

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
ORCID 0000-0001-6451-7373

Ohne klares Ziel keine klare Architektur

>> Ich stimme Herrn Janßen zu, dass die GKV Elemente unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien gemäß der Vier-Felder-Matrix vermischt.

1 Ich teile jedoch nicht die Ansicht, dass die Vermischung der Prinzipien Ursache der Reformprobleme ist. Vielmehr lässt sich zeigen, dass unterschiedliche Gestaltungsprinzipien bereits mit der Gründung der GKV vor über 140 Jahren vermischt wurden, weil gerade das Festhalten an klaren Gestaltungsprinzipien des Versicherungsprinzips zu Problemen geführt hat, die innerhalb dieser Logik nicht lösbar und die Folgen politisch inakzeptabel waren. Im Laufe der Jahrzehnte nahm die Vermischung unterschiedlicher Gestaltungsprinzipien immer dann zu, wenn im Status quo scheinbar unlösbare Probleme oder Widersprüche auftraten.

2 So wurde etwa das Sachleistungsprinzip dadurch in seiner Bedeutung verändert, dass nicht mehr die einzelne Versichertengemeinschaft über den Leistungskatalog entschied, sondern es schrittweise zu einer Vereinheitlichung über alle GKV-Versicherten hinweg kam. Bei stringenter berufsständischer Gliederung der Kassenmitgliedschaft konnte auch eine Beitragszahlung nach der Höhe des Einkommens mit dem Versicherungsprinzip vereinbar sein. Heute ist sie eindeutig und intentional dem Solidarprinzip und damit der Daseinsvorsorge zuzurechnen. Sie hat ihre Bedeutung schrittweise und nachhaltig mit der Ausweitung des Versichertenkreises in der GKV, der Schaffung der Krankenversicherung der Rentner, der Einführung von Versicherungspflicht und Gesundheitsfonds verändert. Das jetzt zu einem Großteil auch dadurch entstandene Defizit, dass der Finanzminister sich nicht in der Lage sieht, die Kosten für die medizinische Versorgung der Grundsicherungsempfänger aus dem Bundeshaushalt zu begleichen, zeigt die Kräfte, die hier wirken: Weil sich die politischen Rahmenbedingungen massiv verändert haben, wird der mit dem GKV-WSG vor rund 20 Jahren vereinbarte Grundkonsens, dass eine aus Lohnkosten finanzierte soziale Sicherung in einer alternden Gesellschaft einen steigenden staatlichen Zuschuss benötigt, um die Lohnkostenbelastung gering zu halten, rücksichtslos aufgekündigt.

3 Zugleich zeigt dieser Blick auf die Entwicklung auch, dass die von Herrn Janßen vorgeschlagene Entzerrung der Gestaltungsprinzipien kaum mehr als eine intellektuell anregende Übung bleiben dürfte, die insbesondere für das Verständnis der unterschiedlichen Systemelemente hilfreich, für die Gesetzgebungspraxis aber weitgehend unbedeutend ist. Eine Neugestaltung des Sozialstaats auf dem Reißbrett wird es nicht geben; alle Gesundheitssysteme entstehen laufend aus dem Status quo und sind in ihren konkreten Ausprägungen daher nur geschichtlich und vor dem Hintergrund der jeweils herrschenden ökonomischen Bedingungen des Landes zu verstehen.

4 Zustimmen würde ich Herrn Janßen, dass seine Zuordnungsmatrix in einer Diskussion helfen könnte, wie der Hang des Bundesgesetzgebers zu einer immer stärkeren Detailgestaltung zu bremsen und Verantwortlichkeiten so neu zu ordnen sind, dass Zuständigkeiten zwar geregelt, aber nicht Ergebnisse dieser Zuständigkeit vorweggenommen werden. Wer die Entwicklung des SGB V beobachtet, stellt fest, dass es sich in den letzten 15 Jahren in etwa verdoppelt hat. Mit Gesetzen wie dem GeDIG beschleunigt sich diese Entwicklung noch einmal. Letzteres lässt sich über weite Strecken keinem der vier Felder eindeutig zuordnen. Daher müsste sich eine Zuordnungsmatrix zur Fokussierung von Verantwortung eher auf Zuständigkeiten bestimmter Institutionen für Prozesse beziehen.

5 Ohnehin dürfte eine Verbesserung der Performance unseres Gesundheitssystems weniger durch Architekturfragen als durch klare Zielbestimmungen erreicht werden. Hier würde ich der Diagnose von Herrn Janßen bezüglich der Debatte um ein Primärarztsystem zustimmen. Wir werden weder architektonische noch prozessuale Klarheit im System erreichen, wenn das Ziel nicht klar bestimmt ist. Warum ein Primärarztsystem eingeführt werden soll, bleibt in Deutschland bislang hinreichend unklar. Als Ziel formuliert der Koalitionsvertrag, dass Wartezeiten auf fachärztliche Behandlung verkürzt werden sollen. Ob das Primärarztsystem dafür überhaupt das richtige Instrument ist? Empirische Evidenz gibt es dafür bisher nicht. Vielleicht gibt es andere Gründe für seine Einführung?

6 Die gibt es. Und es sind so viele unterschiedliche, wie wir Interessengruppen im Gesundheitssystem haben. Mit dem Begriff verbindet jede Interessengruppe eine andere Art von System. Um dies zu ermöglichen, wird nun auch lieber von Primärversorgungssystem gesprochen. Jede Interessengruppe steuert ein paar Ziele bei, um künftig ein wenig mitzusteuern. Architektonische Klarheit ist daher stets das erste Opfer unserer parlamentarischen Prozesse. Deshalb ist das Gesundheitswesen – nicht nur in Deutschland, sondern in allen Industriestaaten – auch in permanentem Umbau. Eine magische Auflösung dafür bietet sich nirgendwo. Da unterscheide ich mich von Prof. Janßen, denn in jedem Generationenprojekt verändern sich Sichtweisen und Zuordnungen, wie wir rückblickend feststellen können. <<

Zitationshinweis

von Stillfried, D.: „Ohne klares Ziel keine klare Architektur", „Monitor Versorgungsforschung" (05/26), S. 40. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2867