



Das einzige, was stört, sind die Patienten / picture alliance / dpa-tmn | Benjamin Nolte

Koalitionsverhandlungen

Union und SPD haben keinen Plan für das marode Gesundheitssystem

In den Koalitionsverhandlungen bleibt die Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege bei einem kleinteiligen Weiter-so stehen. Nach Vorschlägen, wie sich die strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems lösen ließen, sucht man vergebens.

VON MATTHIAS SCHRAPPE am 3. April 2025 8 min



0:00 / 0:26



Die vermutlichen Koalitionspartner CDU/CSU und SPD haben in den letzten Jahrzehnten oft, sehr oft koalitiert. Sie haben im sogenannten Lahnstein-Kompromiss schon 1992/93 die Sektorierung der Budgets, also die getrennte Verwaltung der Finanzmittel im ambulanten und stationären Bereich, beschlossen und die fallpauschalierte Vergütung im Krankenhaus eingeführt. Wichtige Gesetze (z.B. DRG-Einführung) mussten spätestens im Bundesrat die Zustimmung des anderen, damals noch „Volkspartei“ genannten Players finden. Eine Zeitlang schien sogar eine langfristige Strategie durchzuschimmern. Man gewann durch die Fallpauschalen (DRG) endlich Einblicke in das stationäre Leistungsgeschehen, man hätte also die bessere Integration der Sektoren starten können (unterließ dies aber). Qualität und Sicherheit wurden ausbuchstabiert, Verfahren und Institute geschaffen für die Nutzenbetrachtung von Behandlungsmethoden, die Patientenrechte zusammenfassend kodifiziert (Patientenrechtegesetz 2013). Ja, es wurde sogar über die Autonomie der Patienten gesprochen, die maßgeblich über die Behandlung zu befinden haben, ihre Erfahrungen im Gesundheitswesen erfragt (sog. Patient-reported Outcomes) und begonnen, diese zur Steuerung der Versorgung zu nutzen.

Damals hieß es ironisch: Das einzige, was stört, sind die Patienten. Aber die Wirklichkeit heute ist noch zynischer, denn man steuert nicht mehr die Versorgung, sondern die Patienten. Weil sie doch tatsächlich auf die Idee kommen, eine Notfallambulanz im Krankenhaus aufzusuchen, wenn sie in der ambulanten Medizin sechs Monate auf einen Termin zur Magenspiegelung, zur Knochendichtemessung nach Fraktur oder zu einer psychotherapeutischen Behandlung warten müssen.

Koalitionsverhandlungen ohne Idee

Da sollte man doch meinen, die vermutlichen Koalitionspartner würden sich für den so wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung etwas Zeit nehmen, um zu einer spürbaren Verbesserung der durch Infrastrukturmängel und Zeitenwenden gestressten Bevölkerung zu kommen. Zumindest der erste Absatz des AG6-Berichts macht Hoffnung: Es soll eine „gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land“ gesichert werden, „dafür wagen wir tiefgreifende strukturelle Reformen, stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen“.

Danach folgt aber nichts als Flickschusterei, man kann es nicht anders sagen. Eine inhaltliche Analyse, wo eigentlich das derzeitige Hauptproblem liegt, fehlt komplett. Zahllose Regelungen, die in 100 Tagen oder wahlweise bis Ende 2025 umgesetzt werden sollen, stehen nebeneinander, ohne dass eine Richtung erkennbar wäre. Eine Richtung gibt es vielleicht, das sei zugestanden, nämlich der Griff in des Steuerzahlers Geldbeutel. Denn die gelöste Schuldenbremse soll z.B. die (bereits im

letzten Koalitionsvertrag vereinbarte) Rückerstattung von Milliardenbeträgen finanzieren, um die die Sozialversicherungskassen für allgemeine staatliche Aufgaben erleichtert wurden (z.B. Beiträge Bürgergeld-Bezieher). Auch der Transformationsfonds zwecks Krankenhausreform (nicht weniger als 50 Mrd. €) soll auf diese Weise finanziert werden.

Lesen Sie auch



C+ Behinderte Menschen

„Kommt mir bloß nicht mit Selbstbestimmung!“

Gut, es ist natürlich richtig, dass man solche Korrekturen vornimmt. Allerdings fehlt eine entscheidende Bedingung, nämlich dass dies im Rahmen von sinnvollen und durchdachten strategischen Überlegungen geschieht, die die Probleme lösen, die heute für die Misere verantwortlich sind. Insofern macht der Bezug auf „tiefgreifende strukturelle Reformen“ neugierig – aber es gibt keine solchen Ansätze.

