

Die gesundheitspolitischen Pläne der Großen Koalition: Zwischen Aufbruch und „Weiter so“

Jürgen Hohnl
Geschäftsführer des IKK e.V.



Neuer Aufbruch, neue Dynamik und neuer Zusammenhalt – mit diesem Versprechen hat die neue Regierung ihren 177-seitigen Koalitionsvertrag überschrieben. Wohl auch, um gar nicht erst den Eindruck zu erwecken, die neue (alte) große Koalition stehe für ein „Weiter so“. Doch gelingt ihr das?

Im Part „Gesundheit und Pflege“ des Koalitionsvertrags zeigt sich ein Motiv, das auch schon in der letzten Legislaturperiode oft zum Tragen kam: Zwar werden für die Versorgung wichtige und richtige Probleme angesprochen, doch zur Problemlösung wird dann oft und gern auf die vermeintlich überquellenden Kassen der GKV zugegriffen. Dies aber, ohne gleichzeitig den Kassen entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten zu geben.

Schwerpunkt Pflege

Wie schon bei den Sondierungsgesprächen zur Jamaika-Koalition, steht die Verbesserung der Situation in der Pflege ganz oben auf der Prioritätenliste des neuen Gesundheitsministers. Ein ohne Zweifel wichtiges Anliegen. Hierfür sollen in einem Sofortprogramm neue Fachkraftstellen geschaffen werden. Damit dies nicht von den zu Pflegenden bezahlt werden muss, sollen diese im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege voll durch die GKV finanziert werden. Die Zahl 8.000 scheint aus der Luft gegriffen zu sein. Sozialverbände sehen hier nur einen Tropfen auf dem heißen Stein, andere fragen, wo denn die qualifizierten Fachkräfte herkommen sollen? Aus unserer Sicht ist es vor allem der angekündigte Einstieg in die Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege auf die Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), den wir mit Sorge sehen. Der GKV-SV rechnet mit Kosten in Höhe von bis zu 450 Millionen Euro. Das Volumen der Behandlungspflege wird auf insgesamt rund drei Milliarden Euro geschätzt. Ist dies nur ein Verschiebeparkplatz? Oder ist es ein Vertrag zu Lasten Dritter?

Ebenfalls soll die Pflege im stationären Bereich besser abgesichert werden. Der Ansatz auch hier: Die GKV wird zur Finanzierung von Tarifsteigerungen herangezogen. Das erleichtert den Tarifpartnern natürlich das Geschäft. Man würde sich wünschen, dass der Appell an die Tarifpartner, für eine bessere Vergütung zu sorgen, nicht nur dann erfolgt, wenn es zu Lasten der GKV geht. Gerade zum Beispiel im Bildungsbereich könnte man hier einige Akzente setzen. Da diese aber natürlich zum Beispiel die Länderhaushalte treffen würden, verzichtet man hier auf derartige Appelle.

Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen angehen

Apropos Finanzierung. Natürlich ist dieses Stichwort für die gesetzliche Krankenversicherung, die im selbstverwal-

teten System der Sozialversicherung nicht umsonst als „Kostenträger“ fungiert, wichtig. Es ist der letzte Absatz des siebten Kapitels („Soziale Sicherung gerecht und verlässlich gestalten“), der sich mit diesem Thema beschäftigt. Fünf der insgesamt 13 Zeilen werden für die Themen ALG-II-Bezieher und kleine Selbstständige verwendet. Vier Zeilen widmen sich der Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Beiträge ab Januar 2019, wovon auch der Zusatzbeitrag erfasst werden soll. Dies wird von den Versichertenvertretern und Gewerkschaften als Erfolg bewertet, wird es doch zu einer Entlastung der Versicherten führen. Die Arbeitgebervertreter sehen die Gefahr der Belastung der Wirtschaft. Sie beharren deshalb schon jetzt darauf, dass die Sozialbeiträge nicht über 40 Prozent steigen sollen. Das Problem wird bei einer anhaltend guten wirtschaftlichen Lage und Beschäftigungssituation nicht virulent. Aber in Zeiten einer wirtschaftlichen Krise und eines Einbruchs am Arbeitsmarkt wird sich das schnell ändern. Dann werden sich die Griffe in die Geldtasche der Sozialversicherung schnell rächen.

