

# Ideenschmiede für die Gesundheitspolitik

Ob freie Kassenwahl, Risikostrukturausgleich oder Gesundheitsfonds – vor zwanzig Jahren bereitete die Bundestags-Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ wichtige politische Entscheidungen vor. Hartmut Reiners erinnert an die Arbeit des Gremiums, die bis heute Wirkung zeigt.

**D**ie aktuellen Debatten über den Gesundheitsfonds, den Vertragswettbewerb oder die Integrierte Versorgung haben einen bis in die 1980er Jahre zurückgehenden Vorlauf. Schon damals wurden ordnungspolitische Grundsatzdebatten über die Struktur des Gesundheitswesens und dessen Defizite geführt. Nach einer Reihe kurzatmiger Kostendämpfungsgesetze schien die Zeit reif für eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die SPD stellte vor diesem Hintergrund am 20. Mai 1987 im Bundestag den Antrag, eine Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ einzusetzen: Dieses Gremium sollte die Grundlagen für eine solche Reform erarbeiten. Dem Antrag wurde am 4. Juni 1987 entsprochen; die konstituierende Sitzung der Kommission war am 9. Juli 1987. Sowohl ihr im Oktober 1988 präsentierter Zwischenbericht (Bundestags-Drucksache 11/3267) als auch der am 12. Februar 1990 vorgestellte Endbericht (BT-Drucksache 11/6380) waren Ausdruck eines in den 1980er Jahren sich entwickelnden Paradigmenwechsels in der gesundheitspolitischen Agenda.

**Botschaft geht im Vereinigungstrubel unter.** Die im Detail kontroversen Analysen und Empfehlungen der Kommission basierten auf einer gemeinsamen Ausgangsthese: Die über

100 Jahre alte berufsständische Gliederung der Krankenkassen habe sich ebenso überlebt wie die institutionalisierte Aufgabenzuweisung in der medizinischen Versorgung mit ihrer strikten Abgrenzung der Zuständigkeiten von niedergelassenen Arztpraxen und Krankenhäusern. Diese Botschaft ging jedoch im allgemeinen Trubel um den Fall der Mauer völlig unter. Sie fand auch keinen Niederschlag im Einigungsvertrag, in dem sich genau die Kräfte durchsetzen konnten, die eine Modernisierung des Gesundheitswesens und eine Flexibilisierung seiner Institutionen um jeden Preis verhindern wollten. Man kann sicher sein, dass die Enquete-Kommission weit differenziertere und konstruktivere Analysen der Strukturen des DDR-Gesundheitswesens geliefert hätte, als die damalige Mehrheit der Funktionäre des westdeutschen Gesundheitswesens mit ihrer auch heute noch gedroschenen Phrase von der „sozialistischen Staatsmedizin“.

**Zentrale Protagonisten der gesundheitspolitischen Szene.** Die Enquete-Kommission formulierte nicht nur Eckpunkte für nachfolgende GKV-Reformen und die sich darum rankenden Kontroversen. Sie war auch in ihrer personellen Zusammensetzung bemerkenswert (siehe Kasten „Mitglieder der Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf Seite 38). Zu den Bundestagsabgeordneten gehörten mit Klaus Kirschner (SPD), Horst Seehofer (CSU), Paul Hoffacker (CDU), Karl Hermann Haack (SPD) und Dieter Thomae (FDP) zentrale Protagonisten der gesundheitspolitischen Szene der 1990er und 2000er Jahre. Das gilt auch für die Sachverständigen, erfahrene Praktiker und ausgewiesene Wissenschaftler, die sich fast alle auch heute noch hörbar in die gesundheitspolitischen Debatten einmischen.

Wer diese Leute und ihre gesundheits- beziehungsweise ordnungspolitischen Positionen kennt, weiß, dass es in den Kommissionssitzungen nie langweilig werden konnte. Auch das

Kommissionssekretariat war kompetent besetzt und entpuppte sich als Kaderschmiede für heutige Führungskräfte im Gesundheitswesen. Ihm gehörten unter anderem an: Martin Frey (heute Sekretär des Bundestagsausschusses für Arbeit und Soziales), Hartmut Günther (heute Abteilungsleiter der Techniker Krankenkasse), Christopher Hermann (heute stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg), Franz Knieps (bis vor kurzem Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium), Dusan Tesic (heute Geschäftsführer der Vivantes-MVZ in Berlin, vorher Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin), Michael Drupp (heute Leiter des AOK-Instituts für Gesundheitsconsulting in Hannover) und Christina Tophoven (heute Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer).

