.2001–27.08.2009
CDU/CSU und FDP (2009–2013)	Philipp Rösler (FDP)	Alter bei Amtsübernahme: 36 (*24.02.1973) Beruflicher Hintergrund: Mediziner Amtsausübung: 28.08.2009–12.05.2011
	Daniel Bahr (FDP)	Alter bei Amtsübernahme: 34 (*04.11.1976) Beruflicher Hintergrund: Bankkaufmann, Volkswirt Amtsausübung: 12.05.2011–17.12.2013
CDU/CSU und SPD (2013–2021)	Hermann Gröhe (CDU)	Alter bei Amtsübernahme: 52 (*25.02.1961) Beruflicher Hintergrund: Jurist Amtsausübung: 17.12.2013–14.03.2018
	Jens Spahn (CDU)	Alter bei Amtsübernahme: 37 (*16.05.1980) Beruflicher Hintergrund: Bankkaufmann, Politologe Amtsausübung: 14.03.2018–08.12.2021
SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021–)	Karl Lauterbach (SPD)	Alter bei Amtsübernahme: 57 (*21.02.1963) Beruflicher Hintergrund: Epidemiologe Amtsausübung: 08.12.2021–heute

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

sung eventueller Konflikte, Zusammenarbeit der Fraktionen im Bundestag und Kooperation im Kabinett), 3. Die Aufteilung der Ministerien unter den Parteien und die Abgrenzung des Ressortzuschnitts (*Grotz und Schroeder 2021, 285 f.*).

Der Begriff Koalitionsvertrag wurde erstmals 2002 verwendet. Unter dem Motto: „Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit“ umfasste dieses Schriftstück bereits 72 Druckseiten. Bezeichnend, auch für die späteren Koalitionsverträge, ist der zunehmende Textumfang im Bereich der Maßnahmen und Ziele (Tabelle 2). Die Vereinbarungen sind im Laufe der Zeit detaillierter geworden und haben sich „auf Bundesebene zu politisch ‚verbindlichen Vollprogrammen‘ entwickelt“ (*ebenda, 286*). Der aktuelle Koalitionsvertrag bringt es auf 179 Seiten, davon acht zu den Themen Gesundheit und Pflege. Der Anteil der Gesundheits- und Pflegepolitik am Gesamttext des Koalitionsvertrages schwankt in den zurückliegenden beiden Jahrzehnten zwischen knapp fünf und sieben Prozent.

2.2 Verfahrensweisen und Prozesse

Auch das Verhandlungsprocedere hat sich im Laufe der Zeit ausdifferenziert. Bis in die 1980er-Jahre haben im Wesentlichen die amtierenden Kanzler, ihre Minister und die Fraktions- oder Parteiführer die Vereinbarungen ausgehandelt. Im Jahr 2018 waren dagegen schon „insgesamt 91 Personen in 18 thematischen Arbeitsgruppen beteiligt“ (*ebenda, 285*) – neben den bereits genannten zusätzlich auch unterschiedliche Vertreter von Bundesländern. Den Koalitionsvertrag 2021 bereiteten sogar 22 Arbeitsgruppen mit rund 300 Mitgliedern vor, deren Ergebnisse schließlich von der Hauptverhandlungsgruppe (bestehend aus dem Kanzlerkandidaten und den Partei- und Fraktionsspitzen) abgenommen und modifiziert wurden (*Cockpit Koalitionsverhandlungen 2021*). Bemerkenswert ist der – letztlich gescheiterte – Versuch, das Textvolumen zu begrenzen. Nach dem „Gemeinsamen Leitfaden für die AGs“ vom 21. Oktober 2021 sollten die mit vier beziehungsweise sechs Personen aus den verhandelnden Parteien

besetzten Arbeitsgruppen mit drei respektive fünf Seiten auskommen. Bei Einhaltung dieser Vorgaben wäre der Vertragstext nur etwa halb so lang gewesen. Erfolgreicher in der Umsetzung – und auch wichtiger – waren das Schweigegebot und die Zeitdisziplin, die die Parteispitzen vorgegeben hatten. Anders als beim gescheiterten „Jamaika-Projekt“ schwiegen 2021 alle Beteiligten bis zum Schluss eisern. Im Gegensatz zum besonders schwierigen Zustandekommen der letzten Großen Koalition unter Angela Merkel im Frühjahr 2018, bei der zwischen Bundestags- und Kanzlerwahl 171 Tage lagen, brauchte die neue Ampel-Koalition nur knapp zwei Monate bis zum Abschluss eines Koalitionsvertrages. Weitere zwei Wochen waren nötig, um vor der Wahl von Olaf Scholz am 8. Dezember 2021 in einer aufwendigen Prozedur die Zustimmung der Parteien einzuholen.

Angesichts der schwächer gewordenen Legitimation der Parteiführungen und ihrer mithin labileren Durchsetzungsmacht dauert das Procedere der Regierungsbildung länger als früher und bedarf mitunter weiterer Legitimationsprozesse wie Mitgliederentscheiden oder vorgelagerten Sondierungsgesprächen. 2017 und 2021 kam es zu solchen Sondierungen. An deren Ende stand 2021 erstmals ein ausgearbeiteter, längerer Text (Sondierungspapier), mit dem die Weichen für den weiteren Prozess gestellt wurden. Die Unsicherheiten beim Zustandekommen der Koalition und des Koalitionsvertrages wirkten sich aber nicht nur auf die Länge der Verhandlungen aus, sondern auch auf die Inhalte und die Sprache der erstellten Papiere, die sich durch eine Mischung aus konkreten und sehr allgemeinen Absichtserklärungen auszeichnen. In den Sondierungs- und den anschließenden Koalitionsgesprächen verhandeln die Partner die Handlungskorridore zu den einzelnen Politikfeldern: Welche gemeinsamen Ziele können fixiert werden? Bei welchen Fragen wird Handlungsbedarf anerkannt und wie weitreichend ist dieser? Welche gemeinsamen Handlungsmöglichkeiten werden – ohne allzu schmerzhaft Kompromisse in Bezug auf die eigene Programmatik und die Interessen der eigenen Klientel – akzeptiert? Insoweit ist auch wichtig, welche (gegebenenfalls zentralen) Probleme eines Politikfeldes im Koalitionsvertrag nicht thematisiert oder welche Lösungsansätze ausgeklammert werden. So wurde 2021 auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zum Beispiel das Reizthema Bürgerversicherung (und damit das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung) schon im Sondierungspapier eingefroren. Auch die in diesem Papier grob umrissenen finanziellen Spielräume beziehungsweise Grenzen sind wegen des steigenden Zuschussbedarfs für die Sozialversicherung relevant.

Offensichtlich ist die hohe Kunst des Kompromisses nicht so angelegt, dass in jedem Politikfeld ein ausgewogenes Papier vorgelegt werden muss. Grundsätzlich kommt es vielmehr auf die Gesamtbilanz an. Es ist also durchaus Teil der Kompromisspolitik, dass man sich in einem Themenbereich stärker durchsetzt und dafür in einem anderen zurücksteckt. Im Jahre 2021

fand diese Gesamtabwägung bereits bei der Erarbeitung des Sondierungspapiers statt. Die Logik des dann gewählten Verhandlungsverfahrens – das darin bestand, halbwegs überschaubare, drittelparitätisch besetzte Expertengruppen zu den einzelnen Politikfeldern einzurichten – führte jedoch zwangsläufig dazu, dass es auch innerhalb der einzelnen Themenbereiche zu sorgfältig ausbalancierten Kompromisstexten kommen musste. Durch die Beteiligung der Länder-Vertreter (zum Beispiel Ministerpräsidenten und Minister der Länder) in den Verhandlungsteams sollten Konflikte schon im Vorfeld ausgeräumt werden. Im Bereich der Gesundheitspolitik ist das besonders wichtig, weil es hier nach dem Grundgesetz gemischte Zuständigkeiten und Kompetenzen gibt (vergleiche „konkurrierende Gesetzgebung“ nach Artikel 72 und 74 Grundgesetz). An den Verhandlungen wirken außerdem häufig auch fachlich versierte Ministerialbeamte und Referenten der Fraktionen mit, ohne in den veröffentlichten Listen der Arbeitsgruppenmitglieder namentlich genannt zu werden. Durch ihre Rolle bei der Informationsbeschaffung (etwa zu strittigen Fragen und zur Finanzierung) oder auch bei der Protokollführung ist ihr Einfluss nicht zu unterschätzen. Gleichzeitig sichert ihre Mitwirkung die Einhaltung gewisser fachlicher Standards.

Ein Koalitionsvertrag hat in erster Linie die Aufgabe, die Gremien der Parteien von der Sinnhaftigkeit der angestrebten Koalition zu überzeugen. Neben dieser legitimatorischen Funktion dient er auch als eine Art Roadmap und Arbeitsplan, der jedoch immer wieder ergänzt und in einzelnen Punkten sogar zur Disposition gestellt werden kann, weil dringliche neue Anforderungen, Aufgaben und Initiativen auftreten. Auch wenn der Koalitionsvertrag im zivilrechtlichen Sinne kein einklagbarer Vertrag ist, sondern eher ein fein austariertes Stimmungsbild aus Absichtserklärungen, die die Zustimmung der Parteien sichern sollen, wurde in der Vergangenheit die überwältigende Mehrheit der in Koalitionsverträgen fixierten Projekte und Maßnahmen abgearbeitet und umgesetzt (vergleiche *Vehrkamp 2021*). Grotz und Schroeder gehen davon aus, dass die Verpflichtungswirkung eines Koalitionsvertrages dadurch unterstrichen wird, dass die beteiligten Parteien ihn ratifizieren (*Grotz und Schroeder 2021, 285*). Zu seiner Zustimmungsfähigkeit gehört aber auch, dass Unbestimmtheiten („Weichmacher“) eingebaut werden, die der Politik der neuen Regierung die (oft notwendigen) Spielräume eröffnen (siehe Abschnitt 4). Außerdem ist es durch die parteibezogenen Abstimmungsverfahren, in denen verschiedene Interessengruppen ihre Ansprüche anmelden, geradezu zwangsläufig, dass bestimmte Klientelinteressen berücksichtigt werden (auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zum Beispiel Hausärzte, Hebammen, Apotheker). Sowohl für die innerparteiliche Zustimmung als auch für die öffentliche Kommunikation braucht man außerdem ein übergreifendes Narrativ. Das aktuelle Motto der „Fortschrittskoalition“ setzt in diesem Sinne einen Kontrapunkt gegenüber der gefühlten Stagnation am Ende der Regierungszeit der langjährigen Bundeskanzlerin Angela Merkel.

TABELLE 2

Koalitionsvereinbarungen in der Bundesrepublik Deutschland von 1998 bis 2022

Jahr	Koalition – Bundeskanzler	Koalitionsvereinbarung		
		Form	Länge gesamt (davon Gesundheit/Pflege)	Schwerpunkte im Gesundheitsbereich
1998	SPD, Bündnis 90/ Die Grünen – Gerhard Schröder	Koalitionsvereinbarung „Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert“	52 Druckseiten (ca. 1 Seite)	Beitragssatzstabilität, Rücknahme von Elementen der privaten Versicherungswirtschaft (Beitragsrückgewähr, Zuzahlungen), Globalbudget, Stärkung der Hausärzte, Neuordnung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme
2002	SPD, Bündnis 90/ Die Grünen – Gerhard Schröder	Koalitionsvertrag: „Erneuerung-Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie.“	72 Druckseiten (ca. 3,5 Seiten)	Solidarische Wettbewerbsordnung und Beitragssatzstabilität in der GKV, Qualitätssicherung der Leistungen, Organisationsreform der Kassen, Selektivverträge, Hausarzt als Lotse
2005	CDU/CSU, SPD – Angela Merkel	Koalitionsvertrag: „Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit.“	166 Druckseiten (10 Seiten)	Stärkung der Prävention, mehr Effizienz durch Wettbewerb in der GKV-Versorgung, Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Pflegeversicherung: Verbesserungen auf der Leistungsseite und Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung
2009	CDU/CSU, FDP – Angela Merkel	Koalitionsvertrag: „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“	134 Druckseiten (9 Seiten)	Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge und mehr Wettbewerb in der GKV, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, Stärkung der Patientenrechte und ihrer Wahlmöglichkeiten, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit und ergänzende Kapitaldeckung zu ihrer Finanzierung
2013	CDU/CSU, SPD – Angela Merkel	Koalitionsvertrag: „Deutschlands Zukunft gestalten“	134 Druckseiten (8 Seiten)	Flächendeckende Versorgung, Praxisnetze, Wartezeiten, Reform der integrierten und selektiven Versorgungsformen, Innovationsfonds, Qualitätsinstitut, einkommensproportionaler Zusatzbeitrag, Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
2018	CDU/CSU, SPD – Angela Merkel	Koalitionsvertrag: „Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.“	175 Druckseiten (ca. 7,5 Seiten)	„Konzertierte Aktion Pflege“, Terminalsprechstundenangebot, MDK-Reform, Gesundheitsberufe, E-Health und Digitalisierung, paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags
2022	SPD, Bündnis 90/ Die Grünen, FDP – Olaf Scholz	Koalitionsvertrag: „Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“	179 Druckseiten (8 Seiten)	Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege, Pflegepersonalregelung 2.0, Heilberufegesetz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, elektronische Patientenakte, Reform der Notfallversorgung, Krankenhausplanung mit Versorgungsstufen, Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV

3 Bewertungskriterien und Maßstäbe

Bei der Bewertung der Inhalte eines Koalitionsvertrages kann man verschiedene übergreifende Maßstäbe anlegen, die über die Zustimmung zu oder Ablehnung von bestimmten Feststellungen oder Ankündigungen hinausgehen. Einige seien hier kurz angesprochen.