Auch Sicht der Innungskassen fehlt ein klares Bekenntnis, dass die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Da tröstet es nicht, dass endlich kostendeckende Beiträge zur GKV für die Bezieher von ALG II vorgesehen sind, wenn im nächsten Satz zu lesen ist, dass zur Entlastung von „kleinen Selbstständige(n)“ die Bemessungsgrundlage für die Mindestkrankenversicherungsbeiträge auf 1.150 Euro nahezu halbiert werden soll. Hier drängt sich der Gedanke auf, dass das Problem von nicht auskömmlicher Selbstständigkeit zu Lasten der GKV gelöst werden soll. Bei einer Veranstaltung des IKK e.V. zu dem Thema „Solo-Selbstständige zwischen Eigenverantwortung und Solidarität“ wurde von den Experten nahezu einvernehmlich darauf verwiesen, dass das Problem der sozialen Absicherung von atypisch Beschäftigten und von sog. kleinen Selbstständigen eine umfassende Reform erfordert. Wenn es erklärtes Ziel ist, dass man von seinem Einkommen leben können soll, dann ist es die falsche Lösung, auf Seiten der

Sozialversicherung Abstriche vorzunehmen. Aus diesem Grund lehnen die Innungskassen eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf ein Niveau unter dem in der letzten Koalition mühsam errungenen Kompromiss zu einem Mindestlohn entschieden ab. Die Innungskassen wie das organisierte Handwerk sehen in dem Vorhaben eine Subventionierung von nicht auskömmlicher Selbstständigkeit zu Lasten der Sozialversicherung. Damit werden Scheinselbstständigkeit und Selbstausbeutung zu Lasten eines fairen Qualitätswettbewerbs gefördert. Dies geht auch auf Kosten von Handwerk und Mittelstand.

Faire Wettbewerbsbedingungen notwendig

Erfreulich aus Sicht der Innungskassen ist der letzte Absatz des gesundheitspolitischen Kapitels. Es scheint, als hätte er gerade noch so die Hürde in den Vertrag genommen. Hierbei geht es um die dringend notwendige Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Es ist beruhigend, dass sich die Koalitionäre an dieser Stelle für die Ziele „fairer Wettbewerb“ und „Manipulationssicherheit“ aussprechen. Kann man hier doch erkennen, dass man aus politischer Sicht zu den Aussagen im vorliegenden Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vorsichtig auf Distanz geht. Von einer breiten Kassenallianz von den Ersatz- über die Betriebs- bis zu den Innungskassen wurde an dem Gutachten kritisiert, dass Wettbewerbsprobleme und Manipulationsanreize zwar anerkannt, aber keine Notwendigkeit für eine Änderung des derzeitigen Systems gesehen wurde. Vielmehr hält man am Mantra der Zielgenauigkeit fest und verweist im Übrigen auf das Wettbewerbs- und Kartellrecht oder beim immer noch omnipräsenten Thema Manipulation auf die Aufsichten bzw. die Staatsanwaltschaften. Die Innungskassen begrüßen die Zielausrichtung im Koalitionsvertrag. Da man Erfolge aber erst feiern sollte, wenn sie auch eingetreten sind, bleiben wir hier verhalten optimistisch!

Selbstverwaltung stärken

Ein Verbandsmitglied liest einen Koalitionsvertrag natürlich auch mit einer ordnungspolitischen Brille. Die beschlägt leider sehr schnell, angesichts der vielen angekündigten Sündenfälle: Nehmen wir den Hinweis auf die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK), die gewährleistet werden soll. Außerdem sollen durch bundesweit verbindliche Regelungen eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung sichergestellt werden. In der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden im März 2018 zur Vorbereitung der Gesundheitsministerkonferenz wurde man schon deutlicher: Die Medizinischen Dienste sollen eine neue Struktur erhalten, sie sollen von den Krankenkassen abgekoppelt werden. Eine Diskussion, die schon längere Zeit läuft und geprägt ist vom irrealen Glauben, dass durch eine Abkopplung von den Krankenkassen Entscheidungen nur noch positiv getroffen werden. Nein, auch bei einer anderen Trägerschaft wird es Anträge auf Reha, auf Mutter/Vater-Kind-Kuren und Hilfsmittel geben, die abgelehnt werden, weil sie nicht den Gesetzen oder Richtlinien entsprechen. Die Kritik an den medizinischen Diensten ist übrigens auch deshalb nicht verständlich, weil ja gerade in dem heiklen Bereich der Pflegebegutachtung die neutral durchgeführte Zufriedenheitsbefragung Werte ergibt, auf die jede staatliche Stelle stolz wäre! Wieso eigentlich hier der Aktionismus? Messbare positive Ergebnisse wird er nicht zeitigen.

