

Veränderungen im Rahmen der Gesundheitsreform (GKV-WSG)

Fachvortrag von Dr. med. Günther Jonitz
auf der 5. Landesgesundheitskonferenz am 7.11.2008

Sehr verehrte Frau Senatorin, meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung zu einem Vortrag, der sicherlich einer der schwierigsten in meiner bisherigen Laufbahn ist. Das liegt daran, dass das Gesetz selbst relativ komplex ist und der Hauptautor und Detaillist, der das Gesetz am besten kennt, im Anschluss an meinen Vortrag mit uns zusammen diskutieren wird.

Ich möchte hier deshalb nicht die insgesamt 46 Artikel des GKV-WSG im Einzelnen durchgehen, sondern mich auf die wichtigsten Neuerungen konzentrieren. Ich werde zudem einige Themen mit aufgreifen, die nicht explizit im GKV-WSG, sondern in anderen Gesetzen geregelt sind. Mein roter Faden ist der Blick auf die Zielgruppen, die das GKV-WSG bedient. Das Gesetz hat mit seinen neuen Strukturen, die es schafft, einen erheblichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen.

Zielgruppen sind:

- Patienten und Versicherte;
- Krankenversicherungen (GKV und PKV);
- ambulante, stationäre Leistungserbringer sowie die Leistungserbringer der medikamentösen Versorgung
- die Regulierungsinstitutionen auf der politischen Ebene.

Patienten und Versicherte

Große Auswirkungen auf die Patienten und Versicherten hat die in der Geschichte der Bundesrepublik bislang noch nicht dagewesene Neuerung eines zentral von der Politik festgelegten Krankenversicherungsbeitrags für alle gesetzlich Versicherten von derzeit 15,5 %. Die Versicherten können sich nun nicht mehr

nach einer für sie günstigeren Krankenkasse umsehen, denn überall zahlen sie gleich viel. Dabei trifft sie der einheitlich festgelegte Satz unterschiedlich. Wir haben 70 Mio. GKV-Versicherte, 47 Mio. zahlen mit dem Beitragsatz von 15,5 Prozent mehr, 23 Mio. zahlen weniger als vorher. Das bedeutet: Für über die Hälfte der Versicherten wird das Thema „Krankenversicherungsschutz“ erheblich teurer.

Im Gegenzug wurden von der Bundesregierung einige Verbesserungen im Leistungskatalog vorgesehen. So z.B. bei der

- häuslichen Krankenpflege,
- bei der Rehabilitation,
- bei Mütter- bzw. Väter-Kind-Kuren und
- bei Schutzimpfungen, die definitiv Kassenleistungen sind und nicht
- immer wieder jährlich zäh verhandelt werden müssen.

Allerdings müssen wir auch konstatieren, dass die Versicherten gegebenenfalls mit Zusatzbeiträgen rechnen müssen, wenn die Krankenkasse mit dem Geld, das ihnen die Regierung künftig zubilligt, nicht auskommt.

Patienten

Verbesserungen bei

- häuslicher Krankenpflege
- Rehabilitation
- Mutter-/Väter-Kind-Kuren
- Schutzimpfungen

Mehrkosten durch Zusatzbeiträge

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Krankenversicherung, GKV und PKV

Für die Krankenversicherungen ändert sich Erhebliches. Für die PKV gibt es durch die Einführung eines Basistarifs und einer Versicherungspflicht relativ harmlos scheinende Änderungen. Patienten ohne Versicherungsschutz, die früher einmal in einer privaten Krankenversicherung versichert waren, müssen dort unabhängig von ihrem Krankheitszustand wieder aufgenommen werden. Derjenige, der neu in eine private Krankenversicherung einsteigt, muss drei Jahre lang über der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze verdient haben. Das ist aus Sicht der PKV kein unerheblicher Eingriff, da sie die Konditionen, zu denen sie Verträge abschließt nicht mehr selbst bestimmen kann, sondern diese fremdbestimmt vorgegeben sind.

Für die GKV, die gesetzliche Krankenversicherung, ändert sich sicherlich am meisten.



Was ändert sich für die GKV?

