



Maria Klein-Schmeink

Mitglied des Deutschen Bundestages

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Mitglied im Gesundheitsausschuss
Sprecherin für Gesundheitspolitik

Vertrag ohne Vision

Meine gesundheitspolitische Bewertung des Koalitionsvertrags

2. Januar 2014

Auch wenn in den Bereichen Krankenhausversorgung und Pflege wichtige, von der alten Regierung verschleppte Reformen endlich aufgegriffen werden, fehlen Antworten auf die großen Herausforderungen, die der demografische Wandel für die gesundheitliche Versorgung bringt. Dagegen enthält der Vertrag eine bittere Wende zu Lasten der gesetzlich Krankenversicherten. Die SPD feiert die Abkehr von der Kopfpauschale, nimmt aber im Gegenzug die einseitige Belastung für die ArbeitnehmerInnen und RentnerInnen in Kauf. Sie müssen in Zukunft durch einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag alle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allein tragen, der Arbeitgeberbeitrag hingegen bleibt auf heutigem Stand. Das bedeutet, dass schon ab 2017 deutliche Beitragssteigerungen auf die Versicherten zukommen werden. Das ist weit entfernt von einer solidarischen Finanzierung durch die Bürgerversicherung, wie Grüne und SPD es angestrebt hatten. Die Hoffnung besteht, dass nun endlich eine umfassende Pflegereform kommt, finanziert durch einen höheren Pflegeversicherungsbeitrag. Wichtige Anteile davon werden aber für eine unsinnige Altersvorsorgerücklage verpulvert. Diese Einnahmen fehlen allerdings bei der Finanzierung von Leistungsverbesserungen.

>>

Kontakt:

Homepage: <http://www.klein-schmeink.de>

Büro Berlin

Platz der Republik 1; 11011 Berlin
Sabine Peter : Telefon (030) 227-72307
Gunda Meyer, Christine Hopfgarten
Fax: (030)227-76307 E-Mail: maria.klein-schmeink@bundestag.de

Wahlkreis- und Regionalbüro

Windthorststraße 7; 48145 Münster
Angelika Farwick-Hajek ; E-Mail: maria.klein-schmeink@wk.bundestag.de
Tim Rohleder ; E-Mail: maria.klein-schmeink@wk2.bundestag.de
Telefon 0251-662280; Fax: 0251-662296

1. Finanzierung: Bittere Pille für Versicherte

Der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde von der großen Koalition bei 7,3 % eingefroren. Formal sinken nun zwar auch die Beiträge der ArbeitnehmerInnen von 8,2 auf 7,3 Prozent. Die ArbeitnehmerInnen-Mehrbelastung um 0,9 Prozentpunkte wird aber nicht gestrichen, sondern fließt in die einkommensabhängigen Zusatzbeiträge. Über deren Höhe dürfen die Krankenkassen nach ihrem jeweiligen Finanzbedarf entscheiden. Eine Kasse, die hohe Reserven hat, könnte damit zunächst weniger als die 0,9 Prozent zusätzlich verlangen oder ganz darauf verzichten. Eine Kasse in finanziellen Nöten müsste den Zusatzbeitrag über das Niveau von 0,9 Prozentpunkten und damit über das heutige Niveau von 15,5 Prozent anheben. Weitere Kostensteigerungen werden alle Kassen dann entsprechend ihrer Finanzlage direkt auf die Versicherten umlegen.

Zu Beginn der Verhandlungen über die Themen Gesundheit und Pflege präsentierte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aktuelle Zahlen zur Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Demnach zeichne sich bereits für das Jahr 2015 ein mögliches Defizit von 2,5 Milliarden Euro für die Krankenkassen ab. Bis 2017 sei sogar mit einem Fehlbetrag von 10 Milliarden Euro zu rechnen.

In dieser Summe waren die zusätzlichen Ausgaben durch die von Union und SPD vereinbarten Vorhaben noch nicht berücksichtigt. Das sich ergebende Defizit werden nach den Plänen der künftigen Koalitionspartner die GKV-Versicherten alleine zu tragen haben. Sollten sich diese Prognosen bewahrheiten, würde der durchschnittliche einkommensabhängige Zusatzbeitrag im Jahr 2017 bereits bei über 2 Prozent liegen. Weil die Zusatzbeiträge, die nun nicht mehr pauschal, sondern einkommensabhängig berechnet werden, nicht mehr bei 2 Prozent gedeckelt sind, werden sie insbesondere GeringverdienerInnen belasten. Denn der bisher vorgesehene steuerfinanzierte Sozialausgleich entfällt vollständig. Das ist sozial ungerecht, da die Belastung niedriger Einkommen durch Krankenversicherungsbeiträge sehr viel höher ist als deren Steuerbelastung. Niedrige Einkommen werden von Sozialversicherungsbeiträgen stärker belastet als hohe, da die Beiträge nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben werden und damit für GutverdienerInnen oberhalb dieser Grenze nicht mehr ansteigen.

