

# „Das Gesundheitswesen einem Kipppunkt angeko

Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, stellt im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung" seine Gedanken und Forderungen für eine künftig bessere und resilientere Gesundheitsversorgung vor. Er benennt einerseits die Gründe des von ihm bereits vor drei Jahren vorhergesagten Beitragstsunamis und andererseits eine ganze Reihe dringender Aufgaben für die neue Bundesregierung, die in den ersten sechs Monaten schnell angegangen werden müssen. Ganz oben steht die Reform der sozialen Pflegeversicherung, da die sie „als erster Zweig unseres sozialen Sicherungssystems in den Graben fahren" könnte.

Im Interview: Dipl.-Volksw. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit

>> Ein wichtiger Leitindikator für die Beurteilung der Qualität von Gesundheitssystemen ist die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Nach dem jüngsten OECD-Bericht hat Deutschland in den letzten Jahren im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im Bereich der Lebenserwartung stark nachgelassen und liegt mittlerweile sogar unter dem OECD-Durchschnitt. Das bedeutet nichts anderes, als dass unser teures Gesundheitssystem – immerhin geben wir hierzulande im europäischen Vergleich die höchsten Ausgaben für das Gesundheitswesen aus – eine unterdurchschnittliche Performance auf der Leistungsseite abliefert, was wiederum auf eine ineffiziente Organisation hinweist. Nun gab es aber in den letzten Jahren durchaus Bemühungen, das System effizienter zu gestalten.

*„Unser aller Anspruch muss es sein, endlich konsequent wieder nach vorne zu kommen und in dem Zuge unser Gesundheitswesen so zu modernisieren, dass wir systematische internationale Vergleiche nicht mehr zu scheuen brauchen.“*

Einzelne Bemühungen wohl, nur reichte das eben nicht. Das Hauptproblem liegt in der Fragmentierung des Systems und der Abschottung der Sektoren. Es fehlt an konstruktiver Zusammenarbeit, was einerseits zu unnötigem Verlust an Lebensqualität, andererseits aber auch zu hohen und obendrein zu immer weiter steigenden Kosten führt. Was ich von der künftigen Regierung erwarte, ist zuerst die Einsicht und dann vor allem den Mut für eine wirkliche nachhaltige Reform unseres Gesundheitssystems, das zum einen regional besser funktionieren und zum anderen effizienter und resilienter werden muss.

# ist an mmen”

Hier braucht es sicherlich vor allem den Mut, genau die Kernprobleme anzugehen, die letztlich fast alle Bemühungen der letzten Legislaturen, unser Gesundheitssystem effizienter zu gestalten, haben auflaufen lassen.

Aber sicher. Das Kernproblem ist seit Langem bekannt: Wer sich verschiedene Sektoren leistet und zudem zulässt, dass diese ihre Grenzen einfach abschotten, muss sich nicht wundern, dass es nahezu keine Translation zwischen den verschiedenen Sektoren gibt. Viel schlimmer noch ist jedoch die Tatsache, dass viel, viel Geld zwischen den Sektoren versandet und so sicherlich auch viel Lebensqualität verloren geht.

Wie lauten die Vorstellungen der DAK, ein effizienteres, resilienteres und zukunftsfähigeres und damit auch für die Patient:innen besseres System auf die Beine zu stellen?

Ein zentraler Hebel ist sicherlich der Fakt, dass das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich nahezu ein Alleinstellungsmerkmal im Hinblick auf die freie Arztwahl hat. Das bedeutet nichts anderes, als dass im ambulanten Bereich nahezu jegliche Steuerung fehlt, was fast zwingend zu Effizienzverlusten führt. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass mittlerweile sogar die deutsche Ärzteschaft eine Steuerungsfunktion als Schlüsselfaktor für eine qualitative Verbesserung des Gesundheitssystems fordert. Der zweitgrößte Hebel ist die Erschließung von finanziellen Ressourcen, die durch die extreme Abschottung der Sektoren weitgehend verhindert wird – hier benötigen wir dringend eine Durchlässigkeit an den Sektorgrenzen. Der dritte Punkt ist der Umbau unserer Krankenhauslandschaft im Hinblick auf die international übliche Praxis der Spezialisierung und Qualitätsoptimierung. Von daher war die wichtigste Reformmaßnahme der abgelaufenen Wahlperiode die Entscheidung über eine grundlegende Krankenhausnovelle. Dass diese sicherlich nach der Bundestagswahl weiterentwickelt werden wird, steht auf einem anderen Blatt. Doch nun haben wir immerhin die Chance auf einen Paradigmenwechsel hin zu einem stärker spezialisierten und vor allem qualitätsorientierten Krankenhauswesen in Deutschland. Unser aller Anspruch muss es sein, endlich konsequent wieder nach vorne zu kommen und in dem Zuge unser Gesundheitswesen so zu modernisieren, dass wir systematische internationale Vergleiche nicht mehr zu scheuen brauchen.