An einer anderen Stelle könnte man schneller eine Wirkung erzielen – und das auch noch bei einem Schwerpunktthema der Koalition, der Digitalisierung. Zwar hat man große Pläne zum Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur, aber an der organisationsrechtlichen Verfassung der Gematik soll nichts geändert werden. Dabei fordern die Krankenkassen schon seit langem eine verbesserte Entscheidungslage durch die Mehrheit der Stimmen in der Gesellschafterversammlung. Dann freilich wären wir gefragt, auch die Ergebnisse sicherzustellen. Ein

Gedanke, der dem ein oder anderen auch Kopfschmerzen bereiten dürfte und nicht geheilt wird dadurch, dass es jetzt im Bundesgesundheitsministerium eine neue Abteilung mit dem Zuständigkeitsbereich „Digitalisierung und Innovation“ geben wird.

Zu guter Letzt, quasi in „eigener Sache“: Die Koalitionspartner zeigen teils offen, teils versteckt ihr Misstrauen gegen die Selbstverwaltung, und zwar sowohl gegen die soziale wie auch gegen die gemeinsame. Zwar sind die Sätze zur Modernisierung der Sozialwahlen hinreichend unpräzise und immerhin an eine Diskussion mit den Sozialpartnern geknüpft, aber beim Gemeinsamen Bundesausschuss sieht man deutlich, in welche Richtung es gehen wird. Da sollen Innovationen schneller in die Versorgung gelangen. Klingt gut. Wenn man sich dann aber daran erinnert, dass ein Ausschluss von Leistungen seit geraumer Zeit nur noch mit einer Mehrheit von mindestens neun von 15 Stimmen erfolgen kann, dann ist zu befürchten, dass Leistungen in den Katalog kommen lediglich aufgrund von Hinweisen auf einen eventuellen Nutzen. Zeigen sich die nicht, oder noch schlimmer: zeigen sich in der realen Versorgung auch Schadenspotenziale für die Patienten, ist ein Ausschluss nur dann möglich, wenn alle Bänke zustimmen. Ein schwer zu erzielendes Ergebnis. Und auch beim Thema Innovationsfonds sieht man, dass man gern zum Geld der GKV greift: Zukünftig sollen auch Projekte des BMG förderfähig sein. Ist das dann wieder eine Finanzierung von staatlichen Aufgaben durch Beitragsmittel? Eine Frage, die ja im Zusammenhang mit der durch das Präventionsgesetz geregelten BZgA-Beauftragung noch der rechtlichen Klärung harret.

Einige Lichtblicke enthält der Koalitionsvertrag bei aller Kritik aber doch. Wichtige Versorgungsthemen wie die geplante Regelung zur Notfallversorgung oder der verbesserte Zugang von GKV-Versicherten zur Versorgung beim Facharzt stehen auf der TO-DO-Liste des neuen Ministers. Unter dem Stichwort „sektorübergreifende Versorgung“ soll auch die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen gestärkt werden. Hiermit verlinkt ist auch

die angedachte Neujustierung der Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsberufen zu sehen. Ein äußert begrüßenswertes Vorhaben, für welches sich die Innungskassen seit langem stark machen. Mit Delegation, Substitution und Kooperation können Schnittstellenprobleme gelöst und die Versorgung der Bevölkerung zukunftsorientiert organisiert werden.

Kurzum: Der Koalitionsvertrag macht ein weites Tableau an Themen auf. Ob sie in der Gesundheitspolitik dem Anspruch von Aufbruch und Dynamik gerecht werden, bleibt abzuwarten. Es wird sicherlich noch spannende Diskussionen zwischen den Koalitionspartnern, aber auch im Rahmen der Selbstverwaltung geben. Nach der langen Phase der Regierungsbildung scheinen aber alle gewillt zu sein, endlich in die Schararbeit einzusteigen. Dem können wir uns nur anschließen!