**Kontroverse Positionen transparent machen.** Die Arbeit der Kommission litt insbesondere nach der Veröffentlichung des Zwischenberichtes, der sich im Herbst 1988 in einigen Punkten kritisch zum zeitgleich vom Bundestag verabschiedeten Gesundheits-Reformgesetz (GRG) der Bundesregierung äußerte, unter lästigen parteipolitischen Manövern. Wenn trotzdem ein Arbeitsergebnis präsentiert werden konnte, das ein Wegweiser für die nachfolgenden GKV-Reformen werden sollte, lag dies an dem konstruktiven Arbeitsklima unter den Sachverständigen. Ihnen war klar, dass sie nicht in allen Fragen auf einen gemeinsamen Nenner kommen würden. Daher beschränkten sie in Streitfragen ihren Ehrgeiz darauf, die jeweils kontroversen Positionen und die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen transparent zu machen. Der Zwischenbericht könnte ebenso wie der Teil 2 des Endberichtes auch heute noch als Lehrbuch zur ordnungspolitischen Kontroverse über Sinn und Wirkungsweise marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Die wichtigen gesundheitspolitischen Akzente wurden aber im Teil 1 des Endberichts vom 12. Februar 1990 gesetzt.

Dieser Bericht hob als erster offizieller Report die gesundheits- und gesellschaftspolitischen Zusammenhänge der GKV



Die Berichte der Kommission eignen sich als Lehrbücher zur Wirkungsweise marktwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitswesen.

und der von ihr finanzierten Versorgungsstrukturen hervor. Er postulierte eine an den gesundheitlichen Chancen und Risiken der Bevölkerung orientierte Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung und setzte damit einen Kontrapunkt zu einer seit Ende der 1970er Jahre praktizierten Kostendämpfungspolitik, die sich eher an sachfremden Zielen wie der Senkung der Lohnnebenkosten oder Entlastungen des Bundeshaushalts ausrichtete. Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung leitete die Kommission aus folgenden Sachverhalten ab: Gesundheitsprobleme sind schicht-, verhaltens- und lebenslagenspezifisch unterschiedlich verteilt. Dementsprechend differenziert müssen die von der Gesundheits-

#### Mitglieder der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ (1987 bis 1989)

##### BUNDESTAGSABGEORDNETE:

- Klaus Kirschner (SPD), Vorsitzender der Enquete-Kommission, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses von 1998 bis 2005
- Horst Seehofer (CSU), stellv. Vorsitzender der Enquete-Kommission und Mitglied bis 10.5.1989
- Dr. Paul Hofacker (CDU), ab 10.5.1989 stellv. Vorsitzender der Enquete-Kommission
- Dr. Karl Becker (CDU), gestorben 3.5.2002
- Editha Limbach (CDU)
- Gerhard Scheu (CSU), Mitglied ab 10.5.1989
- Ingrid Becker-Inglau (SPD), Mitglied ab 22.2.1989
- Jürgen Egert (SPD), Mitglied bis 22.2.1989, gest. 16.12. 1992
- Karl Hermann Haack (SPD), Mitglied ab 22.2.1989
- Horst Jaunich (SPD), Mitglied bis 22.2.1989
- Dr. Dieter Thomae (FDP), gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion bis 2005
- Heike Wilms-Kegel (Die Grünen, ab 1990 FDP)

##### SACHVERSTÄNDIGE:

- Prof. Dr. Fritz Beske, Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel
- Prof. Dr. Herbert Genzel, Lehrbeauftragter an der TU München und an der LMU München für Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Krankenhausorganisation (emeritiert)
- Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gitter, Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialrecht (emeritiert)
- Eugen Glombig, Bürgerbeauftragter für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein (gest. 31.10.2004)
- Dr. Ellis Huber, damals Präsident der Ärztekammer Berlin
- Prof. Dr. Günter Neubauer, war bis 2006 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr München
- Prof. Dr. Peter Oberender, Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (emeritiert)
- Dipl.-Volkswirt Hartmut Reiners, war Referatsleiter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik

politik zu schaffenden kompensatorischen Instrumente zur Bewältigung dieser systematischen Defizite sein. Dadurch wird Gesundheitspolitik zu einer Querschnittsaufgabe verschiedener Institutionen. Unter ihnen spielt die GKV eine zentrale Rolle, weil sie sich ausschließlich mit gesundheitlichen Risiken und deren Krankheitsfolgen beschäftigt.