Noch offen ist hingegen die Reform der Notfallversorgung.

Durch die bisher nicht geglückte Reform der Notfallversorgung wird die Misere der deutschen Gesundheitspolitik greifbar und für alle sichtbar. Es ist doch traurig, dass sich bereits die dritte Wahlperiode des Deutschen Bundestages im parlamentarischen Verfahren mit dem Thema beschäftigen muss und wir immer noch keine Notfallreform haben. Auch das ist für mich ein weiterer Beleg dafür, warum wir in den letzten Jahren immer weiter im internationalen Vergleich zurückgefallen sind. Neben den Steuerungselementen in der ambulanten ärztlichen Versorgung und einer modernisierten Krankenhauslandschaft wird gerade eine reformierte Notfallversorgung ein erhebliches Potenzial erschließen, mit dem unser Gesundheitswesen wesentlich effizienter und vor allem für die Patientinnen und Patienten besser werden kann.

Das führt zur Frage, wie es mit der Patientenzentrierung aussieht und wie es um PREM und PROM steht, mit denen sich unser letzter Fachkongress im Dezember beschäftigt hat.

Ein optimal aufgestelltes Gesundheitswesen muss die Menschen in den Mittelpunkt stellen, indem ein auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Patientinnen und Patienten zugeschnittenes Care- und Case-Management eingeführt wird. Wenn wir uns auf den Weg zur Umsetzung dieses für Deutschland recht visionären Gedankens machen wollen, benötigen wir dafür einen Steuerungsansatz, den kürzlich die Ärzteschaft vorgeschlagen hat, dies jedoch in einer partnerschaftlichen Begleitung durch die Krankenkassen. Und wir brauchen darüber hinaus die Nutzung neuer Möglichkeiten durch die Digitalisierung, was die Auswertung der Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und selbstberichtete Erfahrungen der Patientenschaft betrifft. Das bedeutet auch, dass wir durch die digitale Erfassung des Gesundheits-

zustandes der Patientinnen und Patienten über die elektronische Patientenakte eine ganz neue strukturierte und umfassende Qualität auch in der Diagnostik und Diagnoseerstellung erreichen können. Es kann natürlich auch möglich sein, diesen Datenschatz zum Wohle der behandelten Personen zu nutzen, wenn sie denn damit einverstanden sind.

Vor Kurzem wurde in den Modellregionen Franken, Hamburg und Umland sowie in Teilen NRWs die Pilotphase für die elektronische Patientenakte gestartet und prompt gibt es das übliche Störfeuer rund um den viel beschworenen Datenschutz. Das wird sicherlich etliche Patient:innen verunsichern.

Ich halte es zunächst einmal für den entscheidenden Durchbruch, dass wir es überhaupt hin zu einem Modell wie die ePA für alle geschafft haben. Auch hier zeigt der internationale Vergleich, dass der hierzulande zuvor praktizierte Opt-in-Ansatz chancenlos ist, wenn wir eine nahezu flächendeckende Verbreitung der Patientenakte wollen. Viele unserer europäischen Nachbarländer machen es uns seit Jahren vor, was man mit einem Opt-out-Modell erreichen kann, weil schlicht und einfach der ganz überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten am Angebot einer elektronischen Patientenakte partizipieren will. Es wäre doch völlig absurd zu glauben, dass wir nahezu das einzige Land in Europa sind, das nicht in der Lage ist, eine ePA für alle anbieten zu können. Von daher setze ich auf das laufende Jahr 2025, dass wir hier den Durchbruch schaffen. Wichtig für die Akzeptanz ist es jedoch unabdingbar, dass alle möglichen Sicherheitsrisiken und -bedenken in der Pilotphase ausgeräumt und mögliche Fehler konsequent beseitigt werden. Hier gilt der Grundsatz: Gründlichkeit vor Schnelligkeit. Das Entscheidende für den bundesweiten Roll-out ist nicht, dass dieser bereits vier Wochen nach dem Ende der Pilotphase beginnt, sondern, dass dieser – gerne ein paar Wochen später – zu einer erfolgreichen Verbreitung dieser wichtigen technologischen Innovation zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens beitragen kann.