Das von Karl Lauterbach viel beschworene „historische Ende der Kopfpauschale“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Festschreibung des Arbeitgeberanteils und die fehlende Deckelung bei maximal 2 Prozent des Einkommens die Versicherten massiv belasten wird. Es ist somit kein Wunder, dass sich trotz des gefürchteten Mitgliederentscheids bei der SPD Widerstand regte und der Kompromiss sogar als gravierender Sündenfall bezeichnet wurde. Die von Herrn Lauterbach so gern zitierte Protokollnotiz zum Koalitionsvertrag, die besagen soll, dass der Arbeitgeberanteil perspektivisch langfristig ab der nächsten Legislaturperiode ab 2017 wieder steigen soll, ist eine Farce. Für die nächsten Jahre spielt sie sowieso keine Rolle.

Künftige Ausgabensteigerungen durch die alternde Bevölkerung und den medizinischen Fortschritt werden allein bei den Versicherten abgeladen. Lauterbach betonte, Kopfpauschalen von bis zu 30 € im Monat verhindert zu haben. Es werden jedoch viele Versicherte nach den Schätzungen der Finanzentwicklung der gesetzlichen Kassen 2017 einkommensabhängige Zusatzbeiträge um und über 30 € bezahlen müssen, wie unsere Beispiele zeigen:

Der für 2017 erwartbare durchschnittliche Zusatzbeitrag von 2 Prozent wird für die einzelnen BeitragszahlerInnen im Monat bedeuten:

| Beruf | Monatliches Durchschnittsgehalt | Zusatzbeitrag bei einer Kasse bei 2 % | Ohne heutige Arbeitnehmer-Mehrbelastung von 0,9 % |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| Bankkaufleute | 3621 € brutto | 72,42 € | 39,83 € |
| Bürokaufleute | 2157 € brutto | 43,14 € | 23,73 € |
| DreherInnen | 3392 € brutto | 67,84 € | 37,31 € |
| ElektroinstallateurInnen | 3191 € brutto | 63,82 € | 35,10 € |
| ErzieherInnen | 2195 € brutto | 43,90 € | 24,15 € |
| FriseurInnen | 1523 € brutto | 30,46 € | 16,75 € |
| Glas-, GebäudereinigerInnen | 2049 € brutto | 40,98 € | 23,03 € |
| Hotelfachmann/frau | 1800 € brutto | 36,00 € | 19,80 € |
| Köche/Köchinnen | 2255 € brutto | 45,10 € | 24,81 € |
| MalerInnen, LackiererInnen | 2753 € brutto | 55,06 € | 30,28 € |
| MaurerInnen | 2972 € brutto | 59,44 € | 32,69 € |
| MasseurInnen, KrankengymnastInnen | 2755 € brutto | 55,10 € | 30,31 € |
| Pflegeberufe | 2410 € brutto | 48,20 € | 26,51 € |
| PförtnerInnen | 2688 € brutto | 53,76 € | 29,57 € |
| PostverteilerInnen | 2590 € brutto | 51,80 € | 28,49 € |
| SekretärInnen | 2400 € brutto | 48,00 € | 26,40 € |
| VerkäuferInnen im Einzelhandel | 1890 € brutto | 37,80 € | 20,79 € |

Die genannten Durchschnittsverdienste beziehen sich auf den Durchschnitt aller Altersgruppen, Betriebszugehörigkeiten, Bundesländer und Positionen im jeweiligen Beruf. Zum Teil liegen die Gehälter also beispielsweise in den ostdeutschen Bundesländern, bei BerufseinsteigerInnen oder in niedrigen Positionen usw. deutlich darunter. So verdienen FriseurInnen in den ostdeutschen Bundesländern im Durchschnitt nur 1257 € und werden bei einem Zusatzbeitrag von 2 % mit 25,14 € monatlich belastet. Im Vergleich zu der heutigen ArbeitnehmerInnenmehrbelastung von 0,9 Prozent würde dies nochmals eine weitere Belastung von 13,70 € im Monat ausmachen.

