

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode – Bewertung aus Sicht des VLK



Prof. Dr. Hans Fred Weiser
Präsident des Verbandes der
leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V.

Der Bundespräsident hat völlig recht wenn er einfordert: Wer sich um politische Macht bewirbt, darf nicht kneifen, wenn er sie in den Händen hält! Es ist mehr als peinlich, wenn erst nahezu sechs Monate nach der Wahl die Regierungsbildung abgeschlossen werden konnte. Jedem Handwerker, der einen mit solchen Fristen bedient (oder eben nicht bedient), wäre der Auftrag längst entzogen worden. Aber politisch scheinen wir uns an die organisierte Verantwortungslosigkeit gewöhnt zu haben. Vielleicht sogar zu recht: Die Welt ist nicht untergegangen, auch wenn wir ein paar Monate nicht regiert wurden. Nun ist es endlich geschafft!

Die vierte GroKo steht, Angela Merkel wurde am 14. März 2018 zum vierten Mal zur Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland gewählt. Die Fachminister sind vereidigt, das Kabinett der 19. Legislaturperiode kann mit der Regierungsarbeit auf Basis des Koalitionsvertrages vom 07.02.2018 beginnen. Der Vertrag umfasst 177 Seiten. Gut 7 Seiten sind dem Thema „Gesundheit und Pflege“ gewidmet. Das Kapitel steht unter dem Leitsatz:

„Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen.“

Dabei waren die Verhandlungen zum Thema Gesundheit der alten und neuen Großkoalitionäre, ähnlich wie in der Vergangenheit, schwierig und in weiten Bereichen von ideologischen Grundsätzen, parteipolitischen und persönlichen Ängsten und weniger von Sachorientierung geprägt. Entsprechend findet sich in mehr als der Hälfte des Textes recht unverbindliche politische Lyrik, die so oder so ähnlich nicht nur in jedem gesundheitspolitischen Planungspapier stehen könnte, sondern die sich auch darauf beschränkt, die buchstäblich seit Jahrzehnten bekannten System-Probleme in ewig bekannter Form zu perpetuieren. Allem voran der schon lange schwelende Skandal um die **unzureichende Investitionsfinanzierung unserer Krankenhäuser**, der in altbewährter Weise mit dem Hinweis auf die Länderkompetenz in der Krankenhausplanung und der sich daraus ableitenden Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung abgehakt wurde. Das „Schwarze-Peter-Spiel“ zwischen Bund und Ländern geht also weiter. Jeder Tag, der hier ungenutzt verstreicht, vergrößert die Probleme – und zwar auf den Rücken von Patienten, Ärzten und Pflegekräften. Erfreulich ist allerdings, dass – bei wohlwollender Betrachtung – in dem im Koalitionsvertrag dokumentierten Pflichtenheft für den Bereich Gesundheit

und Pflege doch eine Reihe positiv zu wertender Elemente zur Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitswesens enthalten sind.

Jetzt gilt es, mit politischem Augenmaß und –wie versprochen – orientiert am Patientenwohl, die Restposten der 18. Legislaturperiode und die hehren politischen Wünsche und Ziele des Koalitionsvertrages zur 19. Legislaturperiode soweit wie möglich umzusetzen. Dabei ist insbesondere vom neuen Gesundheitsminister Jens Spahn keine neue Gesetzes- und Verordnungswelle, sondern kreatives und sachorientiertes Handeln gefordert. So soll z. B. die **Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen ausgebaut** und verstärkt werden:

„Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten. ... wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems ... bis 2020 vorlegen.“

Diese Bund-Länder-AG soll bis 2020 konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der nur in Deutschland existierenden sektoral gegliederten ärztlichen Versorgung erarbeiten. Ein real existierender Anachronismus, der seit mehreren Dekaden von den Gralshütern der reinen Lehre in Selbstverwaltung und Politik kontrovers diskutiert und vehement verteidigt wird und für den es weder eine medizinische noch eine historische Begründung gibt.