**Die Kommission als Agenda-Setter.** Unstreitig war dabei, dass das Gesundheitswesen nicht nur aus sozialen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen einer öffentlichen Finanzierung und politischen Steuerung bedarf. Die Unverzichtbarkeit der GKV als solcher stand außer Frage. Das war angesichts der Zusammensetzung der Kommission und des von marktwirtschaftlichen Doktrinen geprägten ordnungspolitischen Mainstreams der damaligen Zeit nicht selbstverständlich. Aus dieser Grundoption leiten sich drei Kernfragen ab, die sich mehr oder weniger deutlich durch alle Kapitel des Berichts ziehen und bis heute die gesundheitspolitische Agenda bestimmen: Muss Gesundheitspolitik stärker auf das Verhalten oder auf die Verhältnisse einwirken? Wie sind die Leistungen des Medizinsystems zu bewerten und welche Leistungen gehören zum Pflichtkatalog der GKV? Wie lässt sich das Solidaritätsprinzip der GKV mit wettbewerblichen Strukturen in Einklang bringen?

Diese Fragestellungen finden sich mit unterschiedlichen Akzenten in den GKV-Reformen der letzten 20 Jahre und bringen die sich um sie rankenden Kontroversen auf den Punkt. Die Funktion der Enquete-Kommission zur GKV-Strukturreform als nachhaltiger Agenda-Setter der Gesundheitspolitik lässt sich vor allem an zwei Themenblöcken illustrieren, die seit Anfang der 1990er Jahre alle GKV-Reformen geprägt haben: Überwindung der starren institutionellen Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung durch eine Reform des Kassenarztrechts sowie Umwandlung des beruflichen Gliederungsprinzips der GKV in eine vom Solidaritätsprinzip geprägte Wettbewerbsordnung.

**Ärztliche Standesvertreter in Rage gebracht.** Kein anderer Abschnitt des Berichts der Enquete-Kommission hatte ein so wütendes Echo im Gesundheitswesen wie der über die ambulante kassenärztliche Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung monierte „sattsam bekannte parteipolitische und marktwirtschaftliche Programme“ (Presseerklärung vom 20.2.1990), und der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV) beschwerte sich über „unqualifizierte Rundumschläge“ (Presseerklärung vom 19.2.1990).

Was brachte die ärztlichen Standesvertreter so auf die Palme? Die Enquete-Kommission belegte ausführlich, dass die ambulante Gesundheitsversorgung mit ihrem Netz niedergelassener Arztpraxen als erste Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten eine herausragende Stellung als „Steuerungszentrale“ im Gesundheitswesen hatte, aber nicht nur in dieser, die gesamte medizinische Versorgung steuernden Funktion erhebliche Defizite aufwies. Zwar lief die Diskussion über eine Reform des Kassenarztrechts in der Enquete-Kommission kontrovers, aber man konnte sich dennoch auf eine Liste von prinzipiellen Schwachstellen der kassenärztlichen Versorgung einigen:

- mangelnde psychosomatische Kompetenz der Ärzte,
- Untergewichtung von Gesundheitsförderung und Beratung,
- Vernachlässigung der Allgemeinmedizin und Überversorgung in der spezialärztlichen Versorgung,
- fragwürdige Praxis der Arzneimittelversorgung,
- überhöhte Diagnosestandards, auch als Folge einer krankenhauszentrierten Weiterbildung der Ärzte.

**Für mehr Vertragsfreiheit der Kassen plädiert.** Diese Mängel-liste hat heute noch in weiten Teilen Gültigkeit, was man in diversen Berichten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nachlesen kann. Die Enquete-Kommission zog aus dieser Analyse jedoch unterschiedliche, die Kontroversen um das Vertragsarztsystem bis heute bestimmende Konsequenzen. Die (christlich-liberale) Mehrheit in dem Gremium meinte diese Defizite ohne grundsätzliche Änderungen des seit 1955 bestehenden Kassen-



Die Enquete-Kommission zur GKV-Strukturreform im Mai 1988 zu Besuch im Kapitol in Washington: „Unsere Gastgeber wunderten sich, dass wir in die USA reisten, um uns über das dortige Gesundheitswesen zu informieren – fanden sie doch das deutsche System vorbildlich“, erzählt Herbert Genzel (auf dem Foto 3. von links) rückblickend.

arztrechts beheben zu können. Sie plädierte für eine Verbesserung der Vergütung für Allgemeinmediziner und entsprechende Veränderungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Neue Vertragssysteme zwischen Kassenärzten und Krankenkassen sollten nur in Modellversuchen erprobt werden.

