

WSI-Herbstforum 2024

Verteilungskonflikte: Herausforderung für die Demokratie

**Gesundheitsversorgung:
Ungleichheiten bei Zugang und Inanspruchnahme**

Berlin, 13.11.2024

Themen

1. Ungleichgewichte in der Versorgungsinfrastruktur
2. Demokratiedefizite bei der Gesundheitssystemgestaltung
3. Schluss

1.

Ungleichgewichte in der Versorgungsinfrastruktur

Gute Versorgungsinfrastruktur

- Deutschland : im internationalen Vergleich sehr hoher Aufwand für die Gesundheitsversorgung
 - BIP-Anteil der Ausgaben: 12,9 % (Platz 2 in der Welt, Platz 1 in der EU)
 - Pro-Kopf-Ausgaben: 5.939 € (Platz 1 in der EU)
 - hohe Arztdichte: 4,8 Ärzt/inn/en je 1.000 Einwohner (Platz 5 in der EU)
 - hohe Bettendichte: 7,7 Akutbetten je 1.000 Einwohner (Platz 2 in der EU)
- Geringe Reglementierung des Zugangs zur Versorgung:
 - freie Arztwahl, freie Kassenwahl
 - recht umfassender Leistungskatalog
 - eher moderate Zuzahlungen

Regionale Ungleichheiten: Versorgungsinfrastruktur

- erhebliche Ungleichgewichte
- Unterversorgung (oder drohende Unterversorgung) in benachteiligten Regionen mit Ärzt/inn/en und Pflegekräften
 - ländliche Regionen
 - benachteiligte Quartiere in Großstädten/Agglomerationsräumen (soziale Brennpunkte, hohe Arbeitslosenquote, hoher Anteil von Empfängern von Unterstützungsleistungen)
- Überversorgung
 - Krankenhausbetten in Agglomerationsräumen
 - Arztsitze in wohlhabenden/attraktiven Stadtteilen

Zugang zur Versorgung

- Insgesamt gut, aber
 - Probleme auf einzelnen Versorgungsgebieten (z. B. Psychotherapie, stationäre kinderärztliche Versorgung)
 - z. T. längere Anfahrtswege
 - v. a. fachärztliche Versorgung, Krankenhaus
 - Wartezeiten, Wartelisten
 - auch:
 - Zusammenhang zur Organisation der Krankenversicherung (GKV/PKV)
 - Zusammenhang zur (privaten) Trägerschaft von Versorgungseinrichtung
- generell: Möglichkeiten zur Umgehung von Zugangsproblemen durch private Krankenversicherung (Voll- oder Zusatzversicherung)

2.

Demokratiedefizite bei der Gesundheitssystemgestaltung

Inkongruenz von Betroffenheit einerseits ...

- Versorgungsprobleme vor Ort spürbar (z.B. Ärztemangel, lange Wege, Wartezeiten/ -listen)
- auch: Gefahr für lokale wirtschaftliche Entwicklung (v.a. in benachteiligten Stadtteilen bzw. Regionen)
- Legitimationsrisiken für lokale Funktionsträger (Zuschreibung von Verantwortung)
- Gefühl des „Abgehängtseins“, insbesondere in wirtschaftlich schwachen, alternden, dünn besiedelten Regionen

... und mangelnder Gestaltungsmacht andererseits

- Verbreitetes Fehlen von
 - kommunalen Zuständigkeiten / Gestaltungskompetenzen (Demokratiedefizit) und
 - Ressourcen (Geld, Personal, Wissen)
- Zuständigkeiten und Disposition über finanzielle Ressourcen liegen bei der Kranken- und Pflegeversicherung
- Gesundheit hat keinen bestimmten Ort in der Kommunalverwaltung
- Einfluss auf lokale oder regionale Gestaltung der Versorgung gering

Handlungsfelder der kommunalen Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich

- Zentrale Handlungsgrundlage für Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge (Art. 28 Abs. 2 GG): Kommunen regeln alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft
- Kommunale Daseinsvorsorge in der Gesundheitsversorgung schließt eine Vielzahl von Handlungsfeldern ein

Allgemeine Unterscheidung:

- Versorgung (bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit)
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Soziale Aufgaben mit direktem und indirektem Bezug zur Gesundheitspolitik (z.B. Sozialarbeit, Jugendarbeit, Beratungsarbeit), insbesondere zur Gesundheitsförderung (Förderprogramm „Soziale Stadt“, Gesunde-Städte-Netzwerk“, Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“)

Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit

- In beiden Bereichen: Dominanz der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Kranken- und Pflegeversicherung (Zuständigkeiten, finanzielle Ressourcen)

Krankenversorgung

- Krankenhausversorgung: Sicherstellungsauftrag der Länder
- ambulante Versorgung: Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen
- Kommunen zwar als (wichtiger) Träger von Krankenhäusern, dabei aber abhängig von Entscheidungen des Landes (Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung)
- in letzten Jahren vorsichtige Ausweitung von Kompetenzen der Kommunen (Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren, Gesundheitskioske)
- Insgesamt:
 - geringe Gestaltungskompetenzen der Kommunen
 - kaum Ressourcen (Geld, Wissen, Erfahrung)

Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Langzeitpflege

- Gesetzlich (Bundes- und Landesrecht) vorgeschriebene Aufgaben, z.B.:
 - Kooperation mit Ländern und Pflegekassen zur Gewährleistung einer leistungsfähigen Pflege(infrastruktur)
 - Ko-Finanzierung der Pflegeinfrastruktur
- Empfehlungen zu Standards der Pflegeberatung (gemeinsam mit den Pflegekassen)
- dabei: geringer Entscheidungsspielraum der Kommunen (z.B. als Einrichtungsträger)
- Träger der Hilfe zur Pflege

Prävention

- krankheitsspezifisch
- ÖGD als Träger von (klassischen) Präventionsaufgaben
- i.d.R. rechtlich vorgegeben (Pflichtaufgaben)
- Schwerpunkte, z.B.:
 - Hygiene in öffentlichen Einrichtungen
 - Eintrag von Schadstoffen
- Kommunen als Träger der Gesundheitsämter indirekt beteiligt
- aber ohne Einfluss auf das Aufgabenspektrum

Privatisierung der Träger von Versorgungseinrichtungen

- traditionell private Organisation der ambulanten Versorgung
- Verstärkung durch Private-Equity-Träger
- fortschreitende Privatisierung der Krankenhäuser
 - rd. 40 % der Häuser
 - rd. 30 % der Betten
- fortschreitende Privatisierung in der Langzeitpflege (Heime, ambulante Dienste), öffentliche Träger fast bedeutungslos
- wachsende Abhängigkeit von privaten Investitionsentscheidungen
- Einbuße an kommunalen Entscheidungskompetenzen

Gesundheitsförderung

- krankheitsunspezifisch
- Förderung des allgemeinen Wohlergehens (Erwartung: positive Wirkung auf Gesundheit), z.B.
- Gestaltung von Lebenswelten (Stadtteil, Schule etc.)
- sozialer Zusammenhalt im Stadtteil
- Partizipation bei der Gestaltung von Lebenswelten
- überwiegend freiwillige Aufgaben
 - Kommunen im Prinzip sehr einflussreich
 - abhängig von Kapazitäten/Ressourcen

Soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen

- grundsätzlich: soziale Selbstverwaltung der Arbeitgeber und Versicherten als Instrument demokratischer Gestaltung

Aber:

- gesetzliche Begrenzung der Gestaltungsmacht auf Fragen von grundsätzlicher Bedeutung
- Zuständigkeit für operatives Geschäft beim Vorstand
- Legitimationsdefizite der sozialen Selbstverwaltung (z. B. Wahlen, fachliche Kritik)
 - verbreitete Identifikation der Versichertenvertreter mit den Wettbewerbsinteressen „ihrer“ Krankenkasse
 - geringe Anbindung der Selbstverwaltung an regionale/kommunale Gestaltung von Versorgungsstrukturen (verstärkt durch Zentralisierung der Kassenlandschaft)

Regionale/Kommunale Gesundheitskonferenzen

- weit verbreitetes Instrument demokratischer Meinungsbildung
- Verankerung in den ÖGD-Gesetzen der Länder (unterschiedliche Ausgestaltung)
- Beratungen einer Vielzahl von Beteiligten über Probleme/Problemlösungsmöglichkeiten in
 - Gesundheitsförderung/Prävention
 - Krankenversorgung
 - Pflege
- kein wirksames Steuerungsinstrument:
 - keine formalen Entscheidungsbefugnisse
 - kaum Verfügung über finanzielle Ressourcen

3.

Schluss

Kompetenzverschiebungen zugunsten der Kommunen?

- Moderate Aufwertung der Steuerungskompetenzen von Kommunen
- Rechtliche Stärkung der Kommunen als Akteure der Krankenversorgung (MVZ, Gesundheitskioske)
- Stärkung der Prävention als Teilfeld der Gesundheitspolitik mit gestärkter Rolle der Kommunen
- (vorsichtige) Aufwertung des ÖGD
 - Pakt für den ÖGD
 - Erweiterung des Aufgabenspektrums
 - explizite Hinwendung zu Vernetzungsaufgaben
- Koordinationsaufträge für Sozialversicherungsträger und Kommunen in Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz)

Regionalisierung/Kommunalisierung als Herausforderung für die Demokratie

- weitreichende Neuordnung der Versorgungsstrukturen
 - Rolle des Krankenhauses/Zugang zum
 - Organisation der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung
 - Rolle der Primärversorgung
- unterschiedliche regionale/kommunale Bedarfe
- unterschiedliche regionale/kommunale Versorgungsstrukturen
- neue Formen demokratischer Gestaltung erforderlich
- Rahmen: Formen demokratischer Mitgestaltung durch die Organisation des Gesundheitssystems (als Krankenversicherungssystem) vorgegeben
- demokratische Verfahren bei der Gesundheitssystemgestaltung auf dem Prüfstand

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!