Hier beobachtet der VLK mit großer Sorge, dass sich die Kombattanten auf der Funktionärssebene mit jedem verstreichenden Tag tiefer (und mit immer abstruseren Argumenten) in ihren Schützengräben verschanzen. Je länger Politik hier wartet, desto schwieriger dürfte es werden, die ineinander verbissenen Vertreter von Kassen-

ärztlicher Bundesvereinigung und Krankenhausgesellschaft wieder zu trennen und mit ihnen gemeinsam das Problem einer vernünftigen, also der Versorgungsrealität angemessenen, Lösung zu finden.

Dies gilt insbesondere für die aktuell im G-BA kontrovers diskutierte **Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung**. Wie nicht anders zu erwarten, waren die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes mit Unterstützung von Intensiv- und Notfallmedizinern mit den Vorstellungen der DKG und den Stellungnahmen zahlreicher Fachgesellschaften nicht in Einklang zu bringen. Nach erheblichen Kontroversen zwischen dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, den Bänken der Selbstverwaltung, der BÄK und diversen Fachverbänden wurde das Thema dem zuständigen G-BA-Unterausschuss entzogen und zur Beschlussfassung für den 19.04.2018 an das Plenum des G-BA verwiesen. Dabei steht zu erwarten, dass ein Beschluss über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern verabschiedet wird, das im Ergebnis durch hohe strukturelle und personelle Anforderungen zu einer deutlichen Reduzierung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser führen wird. Mit diesem monosektoralen Ansatz würde die Chance vergeben, mit Hilfe einer echten, die Versorgungssektoren übergreifenden, d.h. integrierten Neustrukturierung der Notfallversorgung die notwendige Reform, orientiert am Patientennutzen, in organisatorischer und finanzieller Hinsicht neu zu gestalten.

Entsprechende Vorschläge des VLK, die sich nicht zuletzt am Gutachten des Sachverständigenrats vom Juni 2017 orientieren, liegen seit geraumer Zeit vor. Eine sektorenübergreifende oder besser integrierte Lösung bietet sich nach Einschätzung des VLK schon deshalb an, weil im Koalitionsvertrag die gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankengesellschaften und KVen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung vorgesehen ist. Wenn die Notfallversorgung wirklich sektorenübergreifend ausgestaltet werden soll, dann ist es

angezeigt, dass sich die Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Rahmen ihrer Planungsverantwortung ebenfalls dieses Themas annimmt, um eine tragfähige Lösung zu finden. Deshalb macht es Sinn, erst Mitte Juni 2018 die nächste GMK hiermit zu befassen und erst danach unter Einbeziehung der dort erzielten Beratungsergebnisse und ggf. einer Stellungnahme des neuen Bundesgesundheitsministers die Beschlussfassung im G-BA herbeizuführen und zwar unter Berücksichtigung der nach § 136 c Abs. 4 SGB V geforderten Folgenabschätzung. Der VLK plädiert deswegen für die Einhaltung des Grundsatzes **„Gründlichkeit geht vor Schnelligkeit“!**

Die im Koalitionsvertrag ebenfalls vorgesehene Einsetzung einer wissenschaftlichen Kommission, die bis Ende 2019 Vorschläge für die Ausgestaltung eines modifizierten Vergütungssystems für Arzthonorare vorlegen soll, über deren Umsetzung dann zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden soll, trägt nach Einschätzung des VLK zur Versachlichung der derzeit hitzig geführten Diskussion bei. Entscheidender Wermutstropfen ist allerdings, dass damit die Inkraftsetzung einer novellierten GOÄ eine weitere Verzögerung von mindestens zwei bis drei Jahren erfährt. Eine politisch gewollte Vorgehensweise, die im Vergleich zu anderen freien Berufen absolut inakzeptabel ist! Nur für den Bereich der Arzthonorare ist, insbesondere mit Blick auf die finanziellen Probleme der Beihilfekassen der Länder, eine zeit- und sachgerechte Anpassung der Arzthonorare an die aktuelle Preissteigerungsrate über mehr als zwei Dekaden überfällig.