- a) Werden die wichtigsten Probleme eines Themenfeldes aufgegriffen? Werden die reformbedürftigen Bereiche angepackt? Dabei gibt es viele (und nicht nur gute) Gründe, dies nicht zu tun. Eine neue Regierung darf und kann sich nicht überfordern. Trotzdem muss man feststellen, dass die Ampel-Koalition das mittel- und langfristige Finanzierungsproblem in der Kranken- und Pflegeversicherung ausgeklammert hat. Die demografische Entwicklung wird nicht nur bei der Rente ausgeblendet. Die versprochenen Steuerzuschüsse in beiden Sozialversicherungszweigen lösen das grundlegende Problem nicht. Die für die Pflegeversicherung angekündigte moderate Beitragserhöhung wird voraussichtlich höchstens bis zum Ende der Wahlperiode reichen (*Paquet 2021*).
- b) Gibt es ein ordnungspolitisches Konzept? In den Koalitionsverträgen der 14. bis 17. Wahlperiode standen wettbewerbliche Verfahren im Mittelpunkt (1998–2013). Spätestens seit der Vereinbarung von 2018 ist jedoch ein deutliches Umschwenken auf direkte staatliche Regulierung zu verzeichnen (*Bandelow und Hornung 2019*). Im aktuellen Vertrag kommt die Ausweitung des „Spielraum(s) für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ..., um innovative Versorgungsformen zu stärken“ (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 84*) nur noch im Zusammenhang von „bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen)“ vor, also in einem Kontext, der Wettbewerb gerade ausschließt. Bei gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und sozialer Pflegeversicherung (SPV) liegt außerdem nahe, nach dem Sonderaspekt der Selbstverwaltung zu fragen. In den 1990er-Jahren hatte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer für die Regulierung im Gesundheitssystem die Devise „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ ausgegeben (*Clade 1996*). Davon ist im aktuellen Vertrag nichts mehr zu spüren. Das Selbstverwaltungssystem kommt nur noch hinsichtlich des Versprechens vor, dass die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) beschleunigt werden sollen (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 87*).
- c) Im föderalen System ist stets zu fragen, ob die angesprochenen Vorhaben in der Kompetenz des Bundes liegen. Sind die Probleme durch Bundesgesetze lösbar? Sind die Länder und zum Beispiel auch die EU als Adressaten mit angesprochen? Die letzten Monate haben beispielhaft gezeigt, dass sich die Impfbereitschaft nicht durch ein Bundesgesetz verordnen lässt. Auch die sichere Versorgung mit innovativen Arzneimitteln und Impfstoffen lässt sich mit den vorgesehenen Maßnahmen (Abbau von Bürokratie, Prüfung von Zuschüs-

sen für Produktionsstätten) nicht effektiv nach Deutschland oder in die EU zurückverlagern (*Hofmann 2022*). Ein weiteres Beispiel ist die vorgesehene Strukturreform der Krankenhauslandschaft, sicher das ambitionierteste gesundheitspolitische Vorhaben des Vertrags. Dabei ist das Ziel, die in der Zuständigkeit der Länder liegende Krankenhausplanung „auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen“ auszurichten (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 86*), fachlich unumstritten. Wenn jedoch der Bund keine Steuermittel für die Investitionen zur Verfügung stellt, fehlt der entscheidende Hebel, um die Länder zu einer entsprechenden Verhaltensänderung zu bewegen (der Vorschlag der Koalitionsarbeitsgruppe wurde von zwei SPD-Ministerpräsidentinnen bei der Schlussredaktion gestrichen, um den Status quo zu wahren) (*Leber 2021*).

- d) Weiter ließe sich nach der Rangposition der Ankündigungen im Spannungsfeld von Dringlichkeit und Wichtigkeit fragen. Sind die Lösungsvorschläge konkret genug und realistisch im Zeithorizont einer Wahlperiode umsetzbar? Sind die Absichten für ein Themenfeld untereinander und im Zusammenhang des gesamten Vertrages kohärent?

4 Argumentationsfiguren und Versatzstücke

Die geschilderte Entwicklung der Koalitionsvereinbarungen prägt nicht nur die Inhalte, sondern auch die Textformen eines Koalitionsvertrages. Ihre besondere Sprache hat sich im Laufe der Zeit immer weiter herausgebildet und perfektioniert. Mit der Aufzählung von Spiegelstrichen, wie sie bis in die 1980er-Jahre üblich war, kommen heutige Vereinbarungen nicht mehr aus. Bei vielen Themen gibt es echte Gemeinsamkeiten. Das sind vielfach Vorhaben, die hinreichend konkret benannt werden und deren Umsetzung im Laufe der Wahlperiode gelingen kann. Das betrifft im aktuellen Koalitionsvertrag zum Beispiel die Aussagen zur Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege, die Weiterentwicklung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die kontrollierte Freigabe von Cannabis, die Ankündigung eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes sowie die Opt-out-Lösung für die elektronische Patientenakte, die den Versicherten deren Nutzung freistellt. So konkret können jedoch nur überschaubare Themen angepackt werden.

Durch die Koalitionsverträge der jüngeren Zeit ziehen sich bestimmte thematische Dauerbrenner, die regelmäßig beschworen werden, ohne dass es wirklich neue Lösungen gäbe. Ein seit Jahrzehnten wiederkehrendes Beispiel dafür ist die integrierte Versorgung (*Brandhorst et al. 2017*), ein anderes die Reform des Rettungsdienstes. Schon der Vertrag zur 19. Legislaturperiode aus dem Jahr 2018 formulierte die Absicht, „eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigun-

gen“ zu schaffen (*CDU, CSU, SPD 2018, 100*). Dabei war die Idee der gemeinsamen Sicherstellung ebenso illusorisch wie der flächendeckende Aufbau integrierter Notfallzentren. Im Koalitionsvertrag für die 20. Wahlperiode heißt es dennoch: „Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf“ (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 85*). Leider ist damit kein Konzept verbunden, wie man die verfassungsrechtliche Zuständigkeit der Länder für dieses Thema auf den Bund übertragen oder wie man sie den Ländern abhandeln könnte (*Bertelsmann-Stiftung 2022, 7*). Ohne die Beispiele überzustrapazieren: Koalitionsverträge brauchen offenbar einen gewissen utopischen Überschuss und dokumentieren nur bedingt politische Lernprozesse.

Wenn es schwierig wird – in der Sache selbst oder zwischen den Koalitionspartnern – flüchtet sich der Text von Koalitionsverträgen häufig in Unverbindlichkeit. So werden Absichtserklärungen oft unbestimmt gelassen, um Handlungsspielräume zu wahren beziehungsweise um Abstimmungserfordernissen (etwa zwischen Bund und Ländern oder zwischen Ressorts) Rechnung zu tragen. Hier geht es oft um finanzielle Verpflichtungen. Ein Beispiel aus dem aktuellen Vertrag sind die in der Arbeitsgruppenfassung versprochenen „kostendeckenden Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln“. In der Endfassung sind daraus nur noch „höhere“ GKV-Beiträge für diese Personengruppe geworden (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 87*). Im Koalitionsvertrag von 2018 wurde die kostendeckende Erstattung übrigens schon einmal versprochen (*CDU, CSU, SPD 2018, 102*). Ein zweites Beispiel ist die Zusage, den Bundeszuschuss zur GKV regelhaft zu dynamisieren (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 87*). Offen bleibt, nach welcher Regel die Dynamisierung erfolgen soll: Folgt sie der Entwicklung der Kosten, der Inflationsrate oder der beitragspflichtigen Einkommen? Bei wirklich komplizierten Themen gibt es oft Verschiebungen und Verlagerungen. So wird beim zentralen Thema Krankenhausreform ein (bislang noch imaginärer) Bund-Länder-Pakt als Subjekt der Reformen adressiert. Eine „kurzfristig eingesetzte Regierungskommission“ soll Empfehlungen für eine nach Leistungsgruppen und Versorgungsstufen differenzierte Krankenhausplanung erarbeiten (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 86*). Die Einsetzung von Kommissionen ist auch im aktuellen Koalitionsvertrag eine mehrfach genutzte Option: von der Reform des Wahlrechts (11) über die „Zukunftskommission Fischerei“ (47) und die „Beschleunigungskommission Schiene“ (50) bis hin zur „Freiheitskommission“, die die Sicherheitsgesetzgebung begleiten soll (109). Ein anderes Mittel ist die Vergabe von Prüfaufträgen, etwa zur Einrichtung einer „freiwillige(n), paritätisch finanzierte(n) Vollversicherung“ in der sozialen Pflegeversicherung (81) oder zur Möglichkeit der „Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterchaft“ (116). Zu erwähnen sind außerdem die Versatzstücke und Schlagworte, die den beteiligten Parteien die Zustimmung erleichtern sollen. Eine kleine Auswahl: SPD und Grüne

kommen den Gewerkschaften mit der Pflegepersonalregelung 2.0 (81) entgegen und wollen die Akademisierung der Pflege stärken (82). Die SPD umwirbt die Hausärzte mit der Entbudgetierung ihrer Vergütung (85). Die Grünen konnten die „bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen)“ (84), die Gesundheitskioske (84) und die Community Health Nurse (82) unterbringen. Die FDP findet sich wieder in der Überprüfung der Dokumentationspflichten (84) des SGB V und dem Bekenntnis zum Bürokratieabbau (84, 85, 87).

5 Fazit und Ausblick

Trotz der kritischen Aspekte ist der aktuelle Koalitionsvertrag eine bemerkenswerte Leistung. Dafür steht nicht nur die zügige Einigung zwischen drei Parteien, die programmatisch nicht sehr nahe beieinander liegen, sondern auch die inhaltliche Perspektive, die trotz mancher Lücken und Widersprüche ein umfassendes Programm abbildet. In der Gesundheitspolitik werden die wichtigsten Probleme adressiert, auch wenn dafür keine durchgreifenden neuen Lösungsansätze vorgelegt werden. Umso mehr wird für die Erfüllung des Vertrages die Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Regierung, mit den Fraktionen, den Ländern und den Medien wichtig sein. Angesichts des anfänglich stark auf das Pandemie-Management konzentrierten Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit ist noch nicht erkennbar, wie die strukturellen Positionen des Koalitionsvertrages umgesetzt werden sollen. Ein zentraler Punkt ist sicher die offene Finanzierungsfrage. Entscheidend für die Umsetzung der strukturpolitischen Vorhaben wird jedoch die Konsensfindung mit den Ländern werden. Die Erfahrungen aus den Verhandlungen und die oft mühsame Abstimmung zwischen Bund und Ländern während der Corona-Pandemie stimmen dabei nicht sehr optimistisch. Umso mehr wird es auf den Regierungsstil und die Kommunikation des Gesundheitsministers ankommen.

Daher sollte man nicht allein auf den Text des Koalitionsvertrages bei „Pflege und Gesundheit“ schauen, zumal die Realität rasch neue dringliche Probleme in den Vordergrund rücken kann. Einige wichtige gesundheitspolitische Weichenstellungen der zurückliegenden Jahre konnte man aus den Formulierungen der Koalitionsverträge höchstens erahnen, so zum Beispiel die spätere Bedeutung der Einführung der Fallpauschalen (DRG – Diagnosis Related Groups), des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) oder der Einführung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit der allgemeinen Ermöglichung angestellter Ärzte in der ambulanten Versorgung. Diese Beispiele stehen auch für eine Politik der Dringlichkeit jenseits des Koalitionsvertrages und damit für den unerwarteten Möglichkeitsraum von Politik. In diesem Sinne ist der aktuelle Koalitionsvertrag ein Gelände für das gemeinsame Handeln in einer disparaten Koalition, die den Wandel gestalten will.

Literatur

Bandelow N, Hornung J (2019): Mehr Staat, weniger Selbstverwaltung, weniger Wettbewerb? Mut zur Evidenz – auch bei Governance-Fragen; Observer Gesundheit 6. März 2019; observer-gesundheit.de → Suchen: Politische Analysen, 06.03.2019–07.03.2019

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2022): Neuordnung der Notfallversorgung. Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform (Langfassung); bertelsmannstiftung.de → Suchen: Notfallversorgung.

Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthe EW (Hrsg.) (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS

CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin, den 11. November 2005; kas.de → Suchbegriff: Koalitionsverträge

CDU, CSU, FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Berlin, den 26. Oktober 2009; kas.de → Suchbegriff: Koalitionsverträge

CDU, CSU, SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode, Berlin, den 16. Dezember 2013; kas.de → Suchbegriff: Koalitionsverträge

CDU, CSU, SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018; kas.de → Suchbegriff: Koalitionsverträge

Clade H (1996): Gesundheitsstrukturereform, Stufe III: Die Selbstverwaltung soll's richten; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 93, Heft 1–2, A15–A17; aerzteblatt.de → Archiv → Suchen: Gesundheitsstrukturreform, Stufe III

Cockpit Koalitionsverhandlungen (2021): <https://www.lgad.de/web/medien/aktuelles/meldungen/21-11-29-Koalitionsverhandlungen.php>.

FES (Friedrich-Ebert-Stiftung): Koalitionsvereinbarungen der SPD auf Bundesebene; fes.de → Bibliothek → Quellen und Dokumente zur Geschichte der deutschen Sozialdemokratie

Grotz F, Schroeder W (2021): Das politische System der Bundesrepublik Deutschland. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS

Hofmann S (2022): Patentfreie Arzneimittel: Die Aussichten ändern sich – von unfreundlich auf nebulös; Observer Gesundheit vom 12. Januar 2022; observer-gesundheit.de → Suchen: Politische Analysen, 12.01.2022–13.01.2022

KAS (Konrad-Adenauer-Stiftung): Koalitionsverträge; kas.de/de/web/geschichte-der-cdu > Dokumente

Leber WD (2021): Besser als der letzte Koalitionsvertrag. Die Vorhaben der Ampel-Koalition im Krankenhausbereich; Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 75, Heft 6, 24–29

Paquet R (2021): Koalitionsvertrag final. Observer Gesundheit vom 30.11.2021. <https://observer-gesundheit.de/koalitionsvertrag-final/>
SPD, Bündnis 90/Die Grünen (1998): Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen. Bonn, 20. Oktober 1998; www.spd.de → Programm → Beschlüsse und Protokolle der Bundesparteitage

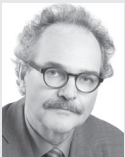
SPD, Bündnis 90/Die Grünen (2002): Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie. Berlin, 16. Oktober 2002; www.spd.de → Programm → Beschlüsse und Protokolle der Bundesparteitage

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800 → Koalitionsvertrag 2021

Vehrkamp R, Matthieß T (2019): Besser als ihr Ruf. Halbzeitbilanz der Großen Koalition zur Umsetzung des Koalitionsvertrages 2018. Gütersloh: Bertelsmann

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 13. März 2022, weitere Literatur bei den Autoren)

DIE AUTOREN

**Dr. rer. pol. Robert Paquet,**

Jahrgang 1953, hat Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin studiert. Er ist seit 2008 freier Journalist im Gesundheitswesen und seit 2018 Mitarbeiter beim Observer Gesundheit. Von 2008 bis 2017 war er Redaktionsmitglied des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes (gid), zuvor Geschäftsführer Politik und Öffentlichkeitsarbeit des BKK-Bundesverbandes, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Niedersachsen sowie Referent für Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion. Von 1980 bis 1987 arbeitete er als wissenschaftlicher Projektleiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.

**Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Schroeder,**

Jahrgang 1960; ist Professor für Politikwissenschaften und Fachgebietsleiter „Politisches System der BRD – Staatlichkeit im Wandel“ an der Universität Kassel sowie Fellow am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Von 2009 bis 2014 war er Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.

Generationengerechtigkeit: kein zweckmäßiges Kriterium im Kontext der Sozialversicherung

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Generationengerechtigkeit wird auch im Hinblick auf die Ausgestaltung der Sozialversicherung immer wieder als Kriterium verwendet, ohne hinreichend operationalisiert zu sein. Ihre Gleichsetzung mit kapitalbasierter Finanzierung ist ein Narrativ, das von der Notwendigkeit einer umfassenden Betrachtung intergenerationaler Beziehungen sowie von einer Orientierung an dem wesentlicheren Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit ablenkt. Diese zu stärken muss jedoch gerade auch unter Nachhaltigkeitsaspekten Priorität haben.

Schlüsselwörter: Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit, Sozialversicherung

***Intergenerational justice** is a recurring criterion with regard to the design of social security, without being sufficiently operationalised. Its equation with capital-based financing is a narrative that distracts from the necessity to comprehensively consider intergenerational relations as well as from an orientation towards the more essential criterion of distributional justice. To strengthen it must be a priority, especially in terms of sustainability.*

Keywords: intergenerational justice, sustainability, distributional justice

1 Einleitung

Ende Januar 2022 hat Wirtschafts- und Klimaschutzminister Robert Habeck den Jahreswirtschaftsbericht 2022 vorgestellt. Im Abschnitt „Sozialstaat modern und generationengerecht aufstellen“ findet sich die Aussage, dass die generationengerechte Ausgestaltung der Sozialversicherungen eine der wichtigsten wirtschaftspolitischen Herausforderungen sei. Es gehe um eine nachhaltige Finanzierung und das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems. So sei der Gesamtsozialversicherungsbeitrag in den vergangenen Jahren bei unter 40 Prozent konsolidiert worden (*BMWK 2022, 76*).

Diese Textpassage ist gleich in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Als zentrale Herausforderung – und zwar wohlgerne für die Wirtschaftspolitik – wird explizit die generationengerechte Ausgestaltung der Sozialversicherungen benannt. Was hierunter genau zu verstehen ist, wird

allerdings nicht einmal angedeutet. Als Indikator für die Vertrauenswürdigkeit der Sozialversicherung wird auch nicht deren weit ins vorletzte Jahrhundert zurückgehende Historie genannt, die seither Weltkriege, Währungsreformen, Weltwirtschaftskrisen und die deutsche Wiedervereinigung ohne Substanzverluste überdauert und sich als ein zentraler wirtschafts- und gesellschaftspolitischer Stabilitätsfaktor erwiesen hat. Vielmehr erfolgt stattdessen ein Hinweis auf den als „Konsolidierung“ bezeichneten Sachverhalt, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag seit einigen Jahren (konkret: seit 2013) weniger als 40 Prozent beträgt, nachdem er davor dreizehn Jahre lang mit zwei Ausnahmen über diesem Schwellenwert lag. Dabei erscheint es schon auf den ersten Blick fragwürdig, einen bestimmten Beitragssatzwert als maßgeblichen Indikator für die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung heranzuziehen – „Leistungsfähigkeit“ definiert sich gewiss nicht vorrangig über das Beitragssatzniveau der Sozialversicherungszweige.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Der Begriff der Generationengerechtigkeit taucht auch im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung im Kontext der Sozialversicherung an zwei Stellen auf. So heißt es im Abschnitt „Altersvorsorge“, dass es keine Rentenkürzungen und keine Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters geben werde. Und weiter: „Um diese Zusage generationengerecht abzusichern, werden wir zur langfristigen Stabilisierung von Rentenniveau und Rentenbeitragssatz in eine teilweise Kapitaldeckung der gesetzlichen Rentenversicherung einsteigen. Diese teilweise Kapitaldeckung soll als dauerhafter Fonds von einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Stelle professionell verwaltet werden und global anlegen. Dazu werden wir in einem ersten Schritt der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022 aus Haushaltsmitteln einen Kapitalstock von 10 Milliarden Euro zuführen“ (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 73*). Mit dieser Ankündigung wird der solidarischen Umlagefinanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung zugleich implizit bescheinigt, nicht generationengerecht zu sein (*Reiners 2021a*). Im ersten Haushalt der Ampel-Regierung für das Jahr 2022 findet dieses Vorhaben allerdings noch keinen Niederschlag – augenscheinlich haben sich die Prioritäten aktuell verschoben.

Bei der sozialen Pflegeversicherung soll eine Ergänzung „um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung“ geprüft werden, „die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind“ (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 81*). Nun waren die bisherigen Erfahrungen mit freiwilligen Ergänzungen der Leistungen einer Sozialversicherung bislang wenig ermutigend (etwa bei der Riester-Rente und dem sogenannten Pflege-Bahr) – insbesondere, weil diejenigen, die zusätzliche Leistungen am nötigsten hätten, trotz steuerlicher Förderung am wenigsten in der Lage sind, die erforderlichen Eigenleistungen zu erbringen (wobei bei der Pflegeversicherung bei optionaler Ausgestaltung noch das Problem der adversen Selektion, also der Informationsasymmetrie vor Vertragsabschluss, hinzukommt). Doch auch wenn man davon absieht, stellt sich die Frage, ob „generationengerecht“ auch hier nach den Vorstellungen der Ampel-Koalitionäre eine Abkehr von der solidarischen Umlagefinanzierung bedeuten soll.

2 Kritik des Bundesrechnungshofes an gesundheitspolitischer Gesetzgebung

Generationengerechtigkeit ist Thema eines Berichts, den der Bundesrechnungshof (BRH) Ende Januar 2021 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages übermittelt hat. Darin wird dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) unter Minister Jens Spahn vorgeworfen, bei zwei Gesetzge-

bungsverfahren der Jahre 2018 und 2019 – dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz und dem GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – Nachhaltigkeitsanforderungen nicht ausreichend berücksichtigt zu haben (*BRH 2022*).

Dabei geht es zunächst um die Einhaltung bestimmter formaler Anforderungen an den Prozess der Gesetzgebung, die sich aus der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie ergeben. Diese liegt aktuell in der im März 2021 von der Bundesregierung beschlossenen Fassung „Weiterentwicklung 2021“ vor (*Bundesregierung 2021*). Grundlage hierfür auf internationaler Ebene ist die 2016 von den Vereinten Nationen verabschiedete Agenda 2030 mit 17 globalen Nachhaltigkeitszielen, vor deren Hintergrund die bereits bestehende nationale Nachhaltigkeitsstrategie grundlegend überarbeitet, Anfang 2017 beschlossen und im November 2018 erstmals weiter überarbeitet wurde. Danach wird bei jeder Gesetzgebung verlangt, die Auswirkungen auf eine nachhaltige Entwicklung zu analysieren, dabei Zielkonflikte zwischen Nachhaltigkeitszielen transparent darzulegen und die übrigen Ressorts über eine Koordinierungsperson in den Prozess einzubinden (*ebenda, 378*). Diese Vorgaben hätte das Bundesgesundheitsministerium laut Bundesrechnungshof bei den beiden betrachteten Gesetzesprozessen „weitgehend außer Acht gelassen“ (*BRH 2022, 10*).

Der Bundesrechnungshof äußert aber nicht nur prozessuale, sondern auch inhaltliche Kritik. Dabei führt er zur umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus, dass „die sozioökonomischen Besonderheiten des Umlageverfahrens mit der unmittelbaren Verwendung der Versichertenzahlungen zur Finanzierung der Leistungsberechtigten (...) die hohe Bedeutung der Nachhaltigkeit für das System der GKV (begründen). Die Folgen des demografischen Wandels mit sich schwächer entwickelnden Einnahmen und ansteigenden Ausgaben können die Funktionsfähigkeit des Umlagesystems und damit die Stabilität der GKV grundlegend beeinträchtigen“ (*ebenda, 8*). Dass die Gesundheitsausgaben in einer alternden Gesellschaft tendenziell steigen, hat mit der Umlagefinanzierung nichts zu tun. Es ist zudem – zumal in einer wohlhabenden Gesellschaft – auch nichts Schlimmes, fungiert die Gesundheits- und Pflegewirtschaft doch als ein immer wichtigerer Jobmotor. Und dass sich die Einnahmen demografiebedingt schwächer entwickeln, ist keineswegs eine Zwangsläufigkeit, sondern hat (auch) sehr viel mit der konkreten Beitragsgestaltung zu tun, die zugleich auf ein anderes vom Bundesrechnungshof explizit genanntes Nachhaltigkeitsziel einzahlen könnte, nämlich die Stärkung des sozialen Zusammenhalts. Auch die sachadäquate (Steuer-)Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben ist an dieser Stelle als Maßnahme zu nennen. Die pauschale Aussage, dass die Bedeutung der Nachhaltigkeit in der GKV aufgrund der Umlagefinanzierung besonders hoch sei, diskreditiert die

GKV jedenfalls in unnötiger Weise, denn gegen demografische Risiken ist kein Finanzierungsverfahren vollständig gefeit.

Inhaltlich kritisiert der Bundesrechnungshof unter anderem, dass das Bundesgesundheitsministerium bei dem Ende 2019 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Betriebsrentenfreibetragsgesetz auf das Kriterium der Generationengerechtigkeit an keiner Stelle eingegangen sei, obwohl das Ministerium in einem internen Argumentationspapier vom Juni 2018 GKV-Beiträge aus Versorgungsbezügen selbst noch als „unverzichtbaren Bestandteil für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung der GKV“ bezeichnet und einen noch größeren Solidarbeitrag der aktiven Mitglieder mit Blick auf die Generationengerechtigkeit für nicht gerechtfertigt gehalten habe (*BRH 2022, 14*). Das Bundesgesundheitsministerium hätte seine eigenen Bedenken gegen die Entlastung der Betriebsrentner (...) berücksichtigen, die Zielkonflikte mit der Generationengerechtigkeit aufzeigen und mögliche Alternativen abwägen müssen. Zweifel äußert der Bundesrechnungshof aber auch an der pauschalen Behauptung des Bundesgesundheitsministeriums, dass die Reduzierung der Beitragslast von Betriebsrentenbeziehenden durch die Einführung eines Freibetrags einen positiven Beitrag zum Nachhaltigkeitsziel des sozialen Zusammenhalts leiste. So sei in Kauf genommen worden, dass für die Entlastung dieser vergleichsweise gut versorgten Zielgruppe auch Geringverdiener aufzukommen hätten; genaue Analysen hierzu gebe es jedoch nicht (*ebenda, 17*).

Unabhängig von der Bewertung der Kritik des Bundesrechnungshofes wird erkennbar: Die betrachteten Nachhaltigkeitsziele sind in ihrer jetzigen Ausprägung weithin unbestimmt, und es gibt offenbar – hier konkret zwischen Bundesgesundheitsministerium und Bundesrechnungshof – diametral entgegengesetzte Einschätzungen bezüglich der Wirkung von Gesetzesmaßnahmen. Das gilt nicht nur – wie gerade gesehen – für das Ziel des sozialen Zusammenhalts, sondern offenbar auch in puncto Generationengerechtigkeit, wenn das Bundesgesundheitsministerium in seiner Stellungnahme zu der Bundesrechnungshof-Kritik darauf hinweist, dass der Betriebsrentenfreibetrag langfristig auch der jüngeren Generation nutze (*ebenda, 15*).

Bereits die Existenz dieser unterschiedlichen Auffassungen macht deutlich, dass die unbestimmt formulierten Nachhaltigkeitsziele dem Gesetzgeber keine konkrete Orientierung zu geben vermögen. Bei entsprechender Absicht lässt sich mehr oder weniger jede Reformmaßnahme als Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit interpretieren. Wie extensiv dies geschieht, zeigt der im Mai 2021 veröffentlichte Nachhaltigkeitsbericht des Bundesgesundheitsministeriums, in dem ein umfassender Rückblick auf die gesamte

Politik der sich dem Ende zuneigenden Legislaturperiode erfolgt, mit und ohne direkten Corona-Bezug (*BMG 2021a*). Im Ergebnis führt danach die gesamte Gesundheits- und Pflegepolitik von Gesundheitsminister Jens Spahn zu mehr Nachhaltigkeit, beispielsweise selbst die Reform des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen.

An dieser Stelle darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es bei Gesetzesfolgeabschätzungen keineswegs nur hinsichtlich der Nachhaltigkeit gravierende Defizite gibt. Eine systematische empirisch-analytische Fundierung und eine fortgesetzte Beobachtung von Gesetzesmaßnahmen finden zumindest bei gesundheits- und pflegepolitischen Maßnahmen auch im Hinblick auf die „eigentlichen“ Gesetzesziele nicht statt. Ein Beispiel hierfür ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz der vergangenen Legislaturperiode. Sein Ausgangspunkt waren – tatsächliche oder vermeintliche – Zugangsprobleme gesetzlich Versicherter zur ambulanten (fach-)ärztlichen Versorgung. Diese Probleme wurden vom Gesetzgeber allerdings weder quantifiziert, noch fand eine Abschätzung der diesbezüglichen Auswirkungen der ausgesprochen ausgabenintensiven Maßnahmen statt. Auch ein systematisches Monitoring der Gesetzeswirkungen ist nicht vorgesehen. Offenbar genügt die proklamierte gute Absicht als Erfolgsmaßstab – natürlich auch im Hinblick auf mehr Nachhaltigkeit.

3 Negativbeispiel Pflege-Bahr

Zurück zum Begriff der Generationengerechtigkeit. Bereits 2005 hat Winfried Schmähl, bis zum Jahr 2000 15 Jahre lang Vorsitzender des Sozialbeirats der Bundesregierung, einen Buchbeitrag mit dem folgenden Satz eingeleitet: „Generationengerechtigkeit‘ und ‚Nachhaltigkeit‘ gehören zu den besonders beliebten Schlagworten in der deutschen sozialpolitischen Diskussion zur Begründung politisch gewollter Maßnahmen in der Alterssicherung und dienen Geschäftsinteressen von Anbietern von Finanzdienstleistungen“ (*Schmähl 2005, 401*).