Auf unserem Kongress im Dezember hat Olaf Meyer von der Königlich Dänischen Botschaft ausgeführt, dass in Dänemark nicht nur PROM und PREM zur Steuerung des Gesundheitssystems eingesetzt werden, sondern dass dieses auch zu 99% digitalisiert ist. Davon sind wir auch mit der ePA noch meilenweit entfernt.

Und stehen damit in Europa fast als Schlusslicht da. Das gilt jedoch nicht nur für das Gesundheitswesen, sondern genauso für sehr viele andere Bereiche des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens. Auch hier müssen wir in den nächsten Jahren den Anschluss schaffen, sonst fällt unser Land noch weiter zurück und könnte somit die ursprüngliche Führungsrolle, die wir früher in Europa eingenommen haben, nicht mehr wahrnehmen. Das ist insoweit höchst betrüblich, dass Europa weltpolitisch betrachtet nur dann eine Rolle spielen wird, wenn die beiden größten Länder im Herzen von Europa – das ist neben Deutschland auch Frankreich – wieder eine treibende Rolle übernehmen können. Deshalb ist es nicht nur für uns in Deutschland, sondern auch für Europa wichtig, dass wir hier wieder den Anschluss finden. Wie gesagt: weit über das Gesundheitswesen hinaus.

Dazu braucht man Geld, viel Geld. Wie steht es denn um die finanzielle Situation der GKV? Der Kanzlerkandidat der Grünen, Robert Habeck, schlägt nun gar die Besteuerung von Kapitalerträgen vor.

Zunächst einmal haben wir beim eben zurückliegenden Jahreswechsel den höchsten Beitragsanstieg in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland erlebt: Die Zusatzbeiträge sind im Durchschnitt um mehr als 1,2 Beitragssatzpunkte angestiegen und der durchschnittliche effektiv erhobene Zusatzbeitrag liegt seit dem Jahresbeginn bei 2,9 Prozent. Damit kommt der Gesamtbeitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung auf 17,5 Prozent. Dazu kommt aber noch, dass auch der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Punkte angehoben wurde. Somit haben wir den – für den leider eingetretenen Fall, dass die Politik nicht handelt – von mir bereits vor drei Jahren vorhergesagten Beitragstsunami erlebt. Dieser Tsunami kommt durch die Kombination aus einem überdurchschnittlichen Ausgabenzuwachs auf der einen Seite und der Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der anderen Seite zustande. Das wiederum führt ganz zwangsläufig zu massiv steigenden Beiträgen. Die Politik hat diese bekannten Fakten nicht nur ignoriert, sondern die Krise sogar massiv verschärft.

Inwiefern?

Der notwendige Umbau der Krankenhauslandschaft steht außen vor, auch, dass dazu ein Transformationsfonds gebildet werden soll. Doch dass dieser in einer Dimension von 25 Milliarden Euro durch die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll, ist eine Fehlentscheidung. Darum muss es nach der Bundestagswahl zu einer Korrektur dieser gravierenden Belastung der GKV kommen, die aus Sicht vieler Experten auch verfassungswidrig ist. Dies ist auch geboten durch den Umstand, dass der unbestritten nötige Umbau der Krankenhauslandschaft überwiegend einen investiven Charakter trägt, für den nun einmal im Krankenhausbereich die Länder und der Staat verantwortlich sind. Wir Krankenkassen finanzieren mit den Geldern der bei uns versicherten Menschen doch schon die laufenden Ausgaben. Den Krankenkassen hier noch mal eine zusätzliche Hürde aufzuladen, ist weder gesetzlich noch ordnungspolitisch zu rechtfertigen. Wer so agiert, muss sich dann natürlich auch nicht wundern, wenn zum nächsten Jahreswechsel ein weiterer erheblicher Beitragssatzanstieg vorprogrammiert ist. Das halte ich für inakzeptabel und ist weder den Versicherten noch der Wirtschaft zuzumuten.