Den größten Raum im Kapitel Gesundheit und **Pflege** des Koalitionsvertrages nimmt der Bereich Pflege ein, der in den Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD besonders schnell abgearbeitet werden konnte. Offenbar, weil allen Parteien nach halbherzigen Entscheidungen und langem Zögern in der Vergangenheit die große gesellschaftspolitische Bedeutung, um nicht zu sagen „Sprengkraft“, dieses Themas bei dem nicht mehr weg-zudiskutierenden Personalmangel bewusst geworden ist.

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz versucht, vor allem das Leistungsspektrum zu erhöhen und dem immer sichtbarer werdenden Personalmangel in der Alten- und stationären Pflege entgegenzuwirken. In dieser Legislaturperiode soll nun das notwendige Personal gefunden werden, das die vorgegebenen Leistungen möglichst schnell umsetzen soll. Die neue GroKo scheint offensichtlich damit Ernst zu machen, den realen Pflegenotstand in Deutschland tatkräftig bekämpfen zu wollen. Als erste Maßnahme wurden 8000 Fachkräfte für die Behandlungspflege in Altenheimen in Aussicht gestellt. Im Vertragstext heißt es:

„In einem Sofortprogramm werden wir 8000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen schaffen.“

Der dafür erforderliche finanzielle Mehraufwand soll durch eine Vollfinanzierung aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Leider werden die neu zu schaffenden Stellen am akuten Pflegenotstand in der Altenpflege nicht viel ändern. Umgerechnet auf alle deutschen Altenheime entsprechen 8000 zusätzliche Pflegekräfte rein rechnerisch nur ca. einer 2/3 Stelle für jedes Altenheim. Mit einem Bündel von zusätzlichen Maßnahmen sollen deshalb ergänzend zu diesem Sofortprogramm weitere Schritte folgen. Im Rahmen einer

„Konzertierten Aktion Pflege“

wollen die Koalitionäre u. a. eine Ausbildungsinitiative starten, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeitarbeit schaffen und ein Wiedereinstiegsprogramm in den Beruf begründen. Des Weiteren soll ein Weiterqualifizierungsprogramm von Pflegehelferinnen und Helfern zu Pflegefachkräften aufgelegt werden. Die Bezahlung in der Altenpflege soll nach dem Willen der Politik nach Tarifrecht verbessert werden.

Zweifel an der Umsetzungsfähigkeit dieser Forderungen sind allerdings angebracht, da es derzeit je nach Bundesland zum Teil drastische Unterschiede in der Bezahlung von Pflegekräften gibt. Die Vorstellung der GroKo, dass Tarifverträge flächendeckend angewendet und bundesweit angeglichen werden sollen, ist bezüglich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten zumindest fraglich, da es bislang bundesweit keine einheitliche Tarifbindung gibt. Politik müsste zunächst massiv in Strukturen eingreifen, um einheitliche Tarifpartner und damit die Möglichkeit flächendeckender Tarifverträge zu schaffen. Angekratztes Berufsbild, hohe Arbeitsbelastung und bis auf Weiteres unzureichende Honorierung in der Altenpflege stützen aus Sicht des VLK die Zweifel an der Umsetzbarkeit der angekündigten „Konzertierten Aktion Pflege“.

Im vergangenen Jahr hat das BMG den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft damit beauftragt, **Pflegepersonaluntergrenzen** für pflegeintensive Abteilungen in Krankenhäusern zu definieren. Während die Verhandlungen derzeit andauern, will die GroKo den Auftrag erweitern. Die Untergrenzen sollen nun für alle bettenführenden Abteilungen gelten. Allerdings lässt der aktuelle Diskussionsstand vermuten, dass eine zeitnahe Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen länger auf sich warten lassen wird, als politisch gewünscht. Offene Fragen, die in den Verhandlungen der Selbstverwaltung nach wie vor kontrovers diskutiert werden, sind

- Welcher Ausbildungsstand für das Pflegepersonal wird gefordert?
- Welcher Prüfmodus für die Vorgaben wird festgelegt (wer, wann, wo, wie oft)?
- Gibt es Ausnahmetatbestände?
- Werden bei Nichterreichen der Prüfziele Sanktionen festgelegt?
- Wie wird Flexibilität des Personaleinsatzes für die Krankenhäuser gewährleistet?