Zu dieser Aussage ist aus heutiger Sicht anzumerken, dass zum einen – wie gesehen – die Beliebtheit der beiden Schlagworte „Generationengerechtigkeit“ und „Nachhaltigkeit“ in der Zwischenzeit eher noch weiter zugenommen hat und dass dies zum anderen im sozialpolitischen Kontext keineswegs mehr allein für die Alterssicherung zutrifft, sondern weitere Sicherungsbereiche erreicht hat. Das gilt bisher insbesondere für die Absicherung des Pflegerisikos. Dort wurde in Analogie zur Riester-Rente vor zehn Jahren mit dem Pflege-Bahr eine steuerlich geförderte freiwillige private Zusatzversicherung zur Ergänzung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung eingeführt

(Jacobs und Rothgang 2012). Während der Bedarf für die Riester-Rente zur Ergänzung der Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung durch eine Absenkung des Rentenniveaus im Altersvermögensgesetz 2001 von der Politik explizit geschaffen wurde, war eine entsprechende Maßnahme in der Pflegeversicherung nicht notwendig. Vielmehr hatte der Verzicht auf jegliche Leistungsdynamisierung seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre bis zum Jahr 2008 und der damit einhergehende Realwertverlust quasi von selbst dazu geführt, dass die Pflegeversicherung ihr ursprüngliches Ziel – die Sicherstellung einer Grundversorgung, die „im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (Deutscher Bundestag 1997, 9) – seit Langem bei Weitem verfehlt.

Als die Einführung des Pflege-Bahr Mitte 2012 beschlossen wurde, wurde die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge vom Gesetzgeber als „ein wichtiger Beitrag zur nachhaltigen, generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Sicherung“ bezeichnet (Deutscher Bundestag 2012, 20). Hat sich diese Einschätzung zehn Jahre später erfüllt? Eine systematische Evaluation durch den Gesetzgeber – etwa mit Blick auf eine Analyse der Inanspruchnehmenden oder die Entwicklung der Beiträge – gibt es auch hier nicht. Für 2013, das erste Jahr des Pflege-Bahr, ging der Gesetzgeber auf der Grundlage von Schätzungen der privaten Versicherungswirtschaft von rund 1,5 Millionen förderfähigen Vertragsabschlüssen aus (ebenda, 22). Vorsorglich wurden hierfür 100 Millionen Euro an Fördermitteln in den Bundeshaushalt eingestellt. Tatsächlich gab es zur Jahresmitte 2013 aber erst rund 150.000 Verträge, und auch die im Herbst 2013 vom PKV-Verband geäußerte Erwartung, bis Ende 2014 eine Million förderfähige Zusatzversicherungen zu verkaufen (vgl. Jacobs und Rothgang 2013, 27), hat sich nicht einmal bis heute erfüllt. Laut PKV-Zahlenportal waren 2020 von den insgesamt abgeschlossenen 3,77 Millionen Pflege-Zusatzversicherungen 921.300 staatlich gefördert. Auch für 2022 wird praktisch kein weiterer Zuwachs erwartet, denn im Finanzplan des Bundes vom August 2021 sind für die Förderung der freiwilligen privaten Pflegevorsorge im Haushaltsjahr 2022 lediglich 58,6 Millionen Euro eingestellt (Deutscher Bundestag 2021, 22).

Der Pflege-Bahr hat sich somit als Flop erwiesen. Dennoch wollte der frühere Gesundheitsminister Jens Spahn seine Förderung aus Steuermitteln sogar noch ausbauen. Nach einem im März 2021 vorgelegten Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung – der anschließend nicht weiterverfolgt wurde – sollte die steuerliche Zulage auf bis zu zehn Euro im Monat angehoben werden, wodurch für den Bund „bei unterstellten 0,5 Millionen zusätzlichen Versicherungsverträgen und einer durchschnittlichen Förderung von monatlich neun Euro

für Alt- und Neuverträge“ mit Mehrausgaben von 90 Millionen Euro gerechnet wurde (BMG 2021b, 65). In diesem Fall wäre somit 2022 die Anzahl von 1,5 Millionen geförderten Zusatzversicherungen erreicht worden, die die private Versicherungswirtschaft bei der Einführung des Pflege-Bahr schon für 2013 angekündigt hatte. Gemessen an den 45 Millionen Erwerbstätigen in Deutschland bleibt die Anzahl geförderter Pflegezusatzversicherungen jedoch so oder so überschaubar – ob es nun eine Million oder eineinhalb Millionen sind. Wird hierdurch tatsächlich ein wichtiger Beitrag zu mehr Generationengerechtigkeit geleistet?

4 Mehrfach verkürzte Sichtweisen

Warum wird am Pflege-Bahr trotz seines offenkundigen Misserfolgs unverdrossen festgehalten, ohne dass zumindest seine Ausgestaltung einer kritischen Prüfung unterzogen würde? Bei der Antwort auf diese Frage sei noch einmal auf das obige Zitat von Winfried Schmähl verwiesen, in dem von den Geschäftsinteressen der privaten Versicherungswirtschaft die Rede war. Obwohl nicht nur der Pflege-Bahr, sondern auch seine „große Schwester“, die Riester-Rente, weit davon entfernt sind, den mit ihrer Einführung verbundenen Erwartungen gerecht zu werden (zur Riester-Rente siehe Geyer et al. 2021), tut sich die Politik nach wie vor schwer, dies überhaupt einzugestehen. Ein Grund hierfür dürfte darin liegen, dass es der privaten Versicherungswirtschaft samt ihren Unterstützern in Medien, Politik und Wissenschaft erfolgreich gelungen ist, das privatwirtschaftliche Geschäftsmodell mit kapitalgedeckter Eigenvorsorge in einer Weise erfolgreich zu vermarkten, die ihresgleichen sucht. Auch die Einschätzung nach der Weltfinanzkrise vor bald 15 Jahren, dass es kapitalgedeckte Reformvorschläge erst einmal deutlich schwieriger haben dürften (etwa Joebges et al. 2012), hat sich im Nachgang als vorschnell erwiesen. Es bleibt abzuwarten, ob die Wirtschaftsturbulenzen im Gefolge des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine Zweifel daran wecken, dass die internationalen Finanzmärkte der beste Gewährleistungsträger für die – und sei es: ergänzende – Absicherung sozialer Lebensrisiken darstellen.

Dass kapitalgedeckte Finanzierungssysteme keine nennenswerten Risiken trügen, schon gar keine demografischen, ist eine von interessierter Seite gern genährte Sicht. In gewisser Weise hat sie sogar ihre Berechtigung, ist es doch im Zweifel der Staat, der – siehe die Weltfinanzkrise, die Corona-Krise oder aktuell die Folgen des Ukraine-Krieges – zur Sicherung privatwirtschaftlicher Existenzen mit riesigen Rettungsschirmen in die Bresche springt. Aber so ist das nicht gemeint, sondern es wird das – ökonomisch

ABBILDUNG 1

Ökonomische Beziehungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Generationen

	Von der Elterngeneration auf die Kindergeneration	Von der Kindergeneration auf die Elterngeneration
Staatliche Transfers	A. Staatliche Transfers von der Eltern- auf die Kindergeneration <ul style="list-style-type: none"> · Ausbildung · Gesundheitsversorgung in der Jugend · Öffentliche Infrastruktur abzüglich Staatsschulden 	B. Staatliche Transfers von den Kindern auf die Eltern <ul style="list-style-type: none"> · Altersversorgung · Gesundheitsversorgung und Pflege im Alter · Sonstige Sozialleistungen im Alter
Private Transfers	C. Private Transfers von der Eltern- auf die Kindergeneration <ul style="list-style-type: none"> · Unterhalt und Erziehung · Familiäre Unterstützung während der Erwerbsphase der Kindergeneration (z. B. Hilfe bei der Erziehung der Enkelgeneration) · Private Vermögensübertragungen und Erbschaften 	D. Private Transfers von den Kindern auf die Eltern <ul style="list-style-type: none"> · Familiäre Unterstützung im Alter (z. B. Pflege und Betreuung)
Gesamtgesellschaftliche Effekte	E. Ressourcenverbrauch der Elterngeneration	

Quelle: Ebert 2005, 22; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

allerdings falsche – Narrativ gepflegt, dass bei kapitalgedeckten Systemen letztlich jede und jeder für sich selbst Vorsorge betreibe. Dass das keineswegs der Fall ist, sollte zumindest Ökonomen in Gestalt des vor mittlerweile 70 Jahren geprägten und in der Folge als „Mackenroth-Gesetz“ bekannten Satzes bekannt sein, wonach aller Sozialaufwand immer aus dem laufenden Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss (Reiners 2013).

Ein weiterer Aspekt im Kontext von Generationengerechtigkeit ist die vielfach begrenzte Sicht auf partikulare Regelungen. Dass jede Generation ihre Aufgaben zu erfüllen habe, ist im originären Nachhaltigkeitskontext – beispielsweise in der Forstwirtschaft – und auch in Bezug auf klimapolitische Maßnahmen insoweit nachvollziehbar, als es hier in der Regel um irreversible Entwicklungen geht. Davon kann bei Fragen der Finanzierung von Sozialleistungen jedoch keine Rede sein. Vor allem aber stellen die hierfür erforderlichen intergenerativen Transfers nur eine Facette innerhalb des vielfältigen intergenerationalen Beziehungsgeflechts von staatlichen und privaten Real- und Finanztransfers dar (siehe Abbildung 1).

Aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive ergibt es vor diesem Hintergrund keinen Sinn, einzelne Beziehungsleistungen, wie etwa die Unterstützung der älteren Gene-

ration durch die Jüngeren im Fall von Pflegebedürftigkeit im Alter, isoliert zu betrachten. Wenn nachfolgende Generationen zum Beispiel infrastrukturelle Bedingungen vorfinden – etwa Kitas, Schulen und Hochschulen –, von denen ihre Eltern und Großeltern nur träumen konnten, empfinden Letztere das gewiss nicht als ungerecht und verzichten gern auf eine Rechnungstellung. Gewiss geschieht dies auch mit Blick auf die Stabilisierungsfunktion für umlagefinanzierte Sozialversicherungen, die mit Investitionen in die Leistungsfähigkeit nachwachsender Generationen verbunden ist. Solche öffentlichen Investitionen – ebenso wie etwa zur gezielten Integration zuwandernder Menschen in Arbeitsmarkt und Gesellschaft – sind deshalb gerade auch in der Nachhaltigkeitsperspektive sehr viel sinnvoller, als Steuermittel für die Förderung von Versicherungsprodukten mit unklarem Nutzen zu verwenden.

Eine Gesamtsicht auf die vielfältigen wechselseitigen Beziehungen zwischen den Angehörigen unterschiedlicher Generationen unter Gerechtigkeitsaspekten würde ein sehr viel weiter gefasstes konzeptionell-empirisches Herangehen erfordern als die isolierte Betrachtung von Einzeltatbeständen. „Ein sauber definiertes Konzept der Generationengerechtigkeit muss (...) eine Bilanz aller Vor- und Nachteile aufstellen, welche die Geschichte einer be-

stimmten Generation beschert, und darin die Gewinne und Kosten von Erfindungen, Kriegen, wirtschaftlichen und demographischen Krisen jeder einzelnen Generation nach dem Verursacherprinzip zurechnen. Das ist schlichtweg unmöglich“ (*Börsch-Supan 2003, 5*).

5 Resümee

Gesellschaftliche Gerechtigkeitsnormen gibt es in vielen Ausprägungen: Leistungs-, Bedarfs-, Teilhabe-, Geschlechter-, Verteilungsgerechtigkeit und andere mehr. Selbst wenn die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation – früher etwa die Kriegs- oder Nachkriegsgeneration oder heute die sogenannten Babyboomer oder die Generationen X, Y oder Z – mit strukturellen Vor- oder Nachteilen bezüglich bestimmter Lebenschancen verbunden ist, gibt es umgekehrt keine Gewähr, hiervon im Einzelfall auch tatsächlich zu profitieren. Ist jemand nicht in der Lage, hohe Pflegekosten ohne Sozialhilfe zu schultern, hilft es dieser Person nicht, wenn der Anteil von Menschen mit ähnlichem Schicksal in der eigenen Generation eher klein ausfällt. Dies unterstreicht die überragende Bedeutung von personellen Verteilungsfragen quer durch die gesamte Gesellschaft und alle Generationen.

Die Pflegefinanzierung liefert hierfür ein besonders krasses Beispiel. Bei identischen Leistungen von sozialer Pflegeversicherung (SPV) und privater Pflegepflichtversicherung (PPV) liegt der durchschnittliche Jahresbeitrag in der SPV aufgrund großer Strukturunterschiede in der jeweiligen Versicherungsschaft weit über dem Durchschnittsbeitrag in der PPV – 2019 waren dies 637 gegenüber 349 Euro (*Hau und Jacobs 2021, 13*). Gemessen am Einkommen der Versicherten fällt der Unterschied noch weitaus größer aus, denn das mittlere Bruttogesamteinkommen in der PPV lag 2018 mit 54.334 Euro im Jahr fast genau doppelt so hoch wie in der SPV mit 27.313 Euro (*ebenda, 12*). Aber damit nicht genug: Von den geringeren Beiträgen der deutlich einkommensstärkeren PPV-Versicherten werden für diese in der PPV auch noch Alterungsrückstellungen gebildet. Somit lässt sich der massive Verstoß gegen die Verteilungsgerechtigkeit in verkürzter Sichtweise sogar noch als positiver Beitrag zu mehr Generationengerechtigkeit ausgeben.

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Klimaschutzurteil vom 24. März 2021 festgestellt hat, ist das Grundgesetz „unter bestimmten Voraussetzungen zur Sicherung grundrechtsgeschützter Freiheit über die Zeit und zur verhältnismäßigen Verteilung von Freiheitschancen über die Generationen (verpflichtet)“ (*BVerfG 2021, Leitsatz 4*). In Bezug auf die nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherungen gibt es dafür jedoch vielfältige Handlungsoptionen. Hierzu zählt ein-

nahmenseitig insbesondere die konsequente Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung (Stichworte: Erweiterung des Personenkreises, Einbeziehung aller Einkommensarten und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen in GKV und SPV). Dies hätte zugleich den Nebeneffekt, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag unterhalb von 40 Prozent zu halten, selbst wenn an der ökonomischen Sinnhaftigkeit dieses Ziels gravierende Zweifel bestehen (*Reiners 2021b*).