Dieses Instrument wurde im GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 in Form von Strukturverträgen (Paragraf 73 a Sozialgesetzbuch V) erstmals eingeführt. Es blieb jedoch bis heute weitgehend wirkungslos, weil es an einem zentralen Punkt nichts änderte: Ohne die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen läuft nichts. Genau hier wollte die (rot-grüne) Minderheit der Kommission den Hebel ansetzen. Für sie war der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und deren daraus sich ergebende Monopolstellung der eigentliche Knackpunkt. Sie plädierte für mehr Vertragsfreiheit für die Krankenkassen und integrierte Versorgungsmodelle von

allgemein- und fachärztlicher Versorgung unter Einbeziehung von Krankenhäusern, flankiert von sozialer Betreuung.

**Hausärzte als Lotsen stärken.** Dieser Ansatz wurde erst von der rot-grünen Koalition zunächst in der GKV-Reform 2000 vorsichtig aufgegriffen und im Gesundheits-Modernisierungsgesetz von 2003 mit der Ermöglichung von Verträgen mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und anderen integrierten Versorgungsformen konkret umgesetzt. Ferner sollte die Stellung der Hausärzte als Lotsen im Gesundheitswesen durch spezielle Angebote beziehungsweise Verträge der Kassen zur hausärztlichen Versorgung gestärkt werden. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurden diese Ansätze weiter ausgebaut.

Mittlerweile haben sich vor allem in Großstädten MVZ etabliert, die ein breites Leistungsspektrum unter einem Dach anbieten und einen großen Patientenzulauf haben. Auch wird man die Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen mit einer abnehmenden und alternden Population nur mit integrierten Versorgungsnetzen lösen können. Zwar versuchen immer noch einige Ärztesfunktionäre solche Modelle wahlweise als „Amerikanisierung des Gesundheitswesens“ oder „sozialistische Staatsmedizin“ zu denunzieren. Aber in solchen verbalradikalen Phrasen drückt sich nur die Perspektivlosigkeit ihrer Protagonisten aus, denen offenbar die Sachargumente ausgegangen sind.

**Berufsständische Gliederung in Frage gestellt.** Die wohl größte Wirkung hatte der Enquete-Bericht in der Organisationsreform der GKV. Das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) erfüllte Ende 1992 zwei wesentliche Forderungen der Minderheit der Enquete-Kommission, nämlich die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten in der GKV und deren Flankierung durch einen Risikostrukturausgleich (RSA).

#### Stichwort: Enquete-Kommissionen des Bundestages

In Enquete-Kommissionen des Bundestages, eingesetzt für jeweils eine Legislaturperiode, erarbeiten Abgeordnete und externe Sachverständige gleichberechtigt Empfehlungen für die Politik. Gemäß Paragraph 56 der Bundestags-Geschäftsordnung dienen die Kommissionen der „Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe“. Rechtzeitig vor Ende der Legislaturperiode legt die Kommission einen Abschlussbericht vor. Der Bericht muss aus sich heraus verständlich sein; eine „kommentierte Dokumentation“ reicht nicht aus. Der Bundestag setzt die Kommissionen ein, entweder als „Mehrheitenenquete“ oder als „Minderheitenenquete“. Eine Mehrheitenenquete kommt durch Antrag einer Fraktion oder von mindestens fünf Prozent der Abgeordneten zustande. Eine Minderheitenenquete wird auf Antrag von mindestens einem Viertel der Abgeordneten eingesetzt. Die parlamentarischen Mitglieder der Kommission werden von den Fraktionen entsandt, ihre Zahl entspricht der Stärke der Fraktion im Bundestag. Die Fraktionen benennen zudem Sachverständige, die dann vom Bundestagspräsidenten in die Kommission berufen werden. Zwischen 1971 und 2007 gab es insgesamt 24 Enquete-Kommissionen.

Quelle: [www.mitmischen.de](http://www.mitmischen.de) > „Stichwort Enquete-Kommissionen“

Der Abschlussbericht der Enquete-Kommission zur GKV-Reform steht unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/063/1106380.pdf>



**Ohne die Arbeit der Enquete-Kommission wäre der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen deutlich später gekommen.**

In der Kommission bestand unter den Sachverständigen Einigkeit darüber, dass das damals noch geltende berufsständische Gliederungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur ein gesellschaftspolitischer Anachronismus war, sondern auch zu schweren ökonomischen Verwerfungen im GKV-System geführt hatte. Es zwang Arbeiter in eine Pflichtkasse (AOK, BKK oder IKK), während Angestellte die Wahl zwischen der Pflichtkasse und einer Ersatzkasse hatten. Dadurch war ein verzerrter, vor allem zu Lasten der AOK gehender Wettbewerb entstanden, mit einer Beitragssatzspanne von acht bis 16 Prozent.