Sie fordern also …

… nach der Bundestagswahl zwingend eine Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist ein Diktum unumgänglich: Wir dürfen in Zukunft nicht mehr ausgeben, als wir einnehmen. Das heißt: Wir müssen zurückkommen zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Das bedeutet jedoch nicht, dass wir Leistungen kürzen oder einfrieren müssen. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bedeutet vielmehr, dass bei einer Prognose einer Einnahmesteigerung von – angenommen – vier Prozent pro Jahr sich die Ausgaben eben auch in diesem Korridor bewegen müssen und nicht wie bisher um sieben oder acht Prozent ansteigen können.

Ein hehres Ziel.

Aber ein erreichbares, indem wir – wie vorhin bereits angesprochen – im ambulanten ärztlichen Bereich eine Steuerung durch die Ärzteschaft einführen, die Notfallversorgung reformieren und mittelfristig

auch die Krankenhauslandschaft modernisieren. Dabei muss allen klar sein, dass alle strukturellen Maßnahmen, um Effizienzreserven zu erschließen, einen erheblichen zeitlichen Vorlauf benötigen. Was jedoch andererseits bedeutet, dass man endlich damit beginnen muss, sonst wird man damit nie fertig. Mit mutigen Schritten wird es möglich sein, die Beitragsspirale zu stoppen. Das werden wir aber nur dann schaffen, wenn dieses Thema zu den prioritären Punkten der neuen Bundesregierung nach der Bundestagswahl gehört.

**Wobei das Thema Gesundheit so gut wie keine Rolle im Wahlkampf spielt. Bis auf den Kanzlerkandidaten der Grünen, der den Vorschlag gemacht hat, die Bemessungsgrundlage zu verbreitern, indem auch Kapitalerträge eingerechnet werden. Dafür wurde er im beispiellosen Ausmaß verbal angegriffen.**

Das zeigt doch nur, dass auch bei gesundheitspolitischen Diskussionen die Nerven bei vielen Akteurinnen und Akteuren extrem angespannt sind.

**Was halten Sie von Habecks Vorschlag?**

Der Vorschlag ist nun nicht neu und wird seit vielen Jahrzehnten diskutiert. Der Vorschlag klingt ja auch auf den ersten Blick verlockend, hat aber einige recht gravierende Probleme.

**Als da wären?**

Das erste Problem besteht darin, dass der eigentlich richtige Gedanke, nach dem Menschen mit höherem Kapitaleinkommen nicht zuletzt auch aus Gerechtigkeitsgründen einen entsprechend höheren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben leisten sollten, alleine schon daran scheitern wird, dass die meisten Menschen mit hohen Kapitaleinkünften zum großen Teil überhaupt nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Wenn ich das noch verbinde mit hohen Freibeträgen für gesetzlich Versicherte mit niedrigen Kapitaleinkünften, lohnt sich das einfach nicht mehr und ist zudem mit einem extremen administrativen Aufwand verbunden. Schon diese Gründe sprechen dafür, dass dieser Ansatz nicht wirklich umsetzbar sein wird. Hinzu kommt noch die aktuelle Diskussion um eine breitere Vermögensbildung auch für Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen. Diese an sich richtige Diskussion bekommt jedoch eine Schlagseite, wenn sie mit der Aussage verbunden wird, dass genau jene aufzubauenden Vermögenserträge wiederum mit zusätzlichen Abgaben belastet werden, um die Krankenkassenbeiträge stabiler zu halten. Langer Rede kurzer Sinn: Ich rate davon ab, diesen Vorschlag weiter zu verfolgen.

**Obwohl man ihn unter ordnungspolitischen Aspekten durchaus rechtfertigen kann.**



## Dipl.-Volksw. Andreas Storm

*ist seit Januar 2017 Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit. Er verantwortet bei der DAK-Gesundheit die Bereiche Strategie, Finanzmanagement und Controlling sowie diverse Stabsstellen. Er macht die Kundenbedürfnisse und eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung zum Maßstab seines unternehmerischen Handelns.*

Sicher. Wenn man die Belastung der Arbeitseinkommen begrenzen will, muss man logisch zwingend auch eine verstärkte Belastung anderer Einkunftsarten als die Lohneinkommen in Erwägung ziehen. Doch wird dieser an sich theoretisch überzeugende Gedanke wohl keine gesellschaftliche Akzeptanz finden.