So ist z.B. das sog. Primärarztsystem weder neu (Sachverständigenrats-Gutachten vor 20 Jahren) noch ein Game-Changer, denn es gibt dieses System (sog. hausarztzentrierte Versorgung) bereits seit 25 Jahren und betrifft gar nicht das wichtigste Problem unseres Gesundheitswesens (die Abstimmung der Sektoren ambulant vs. stationär vs. Pflege), sondern glättet lediglich die Inanspruchnahme von hausärztlich tätigen Fachärzten und Spezialfachärzten innerhalb des ambulanten Sektors. Natürlich ist eine bessere Koordination der ambulanten Versorgung wünschenswert, aber z.B. gehen die Hausarzt-Zahlen dramatisch zurück – wie sie also zusätzlich die Koordinationsaufgaben bewältigen sollen, steht in den Sternen. Im Ergebnis wird der bereits heute mangelnde Zugang zu wichtigen fachärztlichen Spezialuntersuchungen, dies ist zu befürchten, lediglich zementiert werden.

Unmöglich, alle Einzelansätze, die unverbunden nebeneinanderstehen, ohne dass ein verbindender Gedanke erkennbar wäre, hier aufzuführen. Patienten sollen sich nur noch einmal jährlich statt vierteljährlich für Überweisungen vorstellen (Jahrespauschale), dies soll Termine freiräumen – nur was machen die Patienten denn, wenn sie sich trotzdem vorstellen wollen? Sie werden abgewiesen werden („das wird nicht bezahlt“). Genauso wie das Vorhaltebudget im Krankenhaus: Wenn ein Leistungsanbieter sein Geld schon auf dem Konto hat, warum soll er dann noch Patienten aufnehmen, die womöglich sogar mehrfach erkrankt sind und das Risiko mit sich bringen, viele Komplikationen und einen hohen Aufwand zu verursachen? Das Ergebnis auch hier: Es wird für diese Patienten keine Versorgung mehr geben.

Der „medizinische Bedarf“

Das Papier nimmt schon zu Beginn Bezug auf den medizinischen Bedarf. Dies ist sinnvoll und fachlich zutreffend. Allerdings muss man dann die Frage stellen: Wie soll der Bedarf bestimmt werden? Bei Medikamenten z.B. kann dies durch Studien geschehen; der Gemeinsame Bundesausschuss hat dann die Aufgabe, diese Studien zu sichten, zu bewerten und dann eine Entscheidung zu treffen. Der Sachverständigenrat hat im Jahr 2007 jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass der Bedarf auch durch Einstellungen und kulturelle Werte bestimmt wird. Diese sog. „Angemessenheit“ von Behandlungsmethoden und ganz besonders von Leistungsstrukturen (also z.B. Dichte der Krankenhaus-Versorgung) ist von Abwägungen geprägt, die weitaus vielschichtiger sind

und von der medizinischen Ebene weit in die gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsbereiche hineinreichen.

Im Koalitionspapier heißt es nun: „Die Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest.“ Ist das so einfach? Ein Hausarzt kann dies machen, selbstverständlich, man kann nur hoffen, dass er sich nicht in Konkurrenz zu Spezialfachärzten sieht. Aber eine Telefonberatung? Soll die 85-jährige Dame denn dann auch noch ihr Smartphone bemühen und Ja/Nein-Fragen beantworten? Man erkennt hier leicht die technokratische Hybris, die sich immer mehr ausbreitet.

Lesen Sie auch



C+ Habecks Sparpläne Eine Zwangs-AOK für alle

Besonders gut ist dies in der Ausdünnung der Notfallversorgung erkennbar. Es wird immer gesagt, dass sich Patienten hier vorstellen, die „gar nichts haben“. Natürlich, in 25 Jahren Nachtdienst hat auch der Autor mal geflucht, wenn die „fürchterlichen Kopfschmerzen“ schon seit zwei Wochen bestehen und man um 3 Uhr nachts nach 30 Minuten Schlaf wieder aus der Koje musste. Aber was ist die Aufgabe der Notfallversorgung? Die Aufgabe der Notfallversorgung ist nicht, „die Patienten zu steuern“, sondern unter 100 Patienten mit fraglichen Beschwerden den einen Patienten herauszufischen, der gleich an einer Hirnblutung sterben wird. Wer dafür nicht aufstehen möchte, gerade als junger Arzt, dem sei Nachdenken empfohlen. Und übrigens: Dieser Auswahlprozess ist die Domäne der besten Ärzte, genauso wie die Leitung von Notfallstationen – es ist die verantwortungsvollste Aufgabe für die Erfahrenen. Das hat als bedarfsgerechte Versorgung zu gelten, und das ist, bitte, die Eintrittspforte zu dem, was man als „professionelle Ethik“ bezeichnet. Und es ist das, was Patienten erwarten können: dass ihnen die Hand gegeben wird.