Selbst der Konsens unter den GesundheitspolitikerInnen der Koalition, dass der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in der GKV wieder 14 Milliarden Euro betragen soll, fiel der Abschlussverhandlung der Koalition zum Opfer. Somit ist zu befürchten, dass die gesetzliche Krankenversicherung erneut herangezogen wird, um den Bundeshaushalt zu sanieren. Der Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkassen wird von ihrer jeweiligen Finanzlage abhängen. Wo die eine Krankenkasse 2017 vielleicht schon 2,5 Prozent Zusatzbeitrag nehmen muss, braucht eine andere vielleicht nur 1,5 Prozent. Insgesamt bedeutet die Einigung der großen Koalition für viele, sich die steigenden Kassenbeiträge vom Munde abzusparen.

2. Ein neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz: Konzepte lagen schon lange vor

Auch bei der nicht enden wollenden Geschichte um ein Präventionsgesetz hat sich die SPD mit CDU und CSU schließlich nur auf Willensbekundungen einigen können. Alle konkreten Detailregelungen des für 2014 angekündigten Präventionsgesetzes ließen die Verhandlungsführer schließlich in der letzten Verhandlungsrunde unter den Tisch fallen.

Die Stärkung der lebensweltlichen Gesundheitsförderung und Prävention und die Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger bleibt als Lippenbekenntnis stehen. Auf einen finanziellen Rahmen, auf die Einbindung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und auf einen konkreten Betrag, den die Krankenkassen für jeden Versicherten für Prävention ausgeben sollen (Ausgabewert), haben sich die künftigen Koalitionäre jedoch nicht einigen können.

Spannend bleibt, ob sich die Koalition im Gesetzesgebungsverfahren auf den bereits diskutierten Ausgabewert von 7 Euro für die gesetzliche Krankenversicherung ab 2015 verständigen können wird, welcher in den Folgejahren jährlich um 1 € auf 10 € steigen sollte. Fraglich ist auch, ob am Ende wirklich 80 Prozent der Mittel für die lebensweltliche Prävention (z.B. in Kitas, Schulen, Stadtteilen) ausgegeben werden, was ebenfalls bereits angedacht war.

Vieles wird zudem davon abhängen, inwieweit die regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden. Für die koordinierte Abstimmung nachhaltiger Angebote ist dies entscheidend. Der Koalitionsvertrag sieht die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen über verpflichtende Rahmenvereinbarungen analog § 21 SGB V (Zahngesundheit) und § 20d Abs. 3 SGB V (Schutzimpfungen) auf Landesebene vor. Dabei sollen bundesweit einheitliche Gesundheitsziele sowie die Vorgaben zur Qualität und Evaluation berücksichtigt und die Landespräventionsansätze einbezogen werden. Von dem im Sommer in Replik auf das misslungene schwarz-gelbe Präventionsgesetz gemachten Vorschlag des Bundesrates, eine regionale Mittelvergabe über Landespräventionsfonds zu steuern, ist nicht mehr die Rede.

Auch die Festlegung auf ein nationales Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung und Evaluation, welches bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) angesiedelt werden sollte, ist am Ende der Koalitionsverhandlungen nicht gelungen. Dabei wurde dieses nicht erst seit gestern diskutiert und gefordert. Bereits unser Konzept für ein Präventionsgesetz aus dem Jahr 2011 (Antrag BT-Drs. 17/5529) hat sich dafür stark gemacht. Sollte die BZgA diese Aufgabe künftig übernehmen und ihr Aufgabenspektrum erweitern, muss parallel jedoch darauf geachtet werden, dass die BZgA nicht als nachgeordnete Bundesbehörde aus Versichertengeldern finanziert wird. Dieser sowie die vielen weiteren Kritikpunkte aus der ExpertInnenanhörung zum letzten Anlauf für ein Präventionsgesetz sollten nicht verloren gehen.

Das bezieht sich etwa auf die Absicht der großen Koalition, Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und ärztliche Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen zu stärken. Eine Anhebung der Altersgrenze bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder auf zehn Jahre wäre sinnvoll, um die Lücke zur ersten Jugendlichenuntersuchung zwischen 12 und 14 Jahren zu schließen. Weitere Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen sind hingegen nur dann gerechtfertigt, wenn deren Nutzen nachgewiesen ist. Bei vielen Untersuchungsarten ist dies bislang noch nicht der Fall.