Aus der Kritik des Bundesrechnungshofes an der Gesetzgebung von Jens Spahn sollte vor allem abgeleitet werden, dass das Monitoring von gesundheits- und pflegepolitischen Reformen generell völlig unzureichend ist. Dabei muss es jedoch anstelle einer formalen Abarbeitung von kaum operationalisierbaren Zielen aus dem Kontext der Nachhaltigkeitsstrategie vielmehr um eine umfassende Folgenabschätzung von Gesetzesmaßnahmen in kurz- und längerfristiger Sicht gehen. Das betrifft stets die Finanzwirkungen, einschließlich der jeweiligen Lastenverteilung, aber vor allem auch die mit den Reformmaßnahmen unmittelbar intendierten Ziele, speziell solche zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Wer dabei das Kriterium der Generationengerechtigkeit über Gebühr strapaziert, setzt sich zumindest dem Verdacht aus, in Wirklichkeit ganz andere Ziele zu verfolgen.

Literatur

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021a): Nachhaltigkeit für Gesundheit und Pflege. Nachhaltigkeitsbericht 2021 des Bundesministeriums für Gesundheit; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Unsere Publikationen → Gesundheit

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021b): Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz)

BMWK (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz) (2022): Jahreswirtschaftsbericht 2022; www.bmwk.de → Suchbegriff: Jahreswirtschaftsbericht 2022

Börsch-Supan A (2003): Zum Konzept der Generationengerechtigkeit; <http://docplayer.org/76494756-Zum-konzept-der-generationengerechtigkeit.html>

BRH (Bundesrechnungshof) (2022): Bundesministerium für Gesundheit lässt Nachhaltigkeitsanforderungen bei den Gesetzen zur gesetzlichen Krankenversicherung unberücksichtigt. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages. Bonn, 26.01.2022

Bundesregierung (2021): Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie; bundesregierung.de → Nachhaltigkeitspolitik → Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie 2021

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2021): Beschluss des Ersten Senats vom 24. März 2021 – 1 BvR 2656/18 –, Rn. 1-270. BVerfGE 157, 30–177

Deutscher Bundestag (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997. Bonn

Deutscher Bundestag (2012): Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und weiteren Anträgen. Drucksache 17/10170 vom 28.06.2012. Berlin

Deutscher Bundestag (2021): Finanzplan des Bundes 2021 bis 2025. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 19/31501 vom 06.08.2021. Berlin

Ebert T (2005): Generationengerechtigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung – Delegitimation des Sozialstaates? Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung, 149

Geyer J, Grabka MM, Haan P (2021): 20 Jahre Riester-Rente – Private Altersvorsorge braucht einen Neustart. DIW-Wochenbericht Nr. 40/2021, 667–673; www.diw.de → Publikationen → Wochenbericht → Thema: Rente und Vorsorge, Jahr: 2021

Haun D, Jacobs K (2021): Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 21, Heft 4, 7–14

Jacobs K, Rothgang H (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 66, Heft 5, 41–51

Jacobs K, Rothgang H (2013): Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 67, Heft 4, 24–27

Joebges H, Meinhardt V, Rietzler K, Zwiener R (2012): Kapitaldeckung in der Krise. Die Risiken privater Renten- und Pflegeversicherungen. WISO-Diskurs. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung

Reiners H (2013): Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.): *Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart, 175–196

Reiners H (2021a): Koalitionsvertrag: Weiße Salbe, große Holzwege und kleine Schritte. *Makroskop – Magazin für Wirtschaftspolitik* vom 29.11.2021

Reiners H (2021b): Beitragssatzstabilität neu denken. Zur Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 6, 6–11

Schmähl W (2005): „Generationengerechtigkeit“ als Begründung für eine Strategie „nachhaltiger“ Alterssicherung in Deutschland. In: Huber G, Krämer H, Kurz HD (Hrsg.): *Einkommensverteilung, technischer Fortschritt und struktureller Wandel: Festschrift für Peter Kalmbach*. Marburg: Metropolis, 441–459

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800 → Koalitionsvertrag 2021

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. April 2022)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Er hat Volkswirtschaftslehre in Bielefeld studiert und promovierte an der Freien Universität (FU) Berlin. Es folgten wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Jacobs ist Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Der Ampel-Koalitionsvertrag: von neuen Rollen und alten institutionellen „Gewissheiten“

von Dr. Christopher Hermann¹

ABSTRACT

Der gesundheitspolitische Teil des Ampel-Koalitionsvertrages offeriert ein buntes Allerlei. Die Programmatik der Regierungsparteien spielt dabei keine Rolle. Im Koalitionsvertrag selbst wird eine Priorisierung von Projekten kaum sichtbar. Versorgungspolitische Leerstellen der vorangegangenen Großen Koalition III werden aufgegriffen – allerdings meist ohne institutionelle Rollenzuweisung. Das korporatistische GKV-Regime als zukunftsfähiger funktionaler Ordnungsrahmen darf a priori als gesetzt gelten; es geht allenfalls um Inkrementelles. Dabei kommt Krankenkassen vornehmlich eine Funktion als Systemfinanzier zu. Der einzig als begrenzte Organisationsreform angekündigte Umbau des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hat allerdings das Potenzial dazu, gegebenenfalls die gesamte ordnungspolitische GKV-Statik zu erfassen.

Schlüsselwörter: Ampel-Koalitionsvertrag, Korporatismus, Ordnungspolitik, Stakeholder im Gesundheitswesen, Reformabsentismus

The health-political part of the traffic light coalition agreement offers quite a hodgepodge. The programmes of the governing parties seem irrelevant. The coalition agreement does not boast a visible prioritization. Omissions and failures of the Grand Coalition III are addressed – mostly, however, without institutional role assignments. The corporatist statutory health insurance regime as a future-proof functional regulatory framework is apparently taken for granted; what is supposed to come are incremental steps at best. Within the coalition agreement health insurance companies primarily function as system financiers. The Federal Joint Committee (GBA) is to undergo an organizational reform. Although this latter is announced as being of a limited size, it has the potential to affect the regulatory statics of the entire statutory health insurance system.

Keywords: traffic light coalition agreement, corporatism, regulatory policy, stakeholders in health care, lack of reforms

1 Koalitionsvertrag als Potpourri

Der rot-grün-gelbe Koalitionsvertrag (Ampel-Koalitionsvertrag) für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages unterbreitet in seinem Gesundheits- und Pflegekapitel ein buntes Potpourri verschiedenster Ankündigungen und Vorhaben (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 80–88*). Potenziell systemverändernde oder gar systemsprengende Reformabsichten finden sich im Text weder allgemein noch speziell mit Fokus auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Vor dem Hintergrund einerseits der Bilanz der letzten Großen Koalition (2018–2021), die gesundheitspolitisch sowohl unter struktur- und steuerungspolitischen Aspekten als auch aus ordnungspolitischer Perspektive im Ergebnis

als vertane Zeit abgehakt werden muss (*Jacobs 2021, 12; Schönbach 2021, 3; Hermann 2021a, Kapitel 6*), und andererseits der hoch ambitionierten Wahlprogramme der neuen Koalitionspartner aus dem Vorfeld der Bundestagswahlen Ende September 2021 ein durchaus ernüchternder Sachstand. Während SPD und Bündnis 90/Die Grünen übereinstimmend in ihren Programmen (erneut) den Übergang in ein monistisches Krankenversicherungssystem ankündigten – „Wir werden eine Bürgerversicherung einführen“ (*SPD 2021, 18*); „Unser Ziel ist eine solidarisch finanzierte Bürger*innenversicherung“ (*Bündnis 90/Die Grünen 2021, 123*) –, also weiterhin Systemveränderung proklamierten, und auch die FDP in ihrem Wahlprogramm vor einer „Strukturreform im stationären Sektor“ nicht zurückschreckte (*FDP 2021, 29*), bleibt der Koalitionsvertrag hinter dem da-

¹ Dr. phil. Christopher Hermann, c/o Wissenschaftliches Institut der AOK (WIÖ), Berlin · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de

mit möglicherweise erweckten Erwartungshorizont materiell wesentlich zurück.

Aufgerufen wird eine breite Palette von Themenfeldern mit im Einzelnen höchst unterschiedlicher gesundheits- oder pflegepolitischer Wertigkeit, ohne an irgendeiner Stelle augenfällig den Pfad allenfalls inkrementellen Wandels zu verlassen. Eine sinnvollerweise koalitionsintern vereinbarte thematische und/oder zeitliche Priorisierung von Projekten lässt sich anhand der Übereinkunft nur ausnahmsweise festmachen. So soll ein „Aktionsplan“ für ein „diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen ... bis Ende 2022“ erarbeitet (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 85), eine „Regierungskommission“, die Empfehlungen für eine „moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vorlegen soll, „kurzfristig“ eingesetzt (ebenda, 86) und als „Übergangsinstrument“ zur „verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)“ ebenfalls „kurzfristig“ eingeführt werden (ebenda, 81). Im Zusammenhang mit unmittelbar finanzwirksamen Maßnahmen tritt zeitlich konkreter fixiert ausschließlich im Bereich der Pflegeversicherung die Thematik der Dynamisierung des Pflegegeldes „ab 2022“ hinzu (ebenda, 81) (vergleiche näher Tabelle 1).

Ansonsten bleibt es allenthalben bei Absichtsbekundungen zu neuem gesetzgeberischen Handlungsbedarf („Gesundheitssicherstellungsgesetz“; SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 83), der Weiterentwicklung bestehender Regelwerke („Präventionsgesetz“; ebenda, 84) ohne näheren zeitlichen Horizont oder bei letztlich unverbindlichen Prüfaufträgen zur selbstgefälligen Abarbeitung (Contergan-Stiftung, individuelle Beitrittsrechte zur GKV; ebenda, 80, 88).

2 Neue Versorgung – alte Strukturen?

Wesentliche im Koalitionsvertrag von 2018 aufgeführte Reformprojekte zum Einstieg in eine zukunftsfähige gesundheitliche Versorgungslandschaft – ambulant-ärztliches Vergütungssystem, Notfallversorgung, sektorenübergreifende Versorgung – sind unter Bundesgesundheitsminister Spahn gar nicht oder allenfalls dilatorisch angegangen worden (Hermann 2021b, 39 f.). Trotz eines gesetzgeberischen Hyperaktivismus, der quantitativ jeden Vergleich mit Vorgängerregierungen problemlos zu seinen Gunsten entscheidet, hat dies gerade im Hinblick auf die Überwindung der tradiert höchst fragmentiert organisierten Versorgung in Deutschland keinerlei Fortschritt gebracht. Allenfalls wurde ordnungspolitisch die korporatistische Statik des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens in Richtung auf zentralstaatliche Präponderanz und Detailreglementierung verschoben („exekutiver Dirigismus“; Graf und Hermann 2019; Hermann 2020; gänzlich irreführend insoweit Bode 2021, 10).

Entsprechende Restanten aus der Spahn-Zeit recycelt der Ampel-Koalitionsvertrag. Es wird der Übergang angekündigt zu einer gemeinsam mit den Ländern zu entwickelnden „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“, die die gegenwärtige Bedarfsplanung im ambulanten Sektor und die stationäre Krankenhausplanung umfassen soll (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 84). Zudem verspricht die Koalition die Ambulantisierung „bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“. Dazu soll „zügig für geeignete Leistungen“ eine „sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ umgesetzt werden (ebenda). Im Weiteren soll die Notfallversorgung in „integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen“ (ebenda, 84 f.).

Während damit die Frage nach der institutionellen und administrativen Verortung der Umsetzungsverantwortung hinsichtlich der erneut aufgegriffenen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung einstweilen ebenso unbeantwortet bleibt wie im Falle der Transformation bisheriger ambulant und/oder stationär erbrachter Leistungen in Hybrid-DRGs – ein prominent seit Längerem vom Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen favorisiertes Vorhaben (SVR 2018, vor allem Ziffer 859 ff.; skeptisch jetzt: Bussmann et al. 2021, 22) –, werden einzig für die Absichten in der Notfallversorgung den Beteiligten veränderte Aufgaben und Kompetenzen näher zugeordnet. Die zentrale Akteursrolle soll bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) liegen. Ihr wird die „Option“ eröffnet, die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung in den zu schaffenden integrierten Notfallzentren selbst zu übernehmen oder „diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 85).

Auch wenn im Kontext letztlich unklar bleibt, wer hier eigentlich als „Betreiber“ konkret verpflichtet werden soll – derjenige des integrierten Notfallzentrums oder der des im Einzelfall eingebundenen Krankenhauses (eine Betreiberidentität steht nirgends in Rede) –, wird mit dieser Konzeption im Gegensatz zur ansonsten geübten operativen Abstinenz gleichzeitig zumindest ein Weg zur Umsetzung des Vorhabens skizziert. Anders als in der bisherigen Diskussion insbesondere vom SVR begründet vorgeschlagen, der für die republikweit neu zu etablierenden „integrierten Notfallzentren (INZ)“ eine neuartige gemeinsame Trägerschaft durch KV und ein jeweils beteiligtes Krankenhaus befürwortet (SVR 2018, Ziffer 1000 ff.), sieht der Koalitionsvertrag eine Logik zugunsten der KV vor. Deren konzeptionelle Überlegenheit zur Bildung perspektivisch tauglicher und stabiler Strukturen für die Notfallversorgung der Zukunft muss freilich einstweilen offen bleiben (so jetzt aber auch Bertelsmann Stiftung 2022, 13 f.; ablehnend: Bussmann et al. 2021, 21;

TABELLE 1

Ampel-Koalitionsvertrag: Gesundheits- und Pflegevereinbarungen

Vorhaben mit (näher) bestimmtem Zeithorizont

Zeitraumen	Vorhaben
ab 2022	• Dynamisierung Pflegegeld
bis Ende 2022	• Aktionsplan diverses, inklusives, barrierefreies Gesundheitswesen
bis Ende 2023	• Vorschläge Expertenkommission für freiwillige, paritätisch finanzierte Pflege-Vollversicherung
kurzfristig	• Einsetzung Regierungskommission für moderne, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung • „auskömmliche“ Finanzierung Pädiatrie, Notfallversorgung, Geburtshilfe • Einführung verbindliche Personalbemessung im Krankenhaus mit Pflegepersonalregelung 2.0
„zügig“	• Ambulantisierung stationär erbrachter Leistungen

Leber 2021, 28). Die Koalition setzt damit gleichzeitig unübersehbar auf Kontinuität und – soweit erkennbar voraussetzungslos – auf die Zukunftsfähigkeit der Institutionen und Organisationsmuster des tradierten korporatistischen Regimes im deutschen Gesundheitssystem.