Keine Richtung, keine Idee

Unter Fachleuten ist es eigentlich eine ausgemachte Sache: Das Hauptproblem unseres deutschen Gesundheitssystems ist die sektorale Trennung der Behandlungsbudgets in den unterschiedlichen Versorgungssektoren. „Einfache“ Patienten ohne Risiken behandelt man gerne selbst, Patienten „mit Risiko“ soll gerne der befreundete Nachbarsektor übernehmen. Hier bleibt unser Geld, deswegen ist das deutsche Gesundheitswesen so teuer (und ineffizient), deswegen hat kein einziges Gesundheitssystem weltweit diese Trennung (außer uns). Und deswegen, das ist ganz wichtig, wäre selbst eine Verdopplung unserer Ausgaben nicht von einer Verbesserung der Versorgung gefolgt, sondern von einer Verdopplung der Verschwendung.

Lesen Sie auch



C+ Bundestag stimmt Krankenhausreform zu „Lauterbach hat einen gewissen Sonnenkönig-Komplex“

Allerdings lässt das vorliegende Papier keine Hoffnung zu. Es heißt hier lediglich: „Wir stärken die sektorenübergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir die Hybrid-DRGs weiter und ermöglichen sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich.“ Na prima, möchte man sagen, ist das alles? Und dann sticht noch ein unpassendes Beispiel hervor, denn die sog. Hybrid-DRG nach §115f SGB V sind keine sektorübergreifende Versorgungsform, denn sie gleichen lediglich die Finanzierung in den Sektoren an, schaffen aber kein gemeinsames Budget mit gemeinsamen Interessen – dafür sorgen schon ganz peinlich die „Vertragspartner nach §115b“, nämlich der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ein decouvrierendes Spiel mit Worten, denn eine „sektorübergreifende Versorgungsform“, die diesen Namen mit Recht tragen würde, wäre eine regional organisierte Versorgung, die ein gemeinsames Budget verantwortungsvoll auf die ambulante, stationäre und pflegerische (sowie weitere) Versorgung so verteilt, wie es dem Bedarf der versicherten Population entspricht.

Solche zielorientierten, also von strategischen Überlegungen gestützten Regelungen und Vorstellungen sucht man vergebens. Die Schuldenbremse erlaubt einen freizügigen Umgang mit mehr Geld, die Strukturschwächen werden damit „zugeschüttet“, die Notwendigkeiten einer wirklichen Weiterentwicklung verpasst. Natürlich wird viel von Technik und Digitalisierung geredet, die heute übliche Ausflucht für ideen- und konzeptlose Gesetzgeber. Die elektronische Patientenakte soll verpflichtend werden, und auf den Missbrauch der Daten und die Verletzung des Arztgeheimnisses ist man wohl schon eingestellt, denn man will diese gar nicht mehr verhindern, sondern man wirkt „auf eine konsequente Ahndung von Verstößen hin“. So werden wir bald eine perfekte Digitalisierung der schlechten Strukturen unserer Gesundheitsversorgung vorfinden, unsere Gesundheitsdaten werden im europäischen Datenraum gehandelt (und darüber hinaus), und wenn wir eine neue Arbeitsstelle antreten oder eine andere Beziehung geschäftlicher Natur eingehen wollen, wird man uns diese ohne Angabe von Gründen verwehren. Wer weiß schon, was alles in der ePA notiert ist?

Mehr lesen über

Gesundheitspolitik

Gesundheitssystem

Koalitionsverhandlungen

CDU

SPD

Diskutieren Sie mit ▼

INNENPOLITIK

Union und SPD haben keinen Plan für das marode Gesundheitssystem

Warum wir ein neues bürgerliches Politikprojekt brauchen

Entert die FDP!

AUSSENPOLITIK

Die Ukraine-Gespräche im geopolitischen Kontext

Ein potentieller Wendepunkt

Deutsche „Russophrenie“: Plädoyer für einen wertebasierten Realismus

WIRTSCHAFT

Autofahren wird zum Luxusgut für das obere Drittel der Gesellschaft

Ambition zum Kopfschütteln

Wie sicher sind die Labore?

KULTUR

Warum Juristen bei der Aufarbeitung der Corona-Politik versagen

Verzagte Schüler werden nie Corona-Aufarbeitung fordern

Im Sturm der Worte

PODCASTS

Cicero Podcast Politik: „Immer mehr Juden in Deutschland planen, auszuwandern“

Cicero Podcast Politik: „Für mich war es ein Horror, diese drei Jahre“

Cicero Podcast Politik: „Der Korridor des Sagbaren wurde nach links verschoben“

CICERO +

Scheinobjektiver Journalismus als Methode

Wenn sogar der BAMF-Chef das individuelle Asylrecht abschaffen will

Unwokes Jägerlein