**Wobei es verwundert, dass das Thema Bürgerversicherung nicht wieder aufkommt.**

Hier stehen wir möglicherweise vor einem Zeitenwechsel in der politischen Debatte. Vor rund zwei Jahrzehnten auf dem Höhepunkt der ersten Welle um das Modell der Bürgerversicherung – damals vor allen Dingen von Professor Karl Lauterbach selbst propagiert – gab es ein Standardargument gegen die Bürgerversicherung.

**Das lautete: Alterungsrückstellungen?**

Das auch, ich meine jedoch ein viel profaneres: Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt! Selbst wenn der gesetzlich Versicherte vielleicht ein paar Tage länger warten muss als ein Privatversicherter, bis er einen Arzttermin bekommt, bekommt er doch – so das Narrativ – eine gute und schnelle medizinische Versorgung. Weil dem so ist, besser war, wäre es doch nahezu absurd, dieses erfolgreiche System zu verändern. Damit war die Diskussion sehr schnell beendet.

**Doch heutzutage sieht die Situation völlig anders aus.**

Nicht nur die OECD-Studie legt es nahe, dass unser früher so hochgelobtes deutsches Gesundheitswesen im internationalen Vergleich mittlerweile hinter viele unserer Nachbarländer zurückgefallen ist. Auch aus der Sicht der Bevölkerung hat die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens stark abgenommen und gleichzeitig sind die Wartezeiten für einen Facharzttermin in vielen Regionen angestiegen. Damit ist die Güte der Gesundheitsversorgung und das Thema der Vermittlung von Arztterminen zu einem gesellschaftspolitischen Sprengstoff geworden. Gerade das Argument, dass wir zumindest im Hinblick auf die Terminvergabe eine Zweiklassengesellschaft haben, hat mittlerweile eine sehr viel größere gesellschaftspolitische Relevanz, als das noch vor 20 Jahren der Fall war.

**Was erwarten Sie?**

Meine Prognose lautet, dass wir zwar keine Diskussion um die Einführung einer klassischen Bürgerversicherung wie vor 20 Jahren bekommen werden, dafür aber möglicherweise eine Diskussion um eine Angleichung der Verhältnisse zwischen Privat- und Kassenpatienten im ambulanten Bereich. Denn das ist der zentrale Bereich, in

dem sich GKV und PKV heute noch unterscheiden.

Wobei der rein subjektive Eindruck der Bevölkerung, die Qualität der Versorgung sei im Vergleich zu früher zurückgegangen, nicht auf den ambulanten Sektor beschränkt ist.

Widerspruch. Der Hauptgrund für die gefühlte Zweiklassengesellschaft im ambulanten Bereich – das wissen wir aus Befragungen, die das Institut für Demoskopie in Allensbach seit vielen Jahren zur Jahresmitte vorlegt – ist in allererster Linie die unbefriedigende Terminvergabe. Bis zum Beginn der Corona-Pandemie hatten wir sogar im internationalen Vergleich mit regelmäßig über 80 Prozent eine sehr hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem deutschen Gesundheitssystem als solchem. Im vergangenen Jahr ist diese Zustimmung jedoch signifikant gesunken und liegt nur noch bei etwas über 60 Prozent. Einige Frühindikatoren lassen nun darauf schließen, dass die Zustimmung weiter abnehmen wird. Dabei ist zu beachten, dass die Befragung im vergangenen Jahr noch vor der Beitragslawine zum Jahreswechsel durchgeführt wurde. Von daher erwarte ich, dass die nächste Erhebung nach den gestiegenen Beitragsbelastungen noch einmal ein Treiber sein wird für einen weiteren Rückgang der Zustimmung der Bevölkerung zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Im Grunde genommen zeichnen doch diese demoskopischen Befunde mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung nur das nach, was die Statistiken der OECD vermitteln.