3. Seelische Gesundheit: keine grundlegende Strukturreform erkennbar

Im Bereich der seelischen Gesundheit plant die Koalition einzelne Reformen sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Versorgung. Ein übergreifendes Konzept, das auch die bestehenden Strukturen überdenkt und neu ordnet, ist nicht erkennbar. Im Gegensatz hierzu setzen wir uns für eine grundlegende Strukturreform ein und fordern in unserem Wahlprogramm einen „Aktionsplan Seelische Gesundheit“. Wir sind der Ansicht, dass wir mehr umfassende gemeindenahe ambulante Angebote, wie z.B. Krisenhilfen benötigen. Darüber hinaus brauchen wir ein Konzept für den weiten Übergangsbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Ambulante Versorgung am individuellen Bedarf orientieren

Die Koalition plant eine Reduzierung der Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Schaffung von mehr zeitnahen Angeboten für eine Kurzzeittherapie. Dafür soll das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisiert und die Gruppentherapie gefördert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll beauftragt werden, die Psychotherapierichtlinie in einer gesetzlich definierten Frist zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für PsychotherapeutInnen sollen darüber hinaus überprüft werden. Diese Pläne halten wir grundsätzlich für sinnvoll und angesichts der langen Wartezeiten für PatientInnen für lange überfällig. Es darf aber nicht zu reinen Billiglösungen mit gedeckelten Therapieansprüchen kommen, sondern der individuelle Bedarf muss passgenau abgedeckt werden können. Dies gilt insbesondere für Menschen mit mehreren psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit komplexen oder chronischen Krankheitsverläufen.

Auch wir sind der Meinung, dass das System der Gutachterverfahren, die zur Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen durchgeführt werden, reformiert werden muss. Circa 97 Prozent der beantragten Gutachten fallen positiv aus, die Ablehnungsquoten der Krankenkassen betragen bei Verhaltenstherapie circa 3 Prozent und bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie ca. 4 Prozent. Diese geringe Ablehnungsquote lässt den Nutzen des bestehenden Gutachterverfahrens als fraglich erscheinen. Bei Kurzzeittherapien sind bereits circa 94 Prozent gutachterbefreit. Davon werden 68 Prozent nicht in eine Langzeittherapie überführt.

Die von der Koalition geplante Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes und der Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung entspricht schon lange unseren Forderungen. Zudem beabsichtigt die Koalition, die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke weiterzuentwickeln und für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils neue Programme zu entwickeln. Auch diese Pläne halten wir für sinnvoll.

Selbst wenn diese Punkte jeweils in die richtige Richtung gehen, bleiben jedoch in allen Fällen die Einzelheiten der Überarbeitung und die konkreten gesetzlichen Regelungen abzuwarten.

Stationäre Versorgung: keine sektorübergreifenden Konzepte

Im Bereich der stationären Versorgung sieht der Koalitionsvertrag vor, systematische Veränderungen des Vergütungssystems in der Psychiatrie und der Psychosomatik vorzunehmen. Dieses soll schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, soll die sektorübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Festgehalten werden soll an dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen.

Entgegen erster Pläne ist nicht mehr die Rede davon, die Optionsphase des PEPP zu verlängern und für Änderungen zu nutzen.

Die Formulierung ist ein Formelkompromiss. Während die SPD dem neuen Vergütungssystem kritisch gegenüber steht, will die Union an dem System festhalten.

Eine Überarbeitung des neuen Vergütungssystems (PEPP) halten auch wir für dringend erforderlich, weil durch das PEPP letztlich entgegen der ursprünglichen Intention doch ein Fallpauschalensystem für psychische Erkrankungen eingeführt würde. Primär wäre allerdings eine Reform der Strukturen erforderlich und erst sekundär eine dafür geeignete Vergütungsreform. Zunächst sollten weitgehend schnittstellenfreie, sektorübergreifende Behandlungsprozesse und eine regional übergeordnete, sektorübergreifende Verantwortung für die Versorgung von PatientInnen psychiatriepolitische Ziele der kommenden Jahre sein. Wir setzen uns für mehr patientenorientierte und sektorübergreifende Versorgungsformen, wie etwa stationsersetzende Hilfen ein. Der zusätzliche Personalbedarf, der sich u.a. aus den Anforderungen der UN-Behindertenkonvention zur Vermeidung von Zwangsbehandlungen ergibt, muss abgebildet werden. Als weiteres muss eine stationäre Versorgung den weitestgehenden Verzicht auf Zwangsmaßnahmen mit dem dazu erforderlichen Personalaufwand aus Sitzwachen, Gesprächen und persönlichen Einwilligungsprozessen ermöglichen. Auch die besonderen Anforderungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, werden im Formelkompromiss nicht angesprochen, hierauf werden wir ein besonderes Augenmerk legen müssen.