3 Institutioneller Absentismus ...

3.1 ... gegenüber Leistungserbringergruppen

Angesichts des permanent wachsenden, massiven Timelags zwischen Erkenntnis über die zentralen Ursachen für wesentliche Insuffizienzen und Qualitätsdefizite in der real existierenden bundesdeutschen gesundheitlichen Versorgungslandschaft einerseits und durchgreifenden gesetzgeberischen Anläufen zum (sukzessiven) Abbau dieser Ungleichzeitigkeit in der Versorgungsrealität andererseits kann schon erstaunen, mit welcher offenkundigen Selbstverständlichkeit das tradierte Akteurs- und Organisationsgefüge im Ampel-Koalitionsvertrag prolongiert wird. Maßgebliche Strukturprobleme gerade des GKV-Systems sind, ausgehend von den Arbeiten der Enquete-Kommission „GKV-Reform“ vor mittlerweile mehr als 30 Jahren (Deutscher Bundestag 1988; Deutscher Bundestag 1990) und darauf aufbauend seitherigen vielfachen Gutachten namentlich des SVR hinlänglich analysiert und bekannt (dazu auch Hermann et al. 2021, 8). Spätestens seit Anfang des Jahrhunderts darf als ordnungs- wie versorgungspolitisch gesetzt gelten, dass die international einzigartig segmentierte

gesundheitliche Versorgungsstruktur eine zentrale Ursache für eine Reihe von Schwächen und eine oftmals unbefriedigende Input-Output-Relation hinsichtlich verschiedener Versorgungssettings abgibt (für alle: Schölkopf und Grimmeisen 2021, vor allem 271 ff., mit weiteren Nachweisen).

Seine erstmals zu Beginn des Jahrhunderts dokumentierte Mängelliste im Hinblick auf „professionen-, institutionen- und sektorenübergreifende Maßnahmen“ zur „Flexibilisierung des Systems“ mit dem Ziel eines „nachhaltigen Abbaus von Über- und Fehlversorgung“ (SVR 2001, Bd. III, Ziffer 136, 139) konnte der SVR deshalb rund 20 Jahre später inhaltlich auch nur wiederholen: „Die Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt.“ Ursache der mangelhaften bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung sei die „strikte Abschottung der einzelnen Leistungssektoren“. Erforderlich seien, „auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer durchschaubar sind“, eine effektivere und effizientere Steuerung und der Abbau „der immer noch viel zu hohen Mauer zwischen ambulanter und stationären Versorgung“ (SVR 2018, Ziffer 1310, 1298).

Angesichts dieser Dauerd Diagnose von berufener Seite zum offenkundigen Handlungs- und Umsetzungsmanko verfestigt sich das Befremden darüber, welches geradezu minimalistische Augenmerk der Koalitionsvertrag systemischen Fragen widmet. Die seit Langem in Rede stehenden institutionellen Blockade- und Beharrungstendenzen geben jedenfalls objektiv alles andere als eine Quantité négligable ab. Die „Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche“ (Knieps und Müller 2017,

TABELLE 2

Ampel-Koalitionsvertrag: Gesundheits- und Pflegevereinbarungen

Adressierter institutioneller Änderungsbedarf

Institution	Vorgesehene Änderungen
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	Auflösung; geht auf in Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BiöG)
Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BiöG)	Neugründung; Bündelung Public-Health-Aktivitäten inklusive BZgA
Robert Koch-Institut (RKI)	Herstellung Weisungsungebundenheit in wissenschaftlicher Arbeit
Rettungsleitstellen und Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen	„Verschränkung“
Gematik GmbH (zuvor: Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH)	Ausbau zu „digitaler Gesundheitsagentur“
Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)	Beschleunigung Entscheidungen; Erweiterung Mitsprache Patientenvertretung, Pflege-/Gesundheitsberufe, namentlich Deutscher Pflegerat
Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZV), Krankenkassen	Paritätische Beteiligung von Frauen in Führungsgremien
Unabhängige Patientenberatung (UPD)	Überführung in staatsferne, unabhängige Struktur

Quelle: SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021), 81-88; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

Rn 2) kann trotz verschiedener gesetzgeberischer Ansätze innerhalb vergangener Legislaturperioden (Übersicht bei *Ebsen und Wallrabenstein 2018, Rn 8*) nach wie vor gerade nicht als überwunden gelten. Ob Institutionen und Arrangements eines GKV-Regimes, das sich als zunehmend hochkomplexes „System abgestufter Regulierung“ (*ebenda, Rn 20*) mit einer international weitgehend singulären korporatistischen „Zwischenschicht“ (*Becker und Kingreen 2020, Rn 6*) darstellt und deren Grundstruktur insbesondere im zentralen niedergelassenen ärztlichen Bereich aus der Konsolidierungsperiode der Adenauer-Ära Mitte der 50er-Jahre des letzten Jahrhunderts stammt (Gesetz über Kassenarztrecht/GKAR vom August 1955 als Kristallisationspunkt damaliger „Restaurationsgesetzgebung“; *Hänlein 2018, Rn 58*), unbeirrt als funktionaler Ordnungsrahmen für die solidarische Krankenversicherung im dritten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts und darüber hinaus taugt, erschließt sich für die Ampel-Koalitionäre offensichtlich schon allein als Fragestellung nicht.

Partieller Reformbedarf wird dementsprechend, konkret bezogen auf den KV-Bereich, auch einzig innerorganisatorisch in Bezug auf genderspezifische Gleichstellungsaspekte bei der „paritätischen Beteiligung von Frauen in den Führungsgremien“ artikuliert (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 86*). Ansonsten bemerkt der Koalitionsvertrag ord-

nungspolitisch in der GKV keinerlei Novellierungs- oder gar Restrukturierungsanlass. Er setzt grundsätzlich im gesamten Gesundheits- und Pflegekapitel für die Leistungserbringerseite, abgesehen von wenigen Ausnahmen (siehe dazu Tabelle 2 und Kapitel 4), ganz auf Status quo fixierte Stakeholder- und Institutionenkontinuität.

3.2 ... gegenüber Krankenkassen

Nichts anderes als hinsichtlich der Leistungserbringer gilt mit Blick auf Rolle und Funktion von Krankenkassen. Sie werden im Koalitionsvertrag kontextuell insgesamt sechsmal vornehmlich auf dem Niveau von Petitionen adressiert. Warum sie allerdings überhaupt parallel mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls bei der beabsichtigten Stärkung der Beteiligung von Frauen in Führungspositionen aufgeführt sind (*SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 86*), erschließt sich bei der erst im August 2021 mit dem Zweiten Führungspositionengesetz in Kraft getretenen Vorgabe, dass zukünftig ein mehrköpfiger Kassenvorstand zwingend „mit mindestens einer Frau“ besetzt sein muss (§ 35a Abs. 4 Satz 2 SGB IV), nicht.

Im Weiteren sollen in Verbindung mit der angekündigten Wiedervorlage des Präventionsgesetzes die Möglichkeiten für Krankenkassen, „Beitragsmittel für Werbemaßnahmen

und Werbegeschenke zu verwenden“, zugunsten „verstärkter Prävention und Gesundheitsförderung“ reduziert werden (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 84). Hier bricht sich ein Vorhaben Bahn, das angesichts des bereits seit mehreren Dekaden durch die Aufsichtsbehörden (zuletzt Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze 2016, Rn 17) auf 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 Abs. 1 SGB IV) je Mitglied strikt limitierten Haushaltstitels (2021: 4,94 Euro je Jahr) als „purer Populismus“ (Knieps 2021, 9) charakterisiert werden darf (vergleiche auch § 4a Abs. 4 SGB V in der Fassung des am 1.4.2020 in Kraft getretenen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes). Im Gegensatz dazu meint der Koalitionsvertrag an anderer Stelle, dass die Möglichkeiten für Krankenkassen durchaus verstärkt werden sollen, Versicherten „auch monetäre Boni für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewähren“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 88) – von notwendiger Evidenzbasierung ist keine Rede. Zudem werden die Krankenkassen im Abschnitt „Gesundheitsfinanzierung“, der angesichts der desaströsen finanziellen Lage der GKV (Hermann 2021b, 40) allzu „dürftig“ ausgefallen ist (Knieps 2021, 11), kurz erwähnt, wenn es um die Weiterentwicklung des unter schwarz-gelber Koalition eingeführten, mittlerweile zehn Jahre in Kraft befindlichen Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) geht: „Wir stärken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise. Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 88).

Schließlich erfolgt eine auf den ersten Blick wundersame Reminiszenz an die seit den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts von parteipolitisch höchst unterschiedlich zusammengesetzten Regierungen wiederholt in ihre Koalitionsverträge als ordnungspolitisches Credo aufgenommenen Ankündigungen zur forcierten wettbewerblichen Ausrichtung des GKV-Systems. Verkündet wird ganz unvermittelt eine „Ausweitung des gesetzlichen Spielraums für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern“, um auf diese Weise „innovative Versorgungsformen zu stärken“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 85; siehe die wortgleiche Formulierung im FDP-Wahlprogramm: FDP 2021, 31).

Freilich deutet daneben – wie gezeigt – nichts im Koalitionsvertrag darauf hin, dass hier tatsächlich an eine faktisch belastbare Revitalisierung nachhaltiger wettbewerblicher Orientierung des GKV-Systems gedacht wäre, wie sie im Anschluss an den historischen Aufschlag von Lahnstein 1992 diskutiert wurde. Die im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vor einer Generation angelegte neue Systemlogik mit dem Leitbild Wahlfreiheit für mündige Bürger in einer Zivilgesellschaft an der Schwelle eines neuen Jahrhunderts, verbunden mit dem gleichzeitigen Aufbau einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ in der GKV (Jacobs und Rebscher 2014, 54 ff.), hat zwar ein zeitweise programmatisch beliebtes ordnungspolitisches Narrativ abgegeben. Es ging aber real nie um Substitution, sondern stets al-

lenfalls um Supplierung des tradierten korporatistischen Vertragsgefüges (Hermann 2020, vor allem Kapitel 5).

In eine solche Form von „Tradition“ lässt sich der Ampel-Koalitionsvertrag nahtlos einreihen. Die Vorstellung, Wahlfreiheit und Wettbewerb in der GKV als systemisches Grundmotiv mit dem Ziel der Optimierung von Qualität und Effizienz zu implementieren, hat sich im relevanten politischen Spektrum bereits spätestens mit der Agenda der letzten Großen Koalition auch programmatisch erledigt. Im Koalitionsvertrag von 2018 fanden Krankenkassen als aktive Mitgestalter der Versorgung nicht mehr statt. Seit der Corona-Pandemie sind die Krankenkassen – ohne erkennbare Abwehr – endgültig (wieder) im Wesentlichen auf die administrative Funktion des (verlässlichen) Systemfinanziers geschrumpft worden (Hermann 2020, Kapitel 7).

Hinsichtlich ihrer Rolle und Funktion schließt der Ampel-Koalitionsvertrag hier nahtlos an. Krankenkassen sollen untereinander im Wesentlichen über interne Dienstleistungsangebote und allenfalls noch über das eine oder andere Nischenprodukt („Bonuszahlungen“, siehe oben) um Versicherte „konkurrieren“. Sie sollen zwar neben ihrer „Servicequalität“ auch ihre „Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen“ müssen (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 88). Von selektivvertraglichem Versorgungswettbewerb, dessen normativ unterfütterter Förderung zulasten des überkommenen Regelversorgungssystems oder dem einstmaligen antizipierten fundamentalen Rollenwandel vom „Payer“ zum „Player“ ist ebenso wie bei der Vorgängerkoalition definitiv keine Rede mehr.

4 Institutionelle Performance ...

4.1 ... im Gesundheitswesen im Allgemeinen

In einigen speziellen Konstellationen verlässt der Koalitionsvertrag seinen institutionellen Absentismus und kündigt sehr wohl Veränderungswillen der Ampel-Koalitionäre an (vergleiche Tabelle 2). Prominent soll die seit 1967 bestehende Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem neuartigen „Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit“ am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgehen. Vorgesehen ist, dort über den engeren Public-Health-Bereich hinaus „die Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und die Gesundheitskommunikation des Bundes“ anzusiedeln (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 83). Damit soll offensichtlich eine zentralstaatliche Antwort gegeben werden auf die durch die Corona-Pandemie öffentlich höchst transparent gewordenen eklatanten Defizite bei der Erbringung öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen (Kuhn und Wildner 2020,

16 ff.; Hermann et al. 2021, 7 f), die wesentlich durch die Länder als eigene Angelegenheit zu erbringen sind (Art. 30, 70, 83 GG). Wenn auch die Auflösung der BZgA „ nirgendwo großes Bedauern auslösen“ sollte (Altgeld 2022, 21), bleibt bereits konzeptionell offen, welche Kernaufgaben einem neuen Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit angesichts des verfassungsrechtlichen Kompetenzgefüges zukommen können.

Zudem wird im Koalitionsvertrag explizit festgehalten, dass das Robert Koch-Institut (RKI) zukünftig „in seiner wissenschaftlichen Arbeit weisungsungebunden sein“ soll (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 84). Bisher bildet das RKI eine selbstständige Bundesoberbehörde, die im Geschäftsbereich des BMG angesiedelt ist (Art. 87 Abs. 3 Satz 1 GG); es fungiert im Rahmen des Infektionsschutzes insbesondere als eine Art „epidemiologische Leitstelle“, die auch Forschung zur Erfüllung infektionsschutzrechtlicher Verwaltungsaufgaben betreibt (Kingreen 2021, Rn 17, 98). Die Erwähnung im Koalitionsvertrag knüpft augenfällig an Überlegungen an, wie sie sich im Bundestagswahlprogramm der FDP detaillierter ausgebreitet finden. Dort wird festgehalten, dass das RKI „keine politikabhängige Behörde“ sein dürfe und nach dem „Vorbild der Deutschen Bundesbank“ in eine unabhängige Institution umzuwandeln sei (FDP 2021, 29).

Ob freilich solche Vorstellungen beziehungsweise diejenigen des Koalitionsvertrages tatsächlich weiterverfolgt werden, könnte zumindest zweifelhaft sein. Hier dürfte der öffentlichkeitswirksame Konflikt von Bedeutung sein, den das seit Beginn der pandemischen Lage Anfang 2020 im Fokus des Medieninteresses stehende RKI Anfang Februar 2022 entfacht hat, als es – offenbar ohne politische Abstimmung mit BMG und Bundesregierung – kurzfristig die Reduzierung des Genesenenstatus nach einer überstandenen Covid-19-Infektion (von sechs auf drei Monate; § 2 Abs. 5 Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung) verfügte (Slavik 2022; Schmoll 2022).