Exakt: Wir fallen in Hinblick auf die Leistungsfähigkeit zurück. Das System ist ineffizient und die Bevölkerung nimmt das natürlich wahr.

Wird nicht die als unzureichend wahrgenommene Leistungsfähigkeit der Gesundheit zur Gefahr für das Demokratieverständnis?

Ich habe die Befürchtung, dass wir – falls wir nicht sehr rasch nach der Bundestagswahl zu einer umfassenden Reform des Gesundheitswesens in dem vorhin diskutierten Sinne kommen – Gefahr laufen, dass das Gesundheitswesen an einem Kipppunkt angekommen ist. Also zu einem Faktor wird, mit dem die Bevölkerung mit eigenem Erleben immer wieder untermauert und damit den Eindruck verfestigt, dass unser früher mal so gutes Gesundheitssystem zu den defizitären Elementen gehört, die inzwischen unser Land ausmachen. Das müssen wir unbedingt verhindern. Deshalb setze ich mich sehr dafür ein, dass die Gesundheitspolitik auf der Agenda der dringend anzugehenden Reformbereiche in der Priorität weit nach vorne kommt.

Es wird sich sicherlich auch nicht positiv auf die Zufriedenheit der Bevölkerung auswirken, wenn immer mehr Krankenhäuser im ländlichen Bereich geschlossen werden.

Wir haben hier schon fast den irrationalen Befund selbst nach nunmehr zwei Jahren intensiver öffentlicher Diskussion, dass die Bevölkerung am Hauptkriterium Wohnortnähe festhält. Und das, obwohl der Bundesgesundheitsminister und viele andere in zahlreichen Talkshows erklären, wie wichtig es ist, dass man sich bei einer ernsthaften Erkrankung in einem spezialisierten Krankenhaus behandeln lassen muss. Und dass dann das Kriterium der Wohnortnähe nun wirklich das allerletzte ist, was da ausschlaggebend sein sollte. Aber die Akzeptanz für die Qualität der Behandlung ist in der Bevölkerung in den meisten Bundesländern dadurch bedauerlicherweise nicht gestiegen. Wenn man dann noch sieht, wie sich die Parteien bei den letzten Landtagswahlen zum Teil mit Standortgarantien überboten haben, kann man wirklich große Zweifel haben, ob Deutschland überhaupt noch in der Lage ist, weitreichende strukturelle Verbesserung unseres Gesundheitssystems in die Wege leiten zu können. Trotzdem bin ich optimistisch, auch wenn es viele Jahre brauchen wird, bis der Umbau der Krankenhauslandschaft so weit vorangeschritten ist, dass wir dann erstens tatsächlich auch Effizienzreserven in finanzieller Hinsicht erschließen können und dann zweitens bei internationalen Vergleichen deutliche Fortschritte bei der Verbesserung im Hinblick auf wichtige Outcomeindikatoren machen.

Da brauchen wir sicher noch einen langen Atem.

Mich macht es jedoch ein Stück hoffnungsfroh, dass wir endlich wieder eine Qualitätsdiskussion führen, anstatt länger dem Narrativ nachlaufen, unser Gesundheitssystem habe per se eine sehr gute Qualität. Das ist aber leider schon lange nicht mehr so.

Braucht es nicht auch einen Paradigmenwechsel hin zu Pay for Outcome oder besser: per Result?

Das ist rein theoretisch ein sehr überzeugender Ansatz, aber in der Praxis ein sehr vermintes Feld. Das ist fast so ähnlich wie der Gedanke, aus Gerechtigkeitsgründen Kapitalerträge in die Beitragsbemessung einbeziehen zu wollen. Allerdings wäre es ein wahrer Game-Changer, wenn es gelänge, eine stärker qualitätsorientierte Vergütung umsetzen zu können. Wenn es gelingt – seien wir mal zuversichtlich – sollten wir das auch machen, auch wenn der Weg dahin kompliziert und steinig ist. Bis es so weit ist, sollten wir die vorher aufgeführten Maßnahmen zuerst angehen.

Zum Schluss zu einer weiteren aktuellen Diskussion: dem aktuell hohen Krankenstand.