Gesundheitsfonds

- Einheitsbeitrag wird vom BMG festgelegt und vom Spitzenverband GKV verwaltet
 - 80% aller Leistungen werden zentral festgelegt
- Morbi-RSA
 - 80 Indikationsfelder
 - fehlsteuernde Anreize??

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Wie schon erwähnt wird seit dem 1.1.2009 für die gesetzliche Krankenversicherung ein Einheitsbeitrag auf Bundesregierungsebene festgelegt und in einem Gesundheitsfonds zusammengeführt. Die Gelder aus dem Fonds werden an die Krankenkassen ausgeschüttet, die damit ihre Versicherten versorgen müssen. 80 Prozent der Leistungen, die die Krankenversicherungen auf den Weg bringen, werden somit zentral von diesem Spitzenverband der GKV verwaltet.

Die Verteilung des Geldes innerhalb der Krankenkassen orientiert sich an einem neu eingeführten sogenannten Morbi-RSA (Morbidityrisikosturkturausgleich). Das

heißt, dass die Geldzuweisungen an eine gesetzliche Krankenkasse nicht nur davon abhängen, wie viele Versicherte sie hat. Sondern es spielt auch eine Rolle, welchen Krankheitsstatus diese Menschen mitbringen. Das ist grundsätzlich richtig und auch zu begrüßen. Die Frage ist nur, welche fehlsteuernden Anreize durch solche Morbiditätskriterien induziert werden können. Sie wissen, dass nichts im Gesundheitswesen frei von Risiken und Nebenwirkungen ist.

Zum Thema „fehlsteuernde Anreize“ möchte ich ein kurzes Beispiel aus einem ganz anderen Gebiet geben. Die DRGs, also die Fallpauschalen im Krankenhaus, sind nachgerade eine Fundgrube für finanzielle Fehlanreize, die medizinisch unsinnige Handlungen induzieren. Wenn Sie zum Beispiel eine Frau mit Brustkrebs operieren, entfernen Sie, wie es sich gehört, nur den Tumor und dann den sogenannten Wächterlymphknoten aus der Achselhöhle. So ist es in der medizinischen Wissenschaft üblich. Bei der Rechnungsstellung des Krankenhauses an die Kasse der Patientin gäbe es allerdings Probleme, würde bei der Diagnoseangabe „Brustkrebs“ lediglich die Entfernung nur eines Wächterlymphknotens abgerechnet. Denn, wenn nur ein Lymphknoten entfernt wird, ist das eine ambulante Leistung und die Patientin hat im Krankenhaus nichts verloren. Beim stationären Patienten müssen mindestens zwei Lymphknoten untersucht werden, um die Vorschriften einzuhalten. Für die Genesung und Heilung der Patientin sowie für die entsprechende sorgfältige Arbeit ist das in dem Fall kein Nachteil, weil die Mediziner Umgehungsstrategien kennen, die den Vorschriften genüge tun, den Patienten jedoch nicht schaden. Dennoch sind alle Regelungen, die über Geldströme entscheiden immer potenziell anfällig für Fehlanreize.

Abgesehen von den Anreizen des Morbi-RSA hat der Gesundheitsfonds mit seinem Einheitsbeitrag noch andere Auswirkungen auf die Krankenkassen.

Ein kleiner Exkurs zum Zustandekommen dieses Einheitsbeitragsatzes sei erlaubt.

Bereits Anfang des Jahres 15,5% prognostiziert!

Studie: Kassenbeitrag steigt 2009 auf 15,5 Prozent

Gesundheitsfonds treibt Beiträge - Ministerium widerspricht Prognose

Auf gesetzlich Krankenversicherte kommen einer Studie zufolge höhere Kosten zu. Das Münchner Institut für Gesundheitsökonomik (IG) rechnet wegen der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 mit einem Beitrag von 15,5 Prozent. Das Ministerium widerspricht.