Die Kommission war sich über die Unhaltbarkeit dieses Zustands einig, zog daraus jedoch unterschiedliche Schlüsse. Die Kontroverse auch unter den Sachverständigen entzündete sich vor allem am RSA, während die Einführung der freien Kassenwahl bei Kontrahierungszwang für die Kassen Konsens war. Die Mehrheit der Kommission hielt den RSA für eine nicht erforderliche, wenn nicht sogar schädliche Beeinträchtigung des Kassenwettbewerbs, der ihrer Ansicht nach per se für eine gleichmäßige Risikoverteilung unter den Kassen sorgen werde. Das hielt die rot-grüne Minderheit für eine Illusion, weil sich der Kassenwettbewerb ohne den RSA auf Risikoselektion statt auf die Versorgungsqualität fokussieren würde. Nur mit einem alle Kassen umfassenden bundesweiten RSA könne man einen solchen die GKV in ihrer Substanz schädigenden Wettbewerb verhindern.

**Wegbereiter für freie Kassenwahl und Risikoausgleich.** Der Risikostrukturausgleich war aber auch in der SPD nicht unumstritten. Noch im September 1988 hatte sie sich in ihrem sozialpolitischen Programm für einen bundesweiten Finanzausgleich innerhalb der Kassenarten ausgesprochen, der faktisch

das Ende der regionalen Pflichtkassen bedeutet hätte. Deshalb wehrten sich die SPD-regierten Länder gegen diesen nur mit knapper Mehrheit verabschiedeten Parteitagebeschluss und brachten die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder 1992 zu einer Entschließung mit der Forderung nach einem kassenübergreifenden RSA. Unterstützt wurden sie darin von einigen SPD-Bundestagsabgeordneten wie Klaus Kirschner und Martin Pfaff.

Nach heftigen internen Debatten konnten sich die RSA-Befürworter in der SPD durchsetzen. Es kam zu den heute noch legendären Verhandlungen zwischen den Koalitionsparteien und der SPD in Lahnstein im Herbst 1992. Dort machte die SPD die Einführung der freien Kassenwahl mit einem durch den Risikostrukturausgleich flankierten Kassenwettbewerb zur Bedingung für die Zustimmung zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene GSG führte ab 1994 den RSA und ab 1996 die freie Kassenwahl ein. Ohne die Enquete-Kommission, das kann man getrost behaupten, wären diese, das GKV-System umkämpelnde Organisationsreformen, und insbesondere der RSA sehr viel später eingeführt worden.

**Harte Bretter bohren.** Auch zu dessen Weiterentwicklung trug die Enquete-Kommission indirekt bei, weil – siehe oben – einige ihrer Mitglieder und Sekretariats-Mitarbeiter seit Anfang der 1990er Jahre wichtige Positionen in den Institutionen des Gesundheitswesens besetzten und von dort aus in diesem Sinne weiterwirkten. Ihnen war klar, dass der im GSG zum RSA gefundene Kompromiss die Risikoselektion nicht völlig verhindern würde, sahen aber schon wegen der damals unzureichenden Datenlage keine Möglichkeit, einen RSA mit direktem Morbiditätsbezug (M-RSA) durchzusetzen.

Dieses Ziel konnte erst mit dem so viel gescholtenen Gesundheitsfonds erreicht werden, der in dieser Beziehung durchaus als ein Erbe der Enquete-Kommission angesehen werden kann. Dafür mussten schmerzhaft Kompromisse wie der umstrittene Zusatzbeitrag mit seinen bekannten Kollateralschäden eingegangen werden, ohne die der M-RSA jedoch keine politische Mehrheit gefunden hätte. Die Klagen einiger Kassenfunktionäre über den Verlust ihrer Finanzautonomie sind Ausdruck eines „Phantomschmerzes“ (Franz Knieps), denn diese Autonomie verloren sie faktisch bereits mit der Einführung des RSA.