4.2 ... in der GKV im Speziellen

Die substanzielle Verifikation des tradierten funktionalen GKV-Ordnungsgefüges, die die Vereinbarungen zur Gesundheits- und Pflegepolitik im Ampel-Koalitionsvertrags breitflächig ausstrahlt, wird lediglich an der Stelle partiell unter Vorbehalt gestellt, wenn eine „Reform“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) angekündigt wird (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 87). Der zudem im GKV-Kontext vorgesehene Ausbau der Gesellschaft für Telematik (gematik, GfT) zu einer „digitalen Gesundheitsagentur“ (ebenda, 83) dürfte unter ordnungs- und steuerungspolitischen Aspekten wenig spektakulär ausfallen. Hier hat die von der letzten Großen Koalition im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2019 bewerkstelligte grundlegende Neujustierung der Gesellschafteranteile mit der Überführung der GfT von einer durch zentrale

Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung maßgeblich getragenen Institution in eine mehrheitlich vom BMG beherrschte und damit von der Exekutive kontrollierte Gesellschaft (§ 291b Abs. 2 SGB V beziehungsweise seit Inkrafttreten des Patientendaten-Schutz-Gesetzes – PDSG – am 20.10.2020, § 310 SGB V) die Weichen prinzipiell neu gestellt.

Für den GBA wird im Koalitionsvertrag explizit festgehalten, dass die Koalition mit einer Reform dessen Entscheidungen zu „beschleunigen“, die Patientenvertretung im Gremium „stärken“ und, „sobald“ Pflege und andere Gesundheitsberufe „betroffen“ sind, diesen Verbänden „weitere Mitsprachemöglichkeiten (einräumen)“ sowie dabei namentlich den Deutschen Pflegerat „als Stimme der Pflege“ im GBA „stärken“ möchte (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP 2021, 87, 83).

Was damit bei erster, oberflächlicher Betrachtung als materiell eng begrenzte Novellierung derzeitigen GBA-Organisationsrechts (insbesondere § 91 SGB V) angesehen werden könnte (Anpassungen zu Fristen und Beteiligten), kann sich freilich für die Koalition bei näherer Befassung schnell als äußerst diffizile Angelegenheit entpuppen. Schließlich handelt es sich beim GBA durch die in seinem Beschlussgremium konzentrierten Entscheidungskompetenzen zum GKV-Leistungs- und Leistungserbringungsrecht um die „beherrschende Steuerungsinstanz“ mit „überragender Bedeutung für alle am System der GKV beteiligten Akteure und Betroffenen“ (Schmidt-De Caluwe 2020, § 91 Rn 4; ebenso Ebsen und Wallrabenstein 2018, Rn 17). Seine Beschlüsse – vor allem die von ihm erlassenen Richtlinien – sind für alle Beteiligten unmittelbar verbindliches Recht (§ 91 Abs. 6 SGB V).

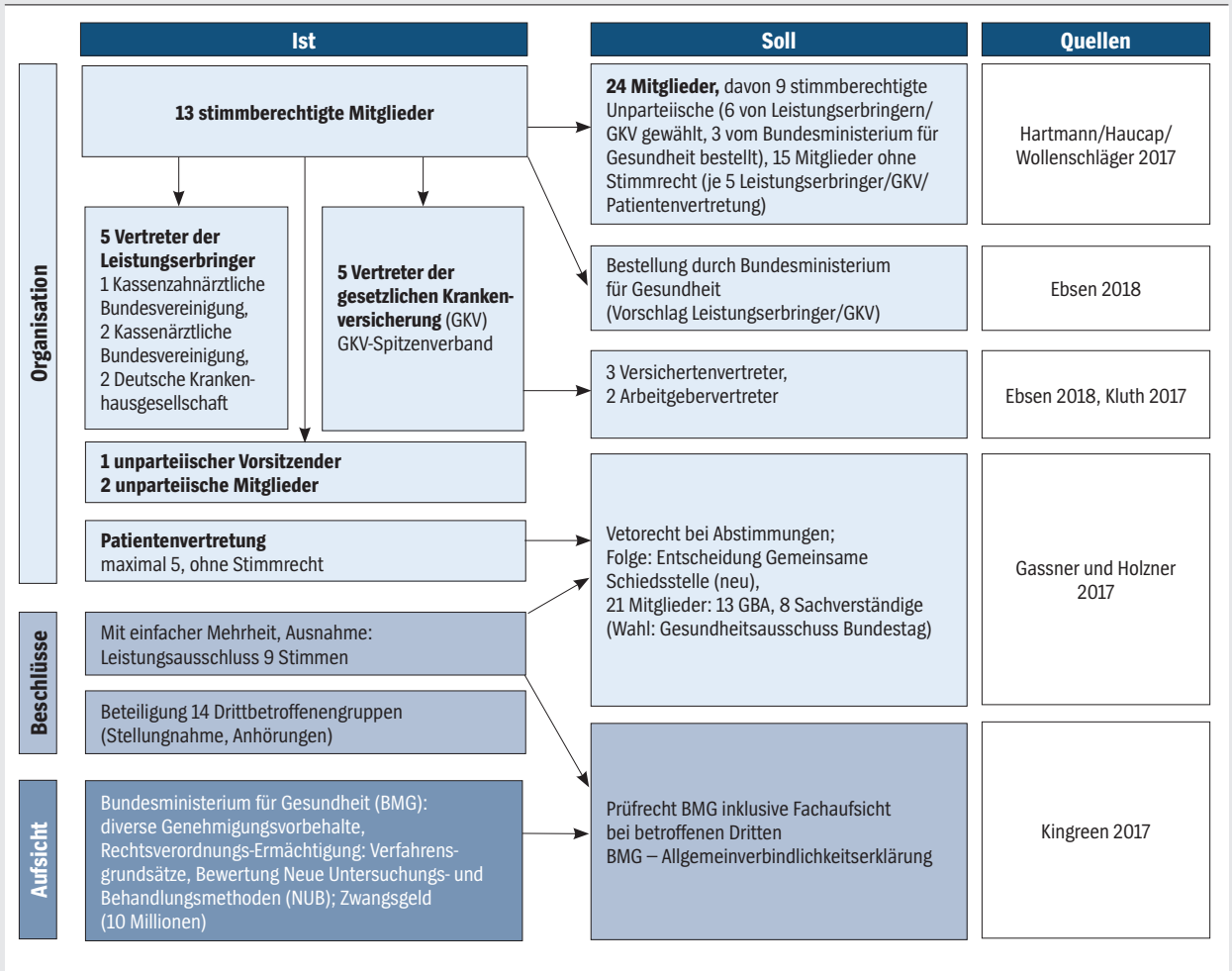
Allein das im Koalitionsvertrag festgehaltene Ansinnen, einerseits Entscheidungen des GBA zu beschleunigen – also im Wesentlichen die Verfahrensabläufe im Gremium – und andererseits gleichzeitig neue, derzeit als nicht ausreichend repräsentiert angesehene oder gar nicht eingebundene Gruppen wirkungsvoll in die Entscheidungsfindung und/oder unmittelbar in die Beschlussfassung einzubeziehen, dürfte einer Quadratur des Kreises nahekommen. Da den Richtlinien des GBA – primär gebündelt in § 92 Abs 1 SGB V und ansonsten über einschlägige Normen des SGB V weit gestreut (Übersicht bei Schmidt-De Caluwe 2020, § 92 Rn 3) – für alle Leistungsbereiche die „zentrale Steuerungsfunktion“ zukommt (Kingreen 2019, 158), lassen sich trotz inzwischen 14 verschiedenen Anhörungsverpflichtungen gegenüber einzelnen Leistungserbringergruppen (Ebsen 2018, 932) unschwer weitere betroffene Vereinigungen ausmachen, die subjektiv nachvollziehbar eine (intensivere) Beteiligung erfordern können.

Dabei ist die – vorgelagerte – grundsätzliche Fragestellung nach der demokratischen Legitimation des GBA, verbindliche Regelungen gegenüber Leistungserbringergruppen zu treffen, die im GBA (direkt) gar nicht repräsentiert

ABBILDUNG 1

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) – Reformszenarien

Organisation – Beschlüsse – Aufsicht



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2022

sind, noch überhaupt nicht behandelt. In der gesamten Historie des GBA und seiner Vorläuferorganisationen seit Etablierung im GKAR vor weit mehr als 60 Jahren (siehe oben Kapitel 3.1) hat lediglich eine weitere Institution – die Krankenhausträger in Gestalt der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – eine Eigenständigkeit im GBA erreicht (siehe Abbildung 1).

Solche Überlegungen führen dann aber unmittelbar in die seit Jahren in Fachkreisen intensiv kontrovers geführte Diskussion um die ausreichende demokratische Legitimation des GBA als Körperschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung insgesamt. Seit einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG)

von Ende 2015 (BVerfGE 140, 229 ff. vom 10.11.2015) darf diese Frage als verfassungsrechtlich offen gelten. Das BVerfG hat zwar dort die sich gegen die hinreichende demokratische Legitimation des GBA wendende Verfassungsbeschwerde im Ergebnis als unzulässig verworfen. Allerdings erfolgt die Abweisung allein „mangels hinreichender Substantiierung“, dass es im angegriffenen Kontext konkret an der demokratischen Legitimation des GBA zur Aufnahme von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten in die Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV (§ 31 Abs 1 S 2 SGB V) fehle (ebenda, Rn 19). Die „generellen und allgemeinen Zweifel an der demokratischen Legitimation“ des GBA seien indessen „durchaus gewichtig“ (ebenda, Rn 22).

Im Kern kreist die verfassungsrechtliche Debatte um zwei Fragenkomplexe, die hier nur angerissen werden können, aber politisch spätestens dann adäquat entschieden werden müssen, wenn die Ampelkoalition ihre eigene Vereinbarung ernst nimmt und sich anschickt, sie zu operationalisieren: Wie lässt sich die Richtlinienkompetenz des GBA(-Beschluss-gremiums) ausreichend „betroffenenpartizipatorisch“ legitimieren? Und wie lässt sich eine demokratische Legitimation durch eine „hinreichend starke gesetzgeberische Determinierung der zu treffenden Entscheidungen“ des GBA herstellen (Ebsen 2018, 933; siehe auch Wallrabenstein 2015, 241; Kingreen 2019, 157, jeweils mit weiteren Nachweisen)?

Dabei erweist sich die im Raum stehende ordnungspolitische Dimension als eindeutig: Sollten sich die heutigen Befugnisse des GBA auch nur in Teilen letztlich als verfassungsrechtlich nicht haltbar erweisen, hat dies „Auswirkungen auf nahezu die gesamte untergesetzliche Normsetzung der Sozialversicherung“ (Axe 2017, 603) und damit auf das Gebäude des tradierten GKV-Steuerungsregimes insgesamt. Der Fundus an thematisch einschlägigen Vorarbeiten ist entsprechend gewaltig. Nach dem Bekanntwerden des BVerfG-Beschlusses hat das BMG selbst gleich drei Gutachten zur Frage der verfassungsrechtlichen Legitimation des GBA und gegebenenfalls seiner Stärkung beauftragt. Die jeweils mehrere Hundert Seiten umfassenden Gutachten, die weit differierenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf ausmachen (näher Abbildung 1), befinden sich seit Ende 2017 in den Schubladen des BMG (Gassner und Holzner 2017; Kingreen 2017; Kluth 2017). Die letzte Große Koalition hat sie dort liegen lassen. Die Ampelkoalition wird auch an dieser Stelle deutlich mehr Gestaltungskraft entwickeln müssen.

5 Potpourri priorisieren

Im Spiegel der ambitionierten Vorstellungen der Koalitionsparteien aus der Vorwahlperiode und dem eigenen titelgebenden Slogan des Koalitionsvertrages („Mehr Fortschritt wagen“) lässt das in weiten Teilen unsortierte Potpourri der gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben ohne Prioritätensetzung eines deutlich erkennen: Weder das bekannte ordnungspolitische Koordinatensystem noch seine tradierten zentralen Akteure stehen für die Koalitionäre in den kommenden Jahren ernsthaft zur Disposition. Allenfalls die Rollen ausgesuchter Stakeholder (zentral GBA) sollen einen partiellen Wandel erfahren. Ob dies angesichts der desaströsen strukturellen wie finanziellen Hinterlassenschaft der letzten Großen Koalition ausreicht, darf bezweifelt werden. Will die Ampelkoalition mehr als kurzatmig agieren und zukunftstaugliche Lösungen durchsetzen, kommt sie an einer strukturellen Prioritätensetzung nicht vorbei und muss dabei auch altbekannte Akteursrollen kritisch in den Blick nehmen.