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Diese Folie habe ich von Professor Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik übernehmen dürfen. Neubauer hat bereits im Januar 2008 darauf hingewiesen, dass sein Institut mit einem Beitrag von 15,5 Prozent rechnet. Das Ministerium hat widersprochen, aber jetzt wissen wir alle, wo der Beitragssatz liegt, nämlich genau da. Wir werden solche Diskussionen sicherlich regelmäßig haben und sie zeigen schon jetzt, wie schwierig es ist, Beitragssätze – die letztendlich betriebswirtschaftlichen und versicherungsmathematischen Überlegungen folgen müssen – politisch festzulegen. Aber zurück zu den Krankenkassen.

Wenn die Krankenkasse mit dem Geld, das ihr vom Staat zugeteilt wird, nicht auskommt, muss sie in einem gesetzlich abgesteckten Rahmen einen individuellen Zusatzbeitrag erheben. Dann muss der Versicherte einen Extrabeitrag an die Krankenkasse zahlen und für all diese Patienten muss die Krankenkasse ein eigenes Konto einrichten und sehen, dass diese auch ihre 8 Euro, 9 Euro oder 10 Euro zahlen. Abgesehen vom bürokratischen Aufwand, den diese Regelung für die Kassen mit sich bringt, ist sie in ihrer Systematik folgenreich für den Patienten. Das Interessante bei diesem Zusatzbeitrag – wie auch immer er dann berechnet wird – ist, dass diese Mehrkosten nur den Versicherten belasten, zusätzlich zu den 0,9 Prozent Sonderbeitrag, den er ohnehin schon aus eigener Tasche zu bezahlen hat. Ich finde es ein bisschen eigentümlich, dass die Arbeitgeber hier von ihrer sozialen Verantwortung freigestellt werden. Ich bin kein Vertreter des Deutschen Gewerk-

schaftsbundes, aber ich halte es für unänderlich, dass gerade die Arbeitgeber eine besondere soziale Verantwortung haben. Man kann die Arbeitgeberbeiträge aus Teilen der GKV nicht herauslassen. In Frankreich liegen diese bei über 80 Prozent. Nur soviel zum Thema Standortdebatte, die ja eng mit diesem Punkt verbunden ist.

Ambulante Versorgung

Wir verlassen diesen Bereich und wenden uns der ambulanten Versorgung zu.

Ambulante Versorgung

- Honorarreform in Euro und Cent
- Morbiditätsrisiko in Teilen bei den Krankenkassen
- 7 % mehr Honorar für Berliner Kassenärzte
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: neue Orga-Formen ärztlicher Tätigkeit (Arzt gleichzeitig im Krankenhaus und in der Praxis)

- Hausärztliche Versorgung: § 73b (neu) SGB V
 „Konnten sich nach altem Recht die Kassen verschiedene Vertragspartner (darunter auch die KV) für einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung auswählen, so sind sie jetzt gezwungen, mit einem Hausärzterverband, der das notwendige Organisationsquorum erfüllt, einen Vertrag abzuschließen. Dies ist das genaue Gegenteil vom vielbeschworbenen Wettbewerb.“ (D. Tesic, KV Berlin)

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Wir bekommen für die niedergelassenen Ärzte eine Honorarreform, die Leistungen erstmals nach einem festen Orientierungspunktwert bezahlt. Dieser entspricht erstmals einem festen Eurobetrag, der bindeweit gleich ist. Das ist schön, aber nach wie vor ist das Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich gedeckelt – das heißt, die hierfür zur Verfügung stehende Geldsumme richtet sich nach wie vor nach dem Beitragsaufkommen. Deshalb wird für jeden Arzt eine Obergrenze festgelegt, bis zu der er Leistungen abrechnen kann. Das war bislang schon so und das wird auch in Zukunft so sein. Diese Obergrenze wird immer mal wieder anders berechnet und genannt. Bislang gab es das „Individualbudget“, das zum 1.1.2009 vom „arztindividuellen Regelleistungsvolumen“ abgelöst wird. Es berechnet sich jedes Quartal nach der Fallzahl und dem Fachgruppenschnitt des Vorjahresquartals, gewichtet nach dem Alter der Patienten.