Wir haben hier mehrere Phänomene zu berücksichtigen. Wir haben mit dem IGES Institut eine tiefgreifende Untersuchung gemacht, die analysiert, dass der gestiegene Krankenstand – vereinfacht gesagt – auf zwei Gründe zurückzuführen ist. Der Hauptgrund ist schlichtweg die Umstellung auf die elektronische Krankmeldung.

Wie das?

Nun, bei der elektronischen Krankmeldung wird diese automatisch an die Krankenkasse weitergereicht, was in der Vergangenheit nicht unbedingt der Fall war, als wir noch die gelben Scheine hatten. Von daher hatten wir früher schlichtweg eine Untererfassung der Krankheitsgeschehens. Will heißen: Wir haben zwar derzeit keinen Anstieg bei den Krankmeldungen, weil die früher eigentlich auch schon höher waren – das wusste aber keiner, weil ein Teil der Krankmeldungen nicht bei den Krankenkassen eingegangen ist. Das macht aber etwa 60 Prozent des Effekts gegenüber der Zeit vor Corona aus.

Das betrifft natürlich nur jene Krankmeldungen, bei denen die Krankenkassen noch kein Krankengeld bezahlen mussten, was ja erst nach einigen Krankheitstagen der Fall ist. Was ist mit dem Anstieg der „echten" Krankmeldungen?

Die gibt es natürlich. Sie beziehen sich vor allen Dingen auf zwei Krankheitsbilder: psychische Erkrankungen und Erkrankung der Atemwege. Die Daten aus dem Praxisalltag zeigen uns, dass wir hier tat-

Zitationshinweis

Storm, A., Roski, R., Stegmaier, P.: „Das Gesundheitswesen ist an einem Kipppunkt angekommen", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 16–21. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2697

sächlich einen signifikanten Anstieg der Krankheitsfälle haben. Was jedoch definitiv nicht nachgewiesen werden kann, ist ein signifikanter Anstieg eines Missbrauchs – das oft durch die Medien geisternde Blaumacherphänomen, das durch die telefonische Krankschreibung ausgelöst worden sein soll. Selbstverständlich hat es immer schon Menschen gegeben, die sich krankmelden, obwohl sie nicht krank sind, doch ist der Anteil dieser Personengruppe – zumindest nach den statistischen Auswertungen, die mir vorliegen – nicht durch die telefonische Krankschreibung angestiegen. Ich hielte es von daher für ein verhängnisvolles Signal, die telefonische Krankschreibung wieder abschaffen zu wollen. Wir haben doch gerade während der Corona-Pandemie gelernt, dass es sinnvoll ist, bei bestimmten Erkrankungen eben nicht in die Arztpraxis zu gehen, sondern sich auf anderem Wege krankschreiben zu lassen – nicht nur zum eigenen Schutz, sondern insbesondere zum Schutz anderer Menschen.

**Was ist mit dem im Zuge der aktuellen Diskussion ebenso ins Spiel gebrachten Karenztag?**

Der ist im Hinblick auf Kosteneinsparungen von Unternehmen möglicherweise ein Instrument, über das man unter rein wirtschaftspolitischen Aspekten diskutieren kann. Gesundheitspolitisch halte ich einen Karenztag allerdings für kein geeignetes Instrument. Weil er erkrankte Menschen davon abhält, genau das zu machen, was sie tun müssen, damit sie möglichst bald wieder gesund werden. Deshalb halte ich es auch für ein fatales Signal, wenn nun zunehmend Unternehmen Prämien an Mitarbeitende zahlen, die sich nicht krankmelden. Sinnvoller wäre hier ein ganzheitlich organisiertes betriebliches Gesundheitsmanagement.

**Die aktuelle Bundesregierung hat zahlreiche Reformvorhaben angestoßen. Welche Reformen oder Bestandteile davon sehen Sie als die wichtigsten an, und welche großen Probleme sind liegen geblieben?**

