

Gut verpackter Horrorkatalog

- **Apotheker und Ärzte sind die Gewinner**
- **Pharmahersteller: An Scheininnovationen wieder mehr verdienen**
- **PKV: Mehr gute Zahler**
- **GKV: Risikoselektion lohnt sich wieder**
- **Versicherte: Gut, wer nicht krank und Pflegebedürftig ist**
- **Sachleistungsprinzip: wird abgeschafft**
- **Kopfpauschale: kommt unter falschem Namen. Sie heißt jetzt „einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeitrag“**

Es ist kurz gesagt ein Programm für Reiche und Gesunde. Neben Solidarität tritt Eigenverantwortung (3825)¹ und die wird im weiteren Text mit höheren individuellen Beiträgen – genannt Wahlleistungen oder mehr Zuzahlungen im Krankheitsfall gleich gesetzt.

Zunächst die Verpackung:

- Attraktivere Pflegeberufe (3835): Vereinbarkeit von Familie und Beruf – keine konkreten Maßnahmen
- Innovation (3844): Wettbewerb der Ideen - keine konkreten Maßnahmen

9.1. Gesundheit

Prävention (3851)

Für Prävention werden derzeit weniger als 4 Prozent der GKV- Ausgaben verwendet. Mehr als die Hälfte davon für Impfungen. Es gibt keinen neuen Aufbruch.

- Verhaltensprävention wird vor bewährte Ansätze der Verhältnisprävention gesetzt
- Das bereits zweimal gescheiterte Präventionsgesetz > 2005 und 2009< wird endgültig erledigt

Finanzierung (3864)

Ziel soll einerseits die notwendige hochwertige und wohnortnahe Versorgung sein (3866), andererseits sollen Beitrag und Leistung in ein adäquates Verhältnis (3890) – das bedeutet dann Ausstieg aus der Solidarität.

¹ In Klammer jeweils die Zeilennummer am Anfang

- **Finanzierung** soll **weitgehend von den Arbeitskosten entkoppelt** werden (3912), d.h. Hinwendung zu Pauschalen >einkommensunabhängiger Beitrag< - wer arm ist braucht sozialen Ausgleich außerhalb des Versicherungssystems, muss also Sozialhilfe beantragen.
- Der einheitliche Krankenversicherungsschutz wird aufgegeben. An seine Stelle treten mehr **Wahlleistungen** (3893). Die FDP wollte dabei noch kräftigere **Einschnitte in den Leistungskatalog**, konnte sich aber damit nicht durchsetzen.
- Der 2009 erst eingeführte krankheitsbezogene Risikostrukturausgleich >**Morbi RSA**< (3896) soll geschliffen werden. Das belastet die großen Versorgerkassen – d.h.: Versichertennähe, Beratung vor Ort, viele chronisch Kranke wird bestraft. Schon der bisherige Morbi RSA hat die Erstattung von Krankheitskosten nur für höchstens 80 Krankheiten mit einem Ausgleich von 50 Prozent der über den durchschnittlichen Krankheitskosten liegenden Aufwendungen vorgesehen.
- Die Versicherten werden auf weitere Einschnitte eingestimmt (3900). Das wird gesundheitssystemimmanente Ausgabensteigerung genannt.

Kurzfristige Maßnahmen (3903)

- Bei den kurzfristigen Maßnahmen wird eine staatliche Überbrückungshilfe direkt in den Zusammenhang gestellt, dass die Versicherten nicht allein die krisenbedingten Einnahmeausfälle aufgebürdet bekommen sollen. Diese Argumentation ist wohl eher zur Entlastung erfolgt, weil man sich die "gesamtstaatlich flankierenden Maßnahmen" nicht aus dem Schattenhaushalt holen kann und Schulden machen muss.
- Die genannte gesamtstaatliche flankierende Maßnahme müsste berücksichtigen, dass bereits 2009 ein Kredit von ~ 2,9 Mrd., 2010 von ~7,5 Mrd. und 2011 von über 13 Mrd. Euro für die GKV gebraucht wird, wenn Beiträge nicht erhöht oder Zusatzbeiträge nicht anfallen sollen. Eine flankierende Maßnahme von 4,6 Mrd. Steuerzuschuss oder Kredit – wie sie in der Diskussion ist, brächte allenfalls kurzzeitige Entlastung von wenigen Monaten.

Langfristig (3909)

- Die Koalitionäre haben sich in den strittigen Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen darauf geeinigt, dass sie die Einigung verschieben und auf eine **Regierungskommission** verweisen (3914). Dann soll auch über die Erhöhung des Zusatzbeitrags entschieden werden. Die Erhöhung wird spätestens im zweiten Halbjahr 2010 gebraucht, weil 2010 im Fonds 7,5 Mrd. Euro fehlen. Ein flächendeckender Zusatzbeitrag von 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens, wie er zurzeit möglich ist, brächte aber nur etwa 5 Mrd. Euro/Jahr.
- FDP und CSU haben sich bei dem Ziel der regionalen Differenzierungsmöglichkeiten (3910) getroffen. Das kann Seehofer für Bayern brauchen und die FDP kann behaupten, dass damit der Einheitsbeitrag im Fonds vom Tisch ist. Trotzdem werden sie den Fonds nutzen, damit der Arbeitgeberanteil fest ist und bleibt. So, wie die wenigen Rahmenbedingungen jetzt gesetzt sind, kommt die Kopfpauschale (einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge) auf leisen Sohlen aber mit großen Schritten.
- Der Arbeitgeberbeitrag bleibt fest (3913).

PKV (3919)

Wird gestärkt – die GKV wird beim Abschluss von Wahlleistungen begrenzt und kann diese dann nur gemeinsam mit der PKV anbieten.

- Reduzierte Beiträge im Basistarif der PKV werden beschränkt. D.h. viele **Selbständige** mit geringen Einkünften zahlen dann dort deutlich **höhere Beiträge**

- Der Wechsel zur PKV wird erleichtert und beschleunigt – der GKV gehen damit gut verdienende Mitglieder verloren.
- Die FDP plante noch einen weit stärkeren Aderlass der GKV: Die Versicherungspflichtgrenze sollte eingefroren und damit das **Wechslerpotential weiter erhöht** werden. Dies wurde nicht aufgenommen.

Arzneimittel (3934)

Reine Klientelpolitik – Kosten zahlen die Patienten

- Abbau von Regulierung im Arzneimittelmarkt. Führt zu erheblichen Preissteigerungen. Das Geld fehlt an anderer Stelle
- Arzneiinnovation soll Finanzierung der Krankenversicherung nicht gefährden – heißt die muss dann vom Patienten bezahlt werden.
- Kosten/Nutzenbewertung des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen >IQWiG< wird eingeschränkt (3955). Dieses Institut war gerade auf gutem Wege Scheininnovationen zu verhindern.

Wettbewerb (3962)

Wird zum Credo. Er soll neben **Qualität** auch **Preise** und **Leistungen** umfassen. D.h.: Mehr Druck auf Tarifverträge – unterschiedliche Leistungen je nach Geldbeutel. Das allgemeine Wettbewerbsrecht soll zum Ordnungsrahmen der GKV werden (3970). Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen dürften sich noch beschleunigen.

Ärztliche Versorgung (3978)

Reine Klientelpolitik – Kosten zahlen die Versicherten

- Freiberuflichkeit wird gestärkt
- **Medizinische Versorgungszentren** >MVZ< ähnlich Polikliniken werden nur noch eingeschränkt zugelassen und dürfen nur noch mit Mehrheit ärztl. Stimmanteile geführt werden. (3989)
- Kurskorrektur bei Honorarreform unter Beteiligung der Ärzteschaft > Geschenk für Wahlkampf in der Praxis! (3995)
- **Richtgrößen** werden überprüft. Das deutet auf Leistungsausweitung (4010)
- Die **Praxisgebühr** wird auf ihre Steuerungswirkung hin überprüft (4012). In der Diskussion war vor der Bundestagswahl eine Ausweitung auf jeden Arztbesuch.

Flächendeckende Versorgung (4020)

- Mehr Ländereinfluss bei Sicherstellung der Versorgung erscheint sinnvoll
- Mobilitätshilfen für unterversorgte Gebiete gibt es bereits – sind aber nicht sehr wirksam, weil oft in diesen Gebieten die übrige Infrastruktur fehlt.
- **Ärzte** sollen **mehr** an andere Berufe **delegieren** können – damit bleibt es bei der Ärztezentrung und kommt nicht zu einer Neuordnung der Aufgaben der Gesundheitsfachberufe.

Zahnärzte (4046)

Reine Klientelpolitik – Kosten zahlen die Versicherten und Patienten

- Auch Prävention und Mundgesundheit soll ins **Kostenerstattungsprinzip**. Beim Zahnarzt muss also in Zukunft bar bezahlt werden

- Bei den Versicherten wird zusätzlich zum allein zu tragenden Beitragsanteil von 0,9 Beitragssatzpunkten > 2005 anstelle einer Zusatzversicherung eingeführt < **nochmals** für die Zahnarztbehandlung **abkassiert**.

Krankenhaus (4067)

- Wohnortnahe Versorgung
- Bei den Fallpauschalen >DRG< soll der Schwerpunkt auf Notfallversorgung liegen – das eröffnet **mehr Einzelverträge** für alle anderen Leistungen
- Verzahnung mit anderen Versorgungsektoren durch mehr Belegärzte – anstelle weiterer Öffnung der Krankenhäuser.
- Selbst die Erbringung **hochspezialisierter Leistungen** durch Krankenhäuser soll wieder auf den Prüfstand. Damit wird die Versorgungsqualität wieder verschlechtert.
- Positiv: verlässliche Investitionsfinanzierung wird in Aussicht gestellt.
- Ablehnung **bundeseinheitlicher Preise** für Krankenhausleistungen – näheres zu diesem erneuten Umsteuern steht nicht im Papier

Hospiz, Palliativversorgung (4084)

Es bleibt beim bisherigen System. Lediglich Ehrenamt soll weiter gestärkt werden.

Patientenrechte (4089)

Wenig Konkretes. Wie unabhängige Beratung und Transparenz gestärkt werden sollen, wird nicht weiter ausgeführt. Patientenschutzgesetz ohne konkrete Inhalte angekündigt

Wahltarife (4108)

- Mehr Wahl bei Versicherungstarifen und Leistungen – d.h.: mehr Zuzahlung >**Mehrkostenregelung**<
- Festzuschüsse und Festbeiträge sollen in allen Leistungsbereichen geprüft werden – d.h.: Wer medizinischen Fortschritt will, muss dafür extra zahlen. Das **Sachleistungsprinzip** als eines der tragenden Säulen unseres Krankenversicherungssystems wird mit Festzuschüssen und Festbeiträgen **abgeschafft**.

Rehabilitation (4119)

- Transparenz und Beratung – aber nur um Wahlleistungen zu verkaufen

Telematik (4138)

Gesundheitskarte Versuch auswerten – erst danach über Weiterarbeit in den bisherigen Strukturen entscheiden.

Selbstverwaltung (4184)

- KV erhält mehr Einfluss auf Vergütung
- Krankenkassen erhalten immer eine **Arbeitgeberbeteiligung** – Verschlechterung: Ersatzkassen bisher ohne Arbeitgeber.

- Für Spitzenverband kaum Änderungen, da er bereits jetzt auf Kollektivregelungen ausgerichtet ist. Allerdings verliert der Anteil an Kollektivverträgen an Bedeutung, wenn die Möglichkeiten für Einzelverträge der Kassen erweitert werden.

Versorgungsforschung (4203)

Mehr Versorgungsforschung ist sinnvoll – Finanzierungsfrage wird nicht angesprochen

9.2 Pflege

Pflegeversicherung (4214)

- Vereinbarkeit von **Pflege und Beruf** (4222) Mit Wirtschaft und öffentlichem Dienst sollen Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt werden. Im Pflegezeitgesetz 2005 hatte die Union noch alle Regelungen torpediert.
- **Pflegerische Alltagshilfen** sollen auch von in- und ausländischen Hilfskräften erbracht werden können (4231). Bislang sind diese Leistungen Pflegefachkräften vorbehalten. Die genannten Hilfskräfte konnten dies nur unter der Anleitung einer Pflegefachkraft tun. Professionelle Arbeit bleibt auf der Strecke. Die Wahrscheinlichkeit von Pflegefehlern steigt. Dahinter ist zu vermuten, dass der deutsche Arbeitsmarkt vor 2011 nicht nur wie bisher für Haushaltshilfen in privaten Pflegehaushalten sondern auch für Pflegehilfskräfte geöffnet wird.
- Mehr **Wahlmöglichkeiten** in Bezug auf **Preis und Qualität der Leistung** (4235). Dabei hat die Koalition ein noch stärkeres Umsteuern vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip im Auge
- Förderung der **Pflegestützpunkte** läuft aus (4239). Sie waren 2009 eingeführt worden, sollten unabhängige Beratung anbieten, haben diese Funktion – dort, wo sie eingerichtet wurden auch gut erfüllt - und werden jetzt eingestampft.
- Ergebnisqualität soll Vorgaben für Strukturqualität (z.B. Personalbesetzung, ortsübliche Vergütung, Fortbildung) ablösen (4240).
- Umlagefinanzierung wird durch verpflichtende individualisierte und generationengerechte **Kapitaldeckung** ergänzt (4260). Das bedeutet nichts anderes als die schrittweise Einführung von **Kopfpauschalen** (evtl. mit Variationen in den Leistungspaketen), die zu einer erheblichen Belastung von Menschen mit geringen Einkommen und Renten sowie insgesamt der älteren Generation führt. Die Belastung Einzelner wird hier wieder Eigenverantwortung und Eigeninitiative genannt

Herbert Weisbrod-Frey
Ressort 9