- Kommt es bei Nichterfüllung der Quoten zu Sperrungen von Bettenkapazitäten durch den MDK?

In Aussicht gestellt wurde auch eine sofortige, spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung in der Krankenpflege. Dazu wurde die **vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen**, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt, festgeschrieben. Schließlich wollen die Koalitionäre die derzeit geltenden Finanzierungsgrundlagen für das Pflegepersonal grundlegend verändern. Neben der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen soll künftig die Finanzierung von Pflegepersonalkosten unabhängig vom pauschalierenden Entgeltsystem (DRG) erfolgen. **Das DRG-System zur Krankenhausvergütung soll auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt** werden. Dabei soll die Pflegepersonalkostenvergütung die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf decken, d.h. die DRG-Berechnungen sollen um den Pflegepersonalkostenanteil bereinigt werden. Wenn dieser Passus des Koalitionsvertrages tatsächlich eins zu eins umgesetzt wird, handelt es sich aus Sicht des VLK um eine deutliche und sehr zu begrüßende Abkehr vom ausschließlich leistungsorientierten Vergütungssystem, das in den vergangenen 14 Jahren zu unerträglichem Kostendruck, zu Mengenausweitungen lukrativer Leistungen und zu einem Abbau von Pflegepersonal geführt hat. Bedingt durch die Nachweispflicht, dass das herausgerechnete Personalkostenbudget auch tatsächlich bei den Pflegenden ankommt, wird ein Anreiz für eine sachgerechte und auskömmliche Personalausstattung der Krankenhäuser geschaffen. In Kombination mit der Berechnung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Einheiten könnte so, nach einer entsprechenden Übergangsfrist zur Ausbildung der erforderlichen Pflegekräfte, der derzeitige Personalmangel möglicherweise abgebaut werden.

14 Jahre nach seiner Einführung wollen Union und SPD das pauschalierende Vergütungssystem nun erstmals

grundlegend verändern. Mit der Anpassung des Krankenhausvergütungssystems an die aktuellen Notwendigkeiten dokumentieren die Großkoalitionäre erstmals seit 2004 ihren Willen zu einem sachgerechten Umdenken. Auch in diesem Schritt sieht der VLK einen sinnvollen Ansatz zur Weiterentwicklung der derzeitigen Finanzierungssystematik.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die **Neuaufgabe** des Strukturfonds über weitere vier Jahre in Höhe von 1 Milliarde Euro jährlich. Auch die Fortführung des **Innovationsfonds** über das Jahr 2019 hinaus mit einem Volumen von 200 Mio. Euro jährlich ist zu begrüßen und befördert sachgerecht den notwendigen Strukturwandel der Deutschen Krankenhauslandschaft.

Aus Sicht des VLK scheinen die Gesundheitspolitiker der vierten GroKo auch die Probleme, die der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung** (MDK) in seiner Abhängigkeit von der GKV in den vergangenen Jahren zu Lasten von Patienten und Krankenhäusern zu verantworten hat, erkannt zu haben. Zu begrüßen ist die Ankündigung, den MDK in seiner Unabhängigkeit zu stärken und dafür bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei der Aufgabenwahrnehmung einzuführen. Bei einer kritischen Betrachtung der Ist-Situation nimmt es schon Wunder, dass wir uns im Gesundheitswesen in Zeiten, in denen die Gesellschaft von Compliance redet, einer Kontrollinstitution bedienen, die ihrerseits einer Überprüfung nach entsprechenden modernen Compliance-Maßstäben schwerlich standhalten dürfte. Der MDK ist schon dem Namen nach eine Institution der Krankenkassen. Soll Neutralität bei der Prüfung von Krankenhausleistungen walten? Schwer zu glauben, und eigentlich nur dann tragbar, wenn man sich die Kassen als wirklich neutralen Sachverwalter und Treuhänder der Versicherten denkt. Damit aber ist es spätestens seit den Zeiten des Kassenwettbewerbs und der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen vorbei. Kassen sind von der Politik genauso zu Marktteilnehmern in der Gesundheitswirtschaft degradiert worden wie alle anderen Beteiligten auch.