Literatur

- Altgeld T (2022):** New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 22, Heft 1, 16–23
- Axe P (2017):** Etatisierung der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung? Neue Zeitschrift für Sozialrecht, Jg. 26, Heft 16, 601–608
- Becker U, Kingreen T (2020):** § 69, in: Becker U, Kingreen T (Hrsg.), 766–793
- Becker U, Kingreen T (Hrsg.) (2020):** SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. München: C. H. Beck
- Bertelsmann Stiftung (2022):** Neuordnung der Notfallversorgung. Ergebnisse eines Panels von Expertinnen und Experten zur Entwicklung einer umsetzbaren Reform; bertelsmann-stiftung.de → Suchen: Notfallversorgung
- Bode I (2021):** Regulierungsperspektiven für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 3, 7–14
- Bündnis 90/Die Grünen (2021):** Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021; gruene.de → Programm → Wahlprogramm
- Bussmann J, Pfirsig V, Fark M, Draeger S (2021):** Wird der Koalitionsvertrag den Herausforderungen einer notwendigen Krankenhausreform gerecht? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 75, Heft 6, 18–23
- Deutscher Bundestag (1988):** Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 31. Oktober 1988. Drucksache 11/3267 vom 7. November 1988. Bonn
- Deutscher Bundestag (1990):** Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Drucksache 11/6380 vom 12. Februar 1990. Bonn
- Ebsen I (2018):** Brauchen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine neue rechtliche Fundierung? Medizinrecht, Jg. 36, Heft 12, 931–939
- Ebsen I, Wallrabenstein A (2018):** Krankenversicherungsrecht. In: Ruland F, Becker U, Axe P (Hrsg.), 777–840
- FDP (2021):** Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten; fdp.de → Programm → Bundestagswahlprogramm
- Gassner U, Holzner T (2017):** Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Legitimation des G-BA. Endbericht. Augsburg und Bayreuth
- Graf J, Hermann C (2019):** Exekutiver Dirigismus – Die „Methode Spahn“ am Beispiel des Innovationsfonds. Observer Gesundheit vom 8. Oktober 2019, observer-gesundheit.de → Suchen: Exekutiver Dirigismus
- Hänlein A (2018):** Geschichte des Sozialrechts. In: Ruland F, Becker U, Axe P (Hrsg.), 83–130
- Hartmann S, Haucap J, Wollenschläger F (2017):** Reformkommission G-BA der Stiftung Münch. Vorschläge zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses: Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit stärken; www.stiftung-muench.org → Publikationen → 16 Reformvorschläge
- Hermann C (2020):** Narrativ im Kaffeesatz oder das GKV-System 2020 auf der Rutschbahn des exekutiven Dirigismus. Observer Gesundheit vom 17. September 2020; observer-gesundheit.de → Suchen: Exekutiver Dirigismus

Hermann C (2021a): Spahns exekutiver Dirigismus vor dem Offenbarungseid. Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) als Politiksubstrat. *Observer Gesundheit* vom 6. Januar 2021; observer-gesundheit.de → Suchen: Spahns exekutiver Dirigismus

Hermann C (2021b): Vernetzung und Vertragsalternativen verbessern die Versorgung oder Versorgungsstrukturierung in der Dauerwarteschleife. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 6, 37–43

Hermann C, Knieps F, Reiners H (2021): Schwerpunkte einer Gesundheitspolitik für die neue Wahlperiode. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 4–5, 6–11

Jacobs K, Rebscher H (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 45–73

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

Kingreen T (2017): Optionen zur Stärkung der demokratischen Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, Rechtsgutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Regensburg

Kingreen T (2019): Mehr Staat wagen! Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss. *Vierteljahresschrift für Sozialrecht*, Jg. 37, Heft 2, 155–172

Kingreen T (2021): Grundlagen des deutschen Infektionsschutzrechts: In: Huster S, Kingreen T (Hrsg.): *Handbuch Infektionsschutzrecht*. München: C. H. Beck, 3–64

Kluth W (2017): Rechtsgutachten. Verfassungsrechtliche Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Halle (Saale)

Knieps F (2021): Mehr Fortschritt wagen – Der Vertrag der Ampelkoalition zwischen vorsichtiger Erneuerung und rasendem Stillstand. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 6, 6–11

Knieps F, Müller EM (2017): Neue Versorgungsformen. In: Schnapp F, Wigge P (Hrsg.): *Handbuch des Vertragsarztrechts*. München: C. H. Beck, 417–455

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 4, 15–22

Leber W (2021): Besser als der letzte Koalitionsvertrag. Die Vorhaben der Ampel-Koalition im Krankenhausbereich. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 6, 24–29

Ruland F, Becker U, Axer P (Hrsg.) (2018): *Sozialrechtshandbuch (SRH)*. Baden-Baden: Nomos

Schmidt-De Caluwe R (2020): §§ 91, 92, in: Becker U, Kingreen T (Hrsg.), 1039–1070

Schmoll D (2022): Den Rücken gestärkt. Bundesregierung stellt sich hinter RKI-Chef Wieler. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 8. Februar 2022, Nr. 32, 4

Schölkopf M, Grimmeisen S (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. *Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schönbach KH (2021): Mehr Fortschritt wagen für Gesundheit und Pflege? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 75, Heft 6, 3–4

Slavik A (2022): Zwei sind einer zu viel. *Süddeutsche Zeitung* vom 4. Februar 2022, Jg. 75, Nr. 28, 2

SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands) (2021): Aus Respekt vor Deiner Zukunft. Das Zukunftsprogramm der SPD; spd.de → Programm

SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800 → Koalitionsvertrag 2021

SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I–III. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn und Berlin

Wallrabenstein A (2015): Anmerkung zu BVerfG, Beschluss vom 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12. *Kranken- und Pflegeversicherung. Rechtspraxis im Gesundheitswesen*, Jg. 67, Heft 6, 240–241

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 21. März 2022)

DER AUTOR



Dr. phil. Christopher Hermann,

Jahrgang 1955, ist seit Langem als Experte im Gesundheitswesen aktiv. Er studierte Geschichte, Politik- und Rechtswissenschaft in Marburg und Berlin und hat mit einer mehrfach ausgezeichneten Arbeit zur Gleichstellung der Frau im Rentenrecht promoviert. Nach Tätigkeit beim Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages war er zehn Jahre im Sozial- und Gesundheitsministerium NRW tätig, zuletzt als Gruppenleiter zuständig unter anderem für die Aufsicht über Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und die Kammern im Gesundheitswesen. Seit Mitte 2000 war er Mitglied des Vorstands der AOK Baden-Württemberg und von 2011 bis Ende 2019 ihr Vorstandsvorsitzender.

Foto: privat

Verringerte Antibiotikagabe bei Kleinkindern mit ambulant erworbener Lungenentzündung

von Anja Debrodt*

Antibiotikaresistenz, bedingt durch übermäßigen und Fehlgebrauch, gehört zu den großen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit. Eine Antibiotika-Therapie ist darum hinsichtlich Indikation, Dauer und Dosis möglichst passgenau zu gestalten. Dies gilt auch für Kleinkinder mit ambulant erworbener Lungenentzündung, denen häufig Antibiotika verschrieben werden, obwohl schwer zu prognostizieren ist, inwiefern sie tatsächlich davon profitieren.

1 Was ist das Problem?

Weltweit sind pädiatrisch ambulant erworbene Pneumonien (pediatric Community Acquired Pneumonia, pCAP) eine häufige Indikation für die Verschreibung von Antibiotika. Dabei weichen die Behandlungsschemata hinsichtlich Behandlungsdauer und Dosierung international voneinander ab. Deshalb stellt sich vor dem Hintergrund eines rationalen Einsatzes von Antibiotika die Frage, welche Behandlungsstrategie ein evidenzbasiertes Vorgehen darstellt.

2 Wie wurde untersucht?

Die multizentrische, randomisierte Nicht-unterlegenheits-Studie, an der sich 29 Kliniken aus Großbritannien und Irland beteiligten, schloss zwischen Februar 2017 und April 2019 814 Kinder ab sechs Monaten mit einem Gewicht zwischen 6 und 24 Kilogramm ein. Die Kleinkinder wiesen eine klinisch diagnostizierte CAP auf und waren entweder zuvor maximal 48 Stunden in stationärer Behandlung oder wurden als Notfall in einer Klinik behandelt. Sie wurden in vier Gruppen eingeteilt, die entweder drei oder sieben Tage lang entweder 35–50 mg/kg oder 70–90 mg/kg Amoxicillin zweimal täglich oral einnahmen.

3 Was ist herausgekommen?

Den primären Endpunkt, die erneute antibiotische Behandlung im Rahmen eines Infektes der Atemwege innerhalb von 28 Tagen nach der Randomisierung, erreichten 139 Kinder (12,6 Prozent mit niedriger und 12,4 Prozent mit der höheren Dosierung). Im kurzen wie im langen Behandlungsarm betraf das jeweils 12,5 Prozent. Damit wurde die Nichtunterlegenheit erreicht.

Betrachtet man die Subgruppe der Kinder mit schwerer pCAP, so erreichten 17,3 respektive 16 Prozent den primären Endpunkt, wenn sie die niedrigere Dosierung oder die Kurzzeittherapie erhalten hatten. Bei höherer Dosis oder Langzeittherapie waren es 13,5 beziehungsweise 14,8 Prozent. Für beide Konstellationen waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant. Im Bereich der 14 definierten sekundären Endpunkte (etwa Erbrechen, Fieber, erhöhte Atemfrequenz, verminderter Appetit) gab es lediglich bei der Dauer des Hustens und hustenbedingter Schlafstörungen einen signifikanten Unterschied. Die Kinder im kurzen Studienarm husteten im Mittel zwölf Tage lang, die im langen zehn.

4 Wie gut ist die Studie?

Die hochwertige Studie gibt Hinweise darauf, dass eine Verkürzung der Antibiotikagabe auf drei Tage oder eine Verringerung der Dosis auf 35–50 mg/kg keine Nachteile mit sich bringt. Im Nasen-Rachen-Abstrich gab es zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Dosierung oder Therapiedauer nach 28 Tagen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Pneumokokken-Last oder der Penicillinresistenz. Die Studie war nicht geeignet, eine Aussage zu einer kurzen und zugleich niedrig dosierten Behandlung zu treffen. Weitere Studien sind notwendig, um Therapie-Schemata zu entwickeln, die so kurz wie möglich und an den Schweregrad angepasst sind, Behandlungseffektivität und Patientensicherheit gewährleisten und der Entwicklung von Resistenzen vorbeugen.

Quelle: Bielicke JA et al.: Effect of Amoxicillin Dose and Treatment Duration on the Need for Antibiotic Re-treatment in Children with Community-Acquired Pneumonia. The CAP-IT Randomized Clinical Trial. JAMA 2021; 326:1713-24

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

In dieser großen multizentrischen, randomisierten Studie konnte beeindruckend gezeigt werden, dass die pädiatrische ambulant erworbene Pneumonie (pCAP) mit einer kurzen dreitägigen Standard-Aminopenicillin-Behandlung sicher und effektiv behandelt werden kann. Aktuell empfiehlt die AWMF-Leitlinie zur Behandlung von pCAP bei Kindern mit nicht schwerer pCAP eine antibiotische Therapie über fünf Tage und bei schwerer pCAP über mindestens sieben Tage. Nun gilt es, die Patientengruppen zu identifizieren, die potenziell ein Therapieversagen unter einem Kurzzeitregime haben (wie bei schwerer pCAP). Internationale wie auch nationale Leitlinien werden entsprechend angepasst werden müssen.

Prof. Dr. Tobias Tenenbaum,

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Sana Klinikum Lichtenberg/Berlin und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie



Foto: Sana Klinikum Lichtenberg

KÖPFE

Prof. Dr. Axel Roers ist der neue Ärztliche Direktor des Instituts für Immunologie am Universitätsklinikum Heidelberg. Roers studierte Medizin in Freiburg und Dublin/Irland. Er forschte und arbeitete anschließend an der Universität zu Köln. 2008 wechselte er an das Universitätsklinikum Dresden, wo er die Leitung des Immunologischen Instituts übernahm.

Prof. Dr. Anja Strangfeld hat die von der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ) gemeinsam getragene Professur „Epidemiologie und Versorgungsforschung“ und die Leitung des Programmbereichs „Epidemiologie und Versorgungsforschung“ am DRFZ übernommen. Nach dem Medizinstudium an der Humboldt-Universität zu Berlin arbeitete sie am DRFZ und als Ärztin an der Charité Berlin. 2010 übernahm sie die Leitung der Gruppe Pharmakoepidemiologie am DRFZ.

Prof. Dr. Nicola H. Bauer hat die neu eingerichtete Professur für Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Fakultät und der Uniklinik Köln angetreten und ist auch die Leiterin des neu gegründeten Instituts für Hebammenwissenschaft. Nach der Ausbildung und mehrjähriger Tätigkeit als Hebamme studierte Bauer Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin und war anschließend als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Stiftung Fachhochschule Oldenburg tätig. Ab 2010 baute sie als Professorin den Modellstudiengang Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit in Bochum mit auf.

Prof. Dr. Ludwig Christian Hinske ist auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für „Datenmanagement und Clinical Decision Support“ an der Universität Augsburg berufen worden. Hinske studierte Medizin an der Ludwig-Maximilians-

Universität (LMU) München und Biomedizinische Informatik am Massachusetts Institute of Technology in Boston/USA. Der Facharzt für Anästhesiologie war zunächst als Oberarzt am Klinikum Großhadern der LMU tätig, bevor er 2020 die Professur für Medizinische Informatik am Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU übernahm.

Prof. Dr. Geraldine Rauch ist die neue Präsidentin der Technischen Universität Berlin. Sie war zuletzt Prodekanin für Studium und Lehre mit lebens- und gesundheitswissenschaftlichem Schwerpunkt und Direktorin des Instituts für Biometrie und Klinische Epidemiologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Rauch studierte Mathematik in Bremen, forschte dann an der Universität Heidelberg und trat 2017 eine Professur für Medizinische Biometrie am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf an.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
56. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), „Hand in Hand zum Ziel – einfach.besser.messbar“	Künstliche Intelligenz, Gen-Umwelt-Interaktionen, Leitlinien, Translationale Therapie	25.–28.5.2022, Berlin und online	Deutsche Diabetes Gesellschaft Albrechtstraße 9 10117 Berlin	diabeteskongress.de > Anmeldung > Kongressanmeldung, E-Mail: sabrina.steder@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106199
62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)	Covid und Long Covid, Impfungen, Beatmungsentwöhnung, Tabakprävention, Asthma	25.–28.5.2022, Leipzig und online	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin	pneumologie-kongress.de > Registrierung; E-Mail: pneumologiekongress@wikonect.de Telefon: 0611 204809273
Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses „Digitalisierung und Datenschutz im Gesundheitswesen“	Chancen, Herausforderungen und offene Rechtsfragen	17.6.2022, Berlin und online	Gemeinsamer Bundesausschuss – Geschäftsstelle Gutenbergstraße 13 10587 Berlin	g-ba.de > Service > Veranstaltungen
7. Bucerius-Medizinrechtstag	Strukturelle Diskriminierung im und durch das Gesundheitswesen	22.6.2022, Hamburg und online	Institut für Medizinrecht, Bucerius Law School Jungiusstraße 6 20355 Hamburg	law-school.de/medizinrechtstag E-Mail: events@law-school.de Telefon: 040 30706217
Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: „Integrativ denken, kooperativ handeln“	Psychosomatik in der Kardiologie, bei Adipositas, für Familien und für Krebspatienten	22.–24.6.2022, Berlin	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Jägerstr. 51, 10117 Berlin	deutscher-psychosomatik-kongress.de > Anmeldung E-Mail: psychosomatik@kit-group.org Telefon: 030 24603280
17. Fachkongress der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management	Case Management implementieren, Begegnung gestalten	24.–25.6.2022, Münster	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management – Geschäftsstelle Saarstraße 3, 55122 Mainz	https://t1p.de/dgcc2022-anmeldung

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

22-0431

GGW Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglied: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart)
Creative Director: Sybilla Weidinger (KomPart),
Grafik: Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de