Der M-RSA liefert die Voraussetzungen für einen an der Versorgungsqualität orientierten Wettbewerb und erfüllt damit ein zentrales Postulat der Enquete-Kommission. Die Tatsache, dass es 20 Jahre für dessen Realisierung brauchte, ist eine Bestätigung für die viel zitierte Erkenntnis des großen Sozialwissenschaftlers Max Weber, wonach Professionalität in der Politik „ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß“ bedeutet. ■

**Hartmut Reiners**, Gesundheitsökonom, leitete von 1992 bis zum Eintritt in den Ruhestand im August 2009 das Referat „Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik“ im brandenburgischen Gesundheitsministerium. Er arbeitete als Sachverständiger in der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. **Kontakt: hartmut-reiners@t-online.de**



Klaus Kirschner, ehemaliger SPD-Bundestagsabgeordneter, war Vorsitzender der Enquete-Kommission zur GKV-Strukturreform.

## Nichts an Aktualität eingebüßt

Der Bericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ hat bis heute nichts von seiner Aktualität eingebüßt. Manches hat der Gesetzgeber umgesetzt, wie beispielsweise die Kassenwahlfreiheit und den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich. Doch einige wichtige Empfehlungen wurden nicht aufgegriffen. Das gilt beispielsweise hinsichtlich der Gesundheitsförderung als Primärprävention. Die im Bericht aufgezeigte Ungleichheit der Gesundheitschancen in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit hat nach wie vor Gültigkeit. Der Enquete-Bericht sieht dazu eine Gesundheitsberichterstattung vor, die Gesundheitsrisiken nach Verursachungsbereichen, Krankheiten und Bevölkerungsgruppen erfasst. Der Gesetzgeber ist gefordert, endlich für gleiche Gesundheitschancen in der Gesamtbevölkerung zu sorgen.

## Eckpunkte eines Masterplans

Die Gesundheitspolitik ist auf Expertise angewiesen. Jede Analyse und jeder Lösungsvorschlag ist jedoch geprägt durch ökonomische Interessen und berufsspezifische Perspektiven. Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegekräfte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie sowie Krankenkassen erzeugen gemeinsam ein lobbyistisch stark vermintes politisches Gelände. Wer die solidarisch finanzierte Krankenversicherung erhalten will, braucht einen klaren Blick dafür, was verändert werden muss, damit GKV-Versicherte auch künftig eine umfassende Versorgung erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben. Der Enquete-Kommission ist es in den achtziger Jahren gelungen, Eckpunkte eines gesundheitspolitischen Masterplans zu entwickeln, der die Gesundheitspolitik über viele Jahre geprägt hat.



Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, war Mitarbeiterin des Sekretariats der Enquete-Kommission.



Prof. Dr. Herbert Genzel, Jurist, war in der Enquete-Kommission als Sachverständiger zuständig für Krankenhausfragen.

## Fruchtbarer Gedankenaustausch

Auftrag für die Enquete-Kommission zur GKV-Strukturreform war, Vorschläge zur zukunftsorientierten Weiterentwicklung unseres sozialstaatlich ausgerichteten Gesundheitssystems zu machen. Trotz des engen Zeithorizonts ist dies dank des großen Engagements aller Beteiligten gelungen. Ein fruchtbarer Gedankenaustausch prägte die Arbeit des Gremiums. Die verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen und die politische Grundausrichtung der Mitglieder standen der vertrauensvollen Zusammenarbeit nicht entgegen. Die ausgleichende Moderation des Vorsitzenden trug viel zum zügigen Voranschreiten der Beratungen bei. Eine besondere persönliche Erinnerung ist verbunden mit einem Informationsbesuch im amerikanischen Kongress in Washington: Die Senatoren fragten uns, warum wir eigentlich in die USA gekommen seien und nicht umgekehrt!

## Zusammenarbeit war hervorragend

Trotz der teilweise konträren Auffassungen der Mitglieder zu Einzelfragen fand in der Enquete-Kommission immer eine sachliche Diskussion statt – die Zusammenarbeit war hervorragend. Darüber hinaus entwickelten sich zwischen den Mitgliedern viele fachliche und persönliche Kontakte. Die Ergebnisse der Kommissionsarbeit haben die gesundheitspolitischen Diskussionen der folgenden Jahre beeinflusst. Auch für die gegenwärtigen Auseinandersetzungen erscheinen sie noch bedeutsam. Ziel der künftigen Regelungen muss die Sicherung und Aufrechterhaltung der solidarischen Gesundheitsversorgung und zugleich die Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierung sein. Diese schwierige Problemstellung war schon für die Arbeit der Enquete-Kommission bestimmend und wird es auch in Zukunft sein.



Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gitter, Jurist, war in der Enquete-Kommission als Sachverständiger zuständig für sozialrechtliche Fragestellungen.