Am Ende des Umbauprozesses muss eine am individuellen Bedarf ausgerichtete Vergütung stehen, die während und nach einem stationären Aufenthalt die Überleitung in die gemeindenahen sozialpsychiatrischen Hilfen sowie die ambulante Krisenbegleitung ermöglicht. Mit ihren „systematischen Veränderungen des Vergütungssystems“ beschränkt sich die Koalition nur auf den Vergütungsaspekt, anstatt eine nachhaltige Strukturreform vorzunehmen. Die genaue Ausgestaltung bleibt abzuwarten.

Insgesamt fehlt im Koalitionsvertrag eine ganzheitliche Sicht auf den Bereich der seelischen Gesundheit. Ob es wenigstens punktuell zu Verbesserungen kommen wird, wird von der konkreten Ausgestaltung abhängen. Gerade bei der PEPP-Reform ist dies fraglich. Im Bereich der ambulanten Versorgung und im Übergangsbereich von ambulanter und stationärer Versorgung mangelt es an umfassenden und sektorübergreifenden Konzepten. Der Wille zu einer grundlegenden Strukturreform ist nicht erkennbar. Wir werden verstärkt auf einen Nationalen Aktionsplan „Seelische Gesundheit“ drängen, um gemeinsam mit den Verbänden, Bund und Ländern den notwendigen Änderungsbedarf für eine personenzentrierte und gemeindenahe Versorgung zu identifizieren und Lösungskonzepte über alle Sektorengrenzen hinweg zu erreichen.

4. PatientInnenrechte nicht im Mittelpunkt

Zwar stellt die Koalition heraus, dass im Mittelpunkt ihrer Politik die PatientInnen stehen. Letztlich ist aber (abgesehen von der anvisierten Verkürzung der Wartezeiten beim Arzt oder dem Plan, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser transparenter zu gestalten sowie den Zweitmeinungsverfahren bei Operationen) eine deutliche Stärkung der Rechte von PatientInnen in der Vereinbarung nicht erkennbar.

Viele wichtige Forderungen, durch deren Umsetzung PatientInnen nachhaltig gestärkt würden, werden nicht aufgegriffen: So ist weder eine Stärkung der unabhängigen PatientInnenberatungen geplant, noch die Schaffung eines Härtefallfonds für geschädigte PatientInnen. Auch wird die Rolle der PatientInnenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht gestärkt, zum Beispiel dadurch, ihnen ein Mitentscheidungsrecht zumindest für Verfahrensfragen einzuräumen.

5. Korruption im Gesundheitswesen soll endlich strafbar werden

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen sollen nach den Plänen der zukünftigen Koalition unter Strafe gestellt werden. Diese Pläne begrüßen wir grundsätzlich, denn wir fordern schon lange, die Bestechlichkeit von ÄrztInnen sowie anderen LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen unter Strafe zu stellen (Grüner Antrag BT-Drs. 17/12693, Forderung 1a). Um Korruption im Gesundheitswesen wirksam und auf allen Ebenen zu bekämpfen, sind überdies weitere Maßnahmen erforderlich, die wir in unserem Antrag skizziert haben, so z.B. die generelle Schaffung von mehr Transparenz über ökonomische Verflechtungen der am Gesundheitswesen beteiligten Akteure, Änderungen im Berufsrecht der Gesundheitsberufe und der Anordnungen über Mitteilungen in Strafsachen, die Weiterentwicklung der nach §§ 197 a, 81a SGB V vorgesehenen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen oder der Schutz von Whistleblowern.

6. Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung weiterdenken

Die Koalition möchte die gesundheitliche Versorgung für Menschen mit Behinderung verbessern und plant, medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen zu schaffen. Dies begrüßen wir grundsätzlich und freuen uns, dass eine unserer Anregungen aus der letzten Wahlperiode nun aufgegriffen wurde, obwohl beide Fraktionen unserer Initiative damals nicht zugestimmt haben. Gleichzeitig bedarf es vieler weiterer Maßnahmen, um die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung umfassend zu verbessern. In unserem Antrag „Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten“ (Antrag Bundestags-Drucksache 17/12712) haben wir skizziert, welche Maßnahmen hierfür notwendig sind. Hier müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, so zum Beispiel bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln.