



27.10.2009

Inhalt des Koalitionsvertrags im Bereich Gesundheit und Pflege

Zusammenfassende Bewertung

Schwarz-Gelb hat wesentliche Grundsatzfragen, die auch innerhalb der Koalition umstritten waren, auf die lange Bank geschoben. Dazu zählen Zukunft und Ausgestaltung des Gesundheitsfonds, die Frage prozentualer oder pauschaler Arbeitnehmerbeiträge sowie die Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitalstockfinanzierung. Die Fragen sollen in Regierungskommissionen und interministeriellen Arbeitsgruppen geklärt werden. Mit der Vertagung von zentralen Streitpunkten will sich Schwarz-Gelb auch über die NRW-Wahl retten.

Dennoch enthält der vorliegende Entwurf in seinem **Kernbereich** bereits zahlreiche Vereinbarungen, die auf ein **entsolidarisiertes Gesundheitssystem** hinauslaufen, das unter weitgehender **Aufgabe der paritätischen Finanzierung** die Absicherung gesundheitlicher Risiken **privatisiert** und damit zu erheblichen **finanziellen Belastungen der gesetzlich Versicherten** führen wird.

Zugleich enthält der Entwurf Maßnahmen, die zu Verzerrungen sowohl zwischen den Kassenarten, als auch einzelnen Regionen und damit zu einer **signifikanten Benachteiligung von Versorgerkassen in wirtschaftlich schwächeren Regionen** und ihrer Versicherten führen wird. Im Verbund mit den geplanten Maßnahmen zur Stärkung der privaten Krankenversicherung ergibt sich damit eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik, die mit einer Zementierung sozialer und regionaler Verwerfungen und einem Zurück zur Risikoselektion bei den Krankenkassen den **Weg in die Zweiklassen-Medizin** einschlägt. **Künftig hängt Gesundheit von Geldbeutel, Wohnort und Kassenart ab.**

Die übrigen Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen im Bereich Gesundheit und Pflege entsprechen ansonsten weitgehend der Schnittmenge der Wahlprogramme von Union und FDP und stellt damit den **kleinsten gemeinsamen Nenner der Koalitionspartner dar**. In weiten Teilen entspricht die Vereinbarung den Bauchläden, mit denen Union und FDP bereits im Wahlkampf ihr Klientel, vorrangig Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie, bedient haben.

Erwartbar konnten sich CSU und FDP nur in wenigen Teilaspekten mit originären Forderungen gegen die CDU durchsetzen. Strittige Punkte, soweit eine Klärung nicht in Kommissionen verlagert wurde, sind im Wesentlichen in Form von Prüfaufträgen enthalten. Generell sind die Aussagen im Bereich „Pflege und Gesundheit“ sehr **allgemein, vage und unbestimmt** gehalten. Einer als bürokratisch und zentralistisch dargestellten Gesundheitspolitik unter SPD-Führung wird eine schwarz-gelbe Politik entgegengesetzt, die vorrangig um die Begriffe Wettbewerb und Eigenverantwortung kreist.



Bewertung wesentlicher Einzelaspekte

Prävention

Die Formulierungen entsprechen weitgehend den schon in den Wahlprogrammen äußerst dürftig ausgeführten Absichten im Bereich Prävention.

Sie bleiben vage und unpräzise: Vorhandenes soll bewertet, abgestimmt und analysiert, auf Bewährten soll aufgebaut werden. Erwartbar keine neuen Ansätze. Die Union hatte schon in der 16. WP Ansätze für ein Präventionsgesetz systematisch blockiert.

Fazit: Die Weiterentwicklung der Prävention kann erhebliche Einsparpotenziale erschließen, zu einer generellen Hebung des gesundheitlichen Niveaus insbesondere sozial Benachteiligter und Migranten führen. Sie ist zentraler Schlüssel für gleiche Gesundheitschancen für alle. Die Prävention gehört damit zu den wichtigsten strategischen Komponenten der Gesundheitspolitik. Die SPD hatte daher in der 15. und 16 WP ein Präventionsgesetz vorgelegt, das die Union jeweils verhinderte. Die Koalitionsvereinbarung belegt: Schwarz-Gelb will sich auch in der 17. WP nicht der Chancen bedienen, die in einem konsequenten Ausbau der Gesundheitsprävention liegen.

Finanzierung der Krankenversicherung

Schwarz-Gelb will Struktur, Organisation und Finanzierung generationengerecht an den medizinisch-technischen Fortschritt und den demographischen Wandel anpassen. Dazu wird der Wettbewerb zum zentralen Ordnungsprinzip erhoben: Die Krankenkassen erhalten als Wettbewerbsinstrumente Optionen für Vertragshandeln, individuelle Beitragssätze und regionale Besonderheiten. Die Finanzierung der Beiträge wird von den Arbeitskosten entkoppelt.

Es sollen Anreize zu kosten- und gesundheitsbewusstem Verhalten eingezogen werden, womit vermutlich Kostenerstattung und Bonus-/Malusregelungen gemeint sind.

Geplant sind Regelungen zur Absicherung des Basisrisikos und die Option zur individuellen Zusatzabsicherung der Restrisiken. Dieses Zusatzgeschäft soll weitgehend den privaten Versicherungsunternehmen vorbehalten sein.

Mit der Reduzierung des Morbi-RSA auf Minimalniveau, bei gleichzeitiger Entbürokratisierung und Stärkung gegen Manipulationsanfälligkeit plant Schwarz-Gelb vorrangig eine Rückführung der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten und die Einführung regionaler Komponenten, was zu einer Benachteiligung vor allem der Versorgerkassen führt. Die Regionalisierung stärkt Bayern und ist als Morgengabe an die CSU zu werten.



Die Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Krankenversicherung werden eingefroren, die Arbeitnehmeranteile entweder pauschal als Kopfprämie, oder einer in einer Kombination aus Kopfprämie und prozentualer Komponente erhoben. Dieser Punkt soll in der Regierungskommission zu Beginn der 17. WP geklärt werden.

Die PKV soll zum konstitutiven Element der Krankenversicherung ausgebaut werden. Die Optionen für Zusatzversicherungen (Wahltarife) der gesetzlichen Kassen werden korrigiert und zur PKV verlagert. Die bei der PKV ungeliebten Basistarife sollen überprüft werden. Durch Verkürzung der 3-Jahres-Wechselfrist in die PKV auf ein Jahr wird der Zugang zur PKV erleichtert. Dissens besteht noch bei der Versicherungspflichtgrenze, die die FDP solange einfrieren will, bis sie mit der Beitragsbemessungsgrenze übereinstimmt.

Fazit: Schwarz-Gelb plant einen Systemwechsel bei der Finanzierung. Mittelfristig soll die Absicherung von mehr als dem reinen Basisrisiko einseitig den Versicherten aufbürdet werden. Die Versicherten tragen zudem auch das Risiko steigender Beiträge durch Demographie, medizinisch-technischen Fortschritt und steigende Arzneimittelpreise allein. Das Einfrieren der Arbeitgeberanteile, die Pauschalierung der Arbeitnehmerbeiträge, die Ausweitung der Kostenerstattung sowie die Einführung individueller Zusatzversicherungen sind deutliche Schritte hin zu einem grundlegenden Systemwechsel. Der im Koalitionsvertrag an verdächtig vielen Stellen auftauchende Begriff „Generationengerechtigkeit“ sowie die geplanten Erleichterungen beim Wechsel in die PKV und die für Kassen wieder attraktive Risikoselektion durch Beschneidung des Morbi-RSA lassen zudem weitere Schritte befürchten, die auf eine einseitige Bevorzugung vorrangig junger, gutverdienender Versicherter abzielen.

Arzneimittel

Die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen umfassen im Wesentlichen die Stärkung der Apotheken und Pharmaunternehmen u.a. durch Sicherung des Fremd- und Mehrbesitzverbots, ein Verbot der Arzneimittelabgabe in sog. Pick-Up-Stellen, die Überprüfung des bestehenden Instrumentariums zur Preisregulierung sowie Veränderungen bei der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG. Sehr vage und nur als als Kann-Bestimmung wird die Einführung von Regelungen, die einer vierten Hürde bei der Zulassung patentgeschützter Arzneimittel entsprechen, angedeutet.

Fazit: Auch im Arzneimittelbereich wird reine Klientel-Politik für Apotheker und Pharmaindustrie umgesetzt. Die Maßnahmen sind nicht geeignet, für Ausgabenstabilität zu sorgen. Im Gegenteil: Die Absicht zur Änderung des bestehenden Instrumentariums zur Preisregulierung (u.a. Rabattverträge, Fest- und Höchstpreise) stellt erfolgreich erschlossene Einsparpotenziale in Frage, die offensichtlich geplanten Beschränkungen beim IQWiG stellen zudem die mit



- 4 -

der Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung verbundenen Einsparpotenziale zur Disposition. Auch die geplanten Einschränkungen beim preisregulierend wirkenden Versandhandel sowie Maßnahmen im Bereich der Apotheken werden Auswirkungen auf das Arzneimittelpreisniveau haben. Durch die vage Kann-Formulierung bei Maßnahmen im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel erscheint eine Kompensation unwahrscheinlich.

Insbesondere vor dem Hintergrund der im nächsten Kapitel enthaltenen Vereinbarung zur Überprüfung der Notwendigkeit von Richtgrößen für die ärztliche Verordnung von Arzneimitteln ergibt sich erheblicher Sprengstoff auf der Ausgabenseite der GKV.

Ärztliche Versorgung

Geplant sind Auflagen bei Genehmigung und Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Korrekturen bei der Honorarreform, Ausweitung der Option zur Kostenerstattung, die Anpassung der Gebührenordnung für Ärzte, die Überprüfung der Richtgrößen für die Arzneimittelverordnung. Die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Hausarztverträgen nach §73b SGB V soll in drei Jahren überprüft werden.

Fazit: Fortsetzung der Klientel-Politik für Ärzte. Mit den Beschränkungen bei den MVZ, die schon heute mehrheitlich von Ärzten und nicht wie behauptet von Konzernen betrieben werden, sowie mit der Überprüfung der Richtgrößen wird 1:1 Standespolitik umgesetzt. Korrekturen bei der Honorarreform sind als pure Befriedigung überzogener Einkommenserwartungen der Ärzte zu werten: Die Honorarreform hat 2009 den Ärzten Einkommenszuwächse von durchschnittlich zehn Prozent beschert. Zum Basisjahr 2007 ist das Honorarvolumen im Bereich der GKV insgesamt um vier Milliarden Euro gestiegen. Für das kommende Jahr sind weitere 1,2 Mrd. Zuwachs vorgesehen. Ärzte in den neuen Bundesländern hatten Zuwächse im zweistelligem Prozentbereich.

Pflegeversicherung

Zentraler Kritikpunkt an den schwarz-gelben Plänen im Bereich der Pflegeversicherung ist die Aufgabe der paritätischen Finanzierung. Bisher beträgt der Beitragssatz in der Pflegeversicherung paritätisch zu tragende 1,95%, für Kinderlose wird ein allein vom Arbeitnehmer zu tragender Zusatzbeitrag von 0,25% fällig. Die Pflegeversicherung ist jetzt schon nur eine „Teilkaskoversicherung“, gibt einen wirksamen Zuschuss im Pflegefall, aber deckt nicht alle Kosten ab.

Die schwarz-gelbe Koalition kündigt eine Teilprivatisierung der Pflegeversicherung durch Einführung einer Pflicht-Zusatzversicherung an, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet werden soll. Mit diesen Mitteln soll dann



- 5 -

Kapitalstock aufgebaut werden. Wie dies im einzelnen ausgestaltet werden soll, wird in einer interministeriellen Arbeitsgruppe geklärt. Aber fest steht: es wird dann teurer für den Arbeitnehmer.

Auch sonst ist die Koalitionsvereinbarung sehr vage: es sollen die Rahmenbedingungen überprüft und entbürokratisiert werden – Schlagworte, die seit der Einführung der Pflege niedergeschrieben werden. Ein zentraler Punkt in der Pflegereform von 2008 war der Aufbau von Pflegestützpunkten. Dieser Punkt war mit der Union schon damals sehr umstritten. Nunmehr wird die Förderung des Aufbaus dieser Beratungsstellen eingestellt.

Das zentrale Anliegen von Fachleuten ist die Einführung eines neuen Pflegebegriffes. Ulla Schmidt hatte hier einen Expertenbeirat eingesetzt, der einen umfassenden Bericht zu den notwendigen Umstrukturierungen vorgelegt hat. Schwarz-Gelb legt sich hier nicht fest, sagt lediglich eine Überprüfung dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und anderer Leistungssysteme zu. Einschätzung: es wird kein neuer Pflegebegriff eingeführt.

Fazit: Es ist klar, dass es für den Versicherten teurer werden soll. Eine Zusage, dass es dafür konkrete Leistungsverbesserungen geben wird, gibt es nicht.

Anlage:

„Dr. Schwarz-Gelb“ – Übersicht der Wahlgeschenke an die Lobbygruppen