

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

Quelle: SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021), 81–88; Grafik: GGW Wissenschaft 2022

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 Leistungserbringenseite, 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 werkstelligte 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).

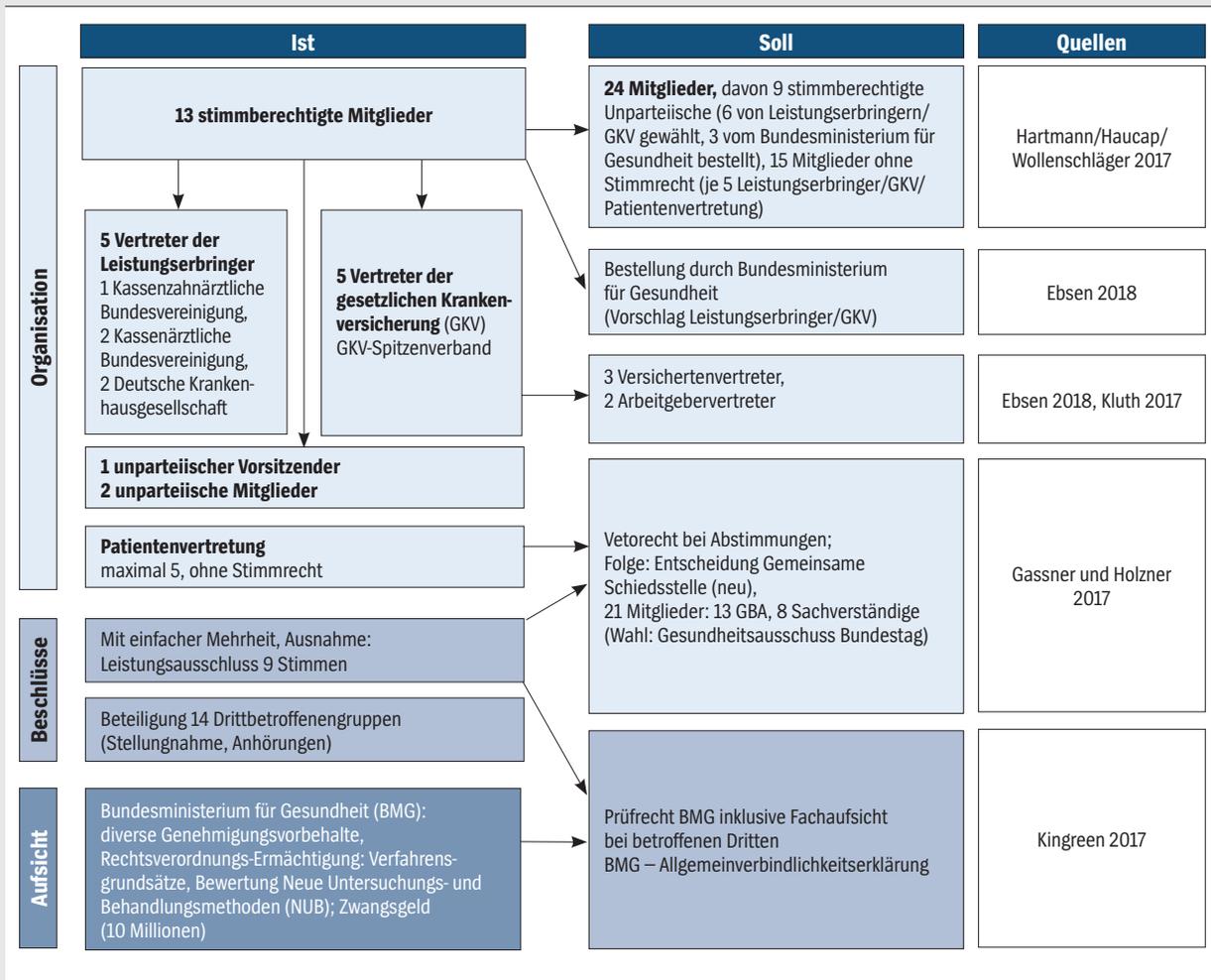
Allein das im Koalitionsvertrag festgehaltene Ansinnen, einerseits Entscheidungen des GBA zu beschleunigen – also im Wesentlichen die Verfahrensabläufe im Gremium – und andererseits gleichzeitig neue, derzeit als nicht ausreichend repräsentiert angesehene oder gar nicht eingebundene Gruppen wirkungsvoll 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, Pflörsch 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