Die allerwichtigste Maßnahme kam ja noch durch: Das war die Krankenhausreform. Bei der besteht allerdings die Gefahr, dass sie verfassungswidrig sein könnte, weil der Bund zum einen womöglich die verfassungsrechtlichen Rechte der Länder zu wenig beachtet hat, zum anderen – wie bereits gesagt – den Umbau der Krankenhauslandschaft durch den Transformationsfonds verfassungswidrig finanziert. Hier sehe ich ein erhebliches verfassungsrechtliches Risiko. Von daher wäre es wichtig, diese Defizite in der Konzeption der Krankenhausreform möglichst bald zu heilen und sehr schnell Korrekturen vorzunehmen. Darüber hinaus wird es natürlich darauf ankommen, dass die Bundesländer ihre Hausaufgaben machen, sodass der Umbau der Krankenhauslandschaft auch zügig beginnen kann. Ansonsten kann ich leider relativ wenig Bereiche benennen, in denen wir in letzten Legislatur tatsächlich weitreichende Fortschritte verzeichnen konnten. Das liegt vor allen Dingen daran, dass Bundesgesundheitsminister Lauterbach seine Reformprojekte so spät in der Legislatur begonnen hat und diese dadurch nicht mehr vor dem Aus der Ampelkoalition abgeschlossen werden konnten.

**Als da wären?**

Da nenne ich zum Beispiel die Reform im ambulanten Bereich mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz. Dazu kommen alle wichtigen Reformen im Bereich der Pflege wie die Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, die Aufwertung der Pflegeberufe mit dem Pflegekompetenzgesetz und die der Ausbildung im Pflegebereich mit dem Pflegeassistenzgesetz. Und natürlich die wichtige Notfallreform, die alle über die Startrampe geschickt worden sind, aber die den Zieleinlauf nicht geschafft haben. Die eben genannten Reformen müssen unbedingt gleich am Beginn der nächsten Wahlperiode erneut angeschoben werden.

**Ihr Fazit der Gesundheitsreformen der 24. Bundesregierung?**

Für die gesetzliche Krankenversicherung war diese Wahlperiode sehr enttäuschend. Der Grund dafür ist, dass die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie der sozialen Pflegeversicherung nicht nur nicht angegangen worden ist, sondern eine Reihe von Maßnahmen gemacht worden sind, die die Schieflage der GKV-Finanzen noch weiter verschärft haben. Das bedauere ich sehr. Deshalb ist für die neue Bundesregierung die Liste der abzuarbeitenden Themen eher noch länger geworden, als es die der jetzt abgelaufenen Wahlperiode war.

**Nennen Sie doch zentrale Punkte, die schnell angegangen werden müssen in den ersten sechs Monaten der neuen Bundesregierung.**

Das Erste ist die Reform der sozialen Pflegeversicherung. Hier haben wir eine akute Finanzierungskrise, die dazu führen könnte, dass die soziale Pflegeversicherung als erster Zweig unseres sozialen Sicherungssystems in den Graben fährt. Von daher ist es wichtig, dass eine grundlegende Reform der sozialen Pflegeversicherung in den ersten sechs Monaten auf den Weg gebracht wird. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung brauchen wir ebenfalls in den ersten sechs Monaten Weichenstellungen, wenn wir vermeiden wollen, dass sich die Beitragsspirale nicht auch zum kommenden Jahreswechsel nahezu unverändert fortsetzt. Darüber hinaus sollte man sehr schnell die von mir benannten Korrekturen der Krankenhausreform angehen, die Notfallreform und die Aufwertung der Pflegeberufe mit einem Pflegekompetenzgesetz auf den Weg bringen. In der zweiten Jahreshälfte sollte dann auch die Reform im ambulanten Bereich angegangen werden.

**Die Gretchenfrage: Will die Politik diese Aufgabe endlich wirklich angehen oder verdrängt sie es weiter?**

Mit großem Bedauern muss ich feststellen, dass der Stellenwert der Gesundheitspolitik im Moment noch nicht überall da ist, wo er eigentlich sein müsste. Am optimistischsten bin ich, dass grundlegende Reformen der sozialen Pflegeversicherung bereits in den ersten Monaten angegangen werden können, weil hier in einigen Wahlprogrammen der großen politischen Parteien sehr weitreichende Maßnahmen vorgeschlagen werden, sodass hier schnell eine rasche Verständigung erreicht werden dürfte. Allerdings haben wir gerade im Hinblick auf den drängenden Handlungsbedarf insbesondere für die Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung noch eine ganze Menge an Überzeugungsarbeit zu leisten, damit diese Themen am Ende nicht wieder auf der Strecke bleiben.

**Herr Storm, danke für das Gespräch. <<**

**Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.**