



# Meine kleine Zwischenbilanz

Als ich vor längerer Zeit in die GKV einstieg, hatte man mir bereits am zweiten Tag ausgerechnet und bescheinigt, wann ich mein 25jähriges Dienstjubiläum begehen würde. Die Schwergewichte der Orientierung haben sich zum Glück doch deutlich verändert. Die seinerzeit so exakt berechneten 25 Dienstjahre und 50 relevante Gesetze längst hinter mir sowie den Abschied aus der Krankenkassenpolitik gerade frisch absolviert – will ich denn heute eine kleine, verdichtete Zwischenbilanz ziehen.

Als Fakten- und Empirie geprägter Mensch hat es mich immer wieder fasziniert, auf welch nebligen Grundlagen wir doch stets zu akzeptablen Ergebnissen gekommen sind, denen zweierlei attestiert werden muss: Zum einen hat sich das Niveau der gesundheitlichen Versorgung im Laufe der Jahre erheblich gesteigert, zum anderen sind die zentralen Anforderungen, die ich am Anfang vorfand, immer noch nicht gelöst.

So kann erstens sicherlich nicht behauptet werden, die Beteiligten hätten die Transparenz, die Qualität und die Effizienz von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen voll umfänglich im Griff, obwohl sie es immer wollten. Die Player im Gesundheitswesen – so scheint es – betreiben eine Art Dauer-Potentialpflege. Die viel beschworenen Sektorengrenzen sind nicht überwunden, im Gegenteil wird im neuen „Versorgergesetz“ gerade mit der spezialärztlichen Versorgung ein neuer Sektor geschaffen, obwohl Krankheiten ja schon seit Reformgedenken nicht an Sektorengrenzen halt machen. Man kann nur wünschen, dass in der wirklichen Versorgungswelt, die sich ja in regionalen Märkten und nicht in Zentralen abspielt, eine inhärente Netzkultur um sich greift, die der notwendigen Prozess- und Ergebnisoptimierung zugute kommt.

Zweitens: Die Entscheidungsprozesse sind länger geworden, obwohl viel mehr (Experten) in einer beachtlichen Zahl von Arbeitsgruppen auf den unterschiedlichsten Ebenen daran beteiligt sind. Hier schlummern ein handfestes Bürokratiepotential und eine gepflegte Misstrauenskultur.

Drittens: Die Konstruktion der Geldverteilungsstelle Gesundheitsfonds, erfunden von Mathematikern aus dem Ruhrgebiet, halte ich für desaströs. Warum? Die Zuweisungslogik verspricht Einnahmen auf Basis von zentral festgelegtem Preis (Beitragssatz) und Vergangenheitsdurchschnitten der Kosten nach Morbiditätskriterien. Dies führt zur Dominanz kurzfristiger Kostenoptimierung, zur Orientierung auf Krankheiten und zur Abstinenz von Investitionsbereitschaft in Innovation und Prävention. Wettbewerb wird um den möglichst günstigen Preis an sich geführt und der Sparzwang wird den Wettbewerb um relevante Versorgung unter diesen Bedingungen verdrängen. Das alles sollte sich ändern.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Rolf Stuppardt