Höchste Zeit also, sich mit dem MDK auseinanderzusetzen. Denn im MDK begegnet uns die Institution einer alten Welt, die den vorwettbewerblichen Strukturen angemessen sein mag, die aber heute gänzlich neu aufgestellt werden müsste, wenn sie eine wirklich neutrale Funktion im Spiel zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen erfüllen sollte. Was also spricht dagegen, eine tatsächlich neutrale Instanz zu gründen z. B. gemeinsam von Kassen und Krankenhäusern, die dann mit stichprobenartigen Prüfungen von Krankenhausleistungen beauftragt wird. Der MDK 2.0 wäre dann gewissermaßen ein MDKK – ein medizinischer Dienst der Kassen und Krankenhäuser. Dann hätten wir ein System, in dem Vertrauen erstmal der bessere Weg wäre und in dem Kontrolle eine zwar notwendige, aber die grundsätzlich schlechtere Alternative bliebe.

Ein ebenfalls wichtiger und sachgerechter Passus im Koalitionsvertrag vom 07.02.2018 ist die Ankündigung, den Aufgabenkatalog und die Ablaufstrukturen des **Gemeinsamen Bundesausschusses** (G-BA) zu reformieren. Den Bundesländern werden künftig in den Beratungen zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretern eingeräumt. Es ist mehr als dringend notwendig, den G-BA sowohl in seiner Zusammensetzung wie auch in seiner Arbeitsfähigkeit neu zu strukturieren, um sowohl das zunehmende Misstrauen der Verhandlungspartner untereinander wie auch das Beharrungsvermögen der beteiligten Selbstverwaltungspartner zu beenden. Durch eine deutliche Neuausrichtung dieser untergesetzlichen Behörde sieht der VLK einen längst überfälligen Ansatz, politische Vorgaben nicht wie bisher bis zur Unkenntlichkeit zu verwässern und ihre Umsetzung möglichst zu verhindern bzw. zu verzögern.

Eine kontinuierliche und sachgerechte Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitssystems kann aus Sicht des VLK nur gelingen, wenn Politik wieder Letztverantwortung übernimmt und den ihr zuarbeitenden G-BA erneut zu

dem macht, was er nach der ursprünglichen Idee war: Zuarbeiter – und nicht Gehilfe einer schleichenden Ausdünnung der Versorgungslandschaft.

Nicht zuletzt soll ein **Masterplan „Medizinstudium 2020“** die Neuregelung des Studienzuganges herbeiführen, mehr Studienplätze schaffen und die Allgemeinmedizin stärken. Aus Sicht des VLK ein Schritt in die richtige Richtung, der von allen Beteiligten im Gesundheitswesen, bei seit Jahren deutlich zu konstatierendem und steigendem Ärztemangel, schon länger gefordert wurde.

Die Wiedereinführung der **paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge** als positive Weiterentwicklung verkaufen zu wollen, ist zumindest kühn: Schließlich war die einst heilige Kuh der Parität unter der Kanzlerschaft eines SPD-Kanzlers geschlachtet worden und auch für den einseitig arbeitnehmerfinanzierten Zusatzbeitrag zeichneten die Sozialdemokraten in einer schwarz/roten GroKo Mitverantwortung.

Obwohl im Gesundheitswesen dringende Entscheidungen anstehen, die nicht bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag auf die lange Bank geschoben werden können, lassen die alten/neuen Großkoalitionäre die entscheidende Frage – was ist realistisch umsetzbar – weitestgehend unbeantwortet. Auf sieben der 177 Seiten umfassenden Absichtserklärung der Koalitionsvereinbarung für den Themenkomplex „Gesundheit und Pflege“ wurde viel politische Lyrik und viel Wunschenken aufgelistet, deren Umsetzung aus Sicht des VLK zumindest fraglich erscheint. Dennoch dürfen die zum Teil kritischen Anmerkungen des VLK nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Papier eine Reihe sachorientierter und positiv zu bewertender Passagen enthält, die sich wie angekündigt an einer am Patientenwohl orientierten Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens ausrichten.