Neu ist eine Verlagerung des Morbiditätsrisikos von den Ärzten auf die Kassen. Bislang war es so, dass Ärzte alle Patienten eines Quartals behandeln mussten, auch wenn sie rechnerisch ihr Regelleistungsvolumen schon erreicht hatten. Gab es zum Beispiel eine Grippewelle oder ein anderweitiges Ansteigen der Erkrankungen, wurde den Ärzten das zusätzliche Arbeitsaufkommen nicht vergütet – das Morbiditätsrisiko lag also bei ihnen. Das ändert sich nun:

- Es wurden von der KBV zahlreiche Einzelleistungen definiert, die von den Ärzten noch über das Regelleistungsvolumen hinaus abgerechnet werden können.
- Der feste Orientierungspunktwert ist ein klar definierter Eurobetrag; der bundesweit gleich ist und nicht mehr wie früher je nach Leistungsmenge floatet.
- Bei nachweislichem Ansteigen des Behandlungsbedarfs in einem Quartal (z.B. Grippewellen, andere Epidemien) wird über das der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehende Geldvolumen nachverhandelt.

Mit dieser Verlagerung des Morbiditätsrisikos ist zunächst eine zentrale Forderung der Ärzteschaft erfüllt – man wird sehen, wie sich das Nachverhandeln in der Praxis darstellt.

Rein rechnerisch werden mit dieser Gesundheitsreform rund 3 Mrd. Euro zusätzlich für den ambulanten Bereich zur Verfügung gestellt. Rein rechnerisch würde das für die Berliner Kassenärzte knapp 7 Prozent mehr Honorar bedeuten. Allerdings wird dies – je nach Fachgruppe und Praxisgröße – sehr unterschiedlich bei den Ärzten ankommen und möglicherweise auch durch andere Regelungen „aufgefressen“. Letztlich wird man erst Ende des Jahres 2009 wirklich wissen, welche Effekte die Honorarreform für die Niedergelassenen wirklich hat.

Gravierende Änderungen brachte das GKV-WSG übrigens für die Vertragsgestaltung der hausärztlichen Versorgung. Diese Änderungen sind vor allem für die gesetzlichen Krankenkassen von Bedeutung. § 73 b verpflichtet die Kassen dazu, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dabei müssen sie Verträge mit Gemeinschaften schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Das hat zur Folge, dass eine Krankenkasse nur noch mit dem Verband einen Vertrag zur ambulanten Versorgung abschließen kann, der über 50 Prozent der in dem Land tätigen Hausärzte umfasst.

Damit wird die Vertragsfreiheit der Krankenkassen eingeschränkt. Konnten sie sich früher verschiedene Vertragspartner aussuchen, darunter auch die KV, sind sie jetzt an die Organisation gebunden, die das notwendige Quorum erfüllt. Dies ist das genaue Gegenteil vom viel beschworenen Wettbewerb.

Stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Versorgung gibt es einige wenige Veränderungen. Ich möchte darauf hinweisen, dass ich diese hier nur selektiv darstellen kann, aber hoffentlich die wesentlichen Punkte aufzeigen kann.

Stationäre Versorgung

- § 115 b SGB V
 - ▶ ambulantes Operieren
- § 116 b SGB V
 - Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen (ungedeckelt, feste Preise)
 - Wegfall „Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser“
 - Investitionskosten?

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Aus einem früheren Gesetz gibt es für die Krankenhäuser die Möglichkeit ambulant zu operieren. Diese wurde jetzt erweitert. Nach dem geänderten Paragraphen 116 b haben Kliniken nun das Recht, eigene am-

bulante Behandlungen für hoch spezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf anzubieten. Bislang war § 116 b SGB V als „Vertragsmodell“ ausgestaltet, d.h. um diese Leistungen zu erbringen, bedurfte es eines Vertrages zwischen dem Krankenhaus und einer oder mehrerer Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden. Nun ist das nicht mehr erforderlich. Ein Krankenhaus kann an den Kassen vorbei eine solche Zulassung beim Land beantragen. Frau Senatorin Lompscher hat bereits darauf hingewiesen, dass das nicht ohne Probleme geht. Zwar bringt die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen diesen natürlich erst einmal Vorteile. Doch als zusätzliche Leistungsanbieter drängen die Krankenhäuser nun zu Lasten der GKV auf den ambulanten Markt. Es besteht die Gefahr, dass die Kliniken den hochspezialisierten Facharztpraxen damit das Wasser abgraben – möglich, dass dies sogar mit der Regelung gewollt war.

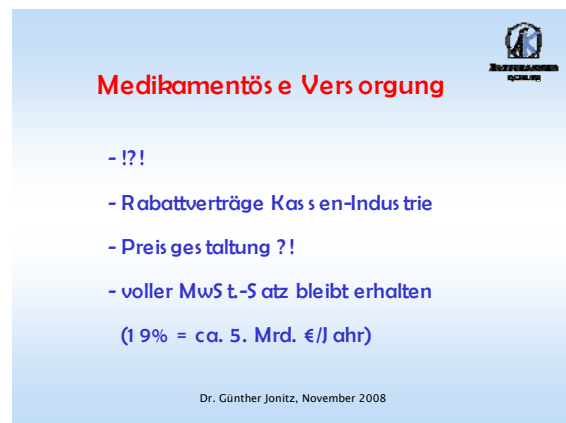
In dünn versorgten Flächenländern mag der neue Paragraph 116 b sinnvoll sein, in einer Großstadt wie Berlin, in der im ambulanten Bereich eine Vielzahl hochqualifizierter spezialärztlicher Versorgungsangebote, zum Beispiel in der Onkologie, bestehen, ist die Etablierung einer Doppelstruktur durch zusätzliche Angebote der Kliniken gefährlich. Durch vorschnelle Genehmigungen kann der ambulante Bereich hier in erhebliche Bedrängnis kommen. Zudem werden die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser ungedeckelt und zu festen Preisen angeboten werden können, was für die Kliniken einen zusätzlichen Anreiz setzt, in dieses Geschäft mit einzusteigen. Wir werden sehen, wie sich das auswirkt.

Eine weitere für Kliniken erfreuliche Neuerung ist der Wegfall des sogenannten „Sanierungsbeitrags“. Dieses Verfahren, räumte den Gesetzlichen Krankenkassen seit 2006 das Recht ein, gegenüber Kliniken Rechnerkürzungen in einem gesetzlich festgelegten Rahmen vorzunehmen. Es ist immer wieder toll, mit welchen Argumenten man solche Sanierungsbeiträge,

die nur eines sanieren sollten, die Haushalte der Krankenkassen - einführte. Das scheint gewissen jahreszeitlichen Schwankungen zu unterliegen. Und - das Wort „Sanierungsbeitrag“ weckt ja Assoziationen zum Thema „Bauen“ - noch immer fehlt es an einer soliden Finanzierungsgrundlage für die Investitionskosten der Kliniken.

Medikamentöse Versorgung

Bei der medikamentösen Versorgung wird es dann wieder etwas schwieriger, da dieser Bereich noch komplexer ist als der Bereich der kassenärztlichen Leistungen.



Medikamentöse Versorgung

- !?!
- Rabattverträge Kassen-Industrie
- Preisgestaltung ?!
- voller MwSt-Satz bleibt erhalten
(19% = ca. 5. Mrd. €/Jahr)

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Es gibt – zurückgehend auf frühere Gesundheitsreformen - seit einigen Jahren Rabattverträge zwischen den Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie. Das hat den Vorteil, dass man die Preise senken kann, aber auch den Nachteil, dass viele Patienten gegen die gleiche Krankheit jedes Quartal ein neues Medikament bekommen, wenn sie Pech haben. Die Therapietreue der Patienten ist dadurch noch schwerer sicherzustellen als ohnehin schon. Die Preisgestaltung ist zumindest in Deutschland nach wie vor nicht eindeutig geregelt, gerade auch für Medikamente, die neu auf den Markt kommen.

Und nun ein kleinerer Dauerbrenner: Der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, bleibt nach wie vor erhalten. Wir zahlen 19 Prozent Mehrwertsteuer auf Arzneimittel. Finanzminister Steinbrück freut sich, denn das sind knapp 5 Mrd. Euro pro Jahr, mit

dem das Steuersäckel durch das Geld der Versicherten entlastet wird. Stattdessen zahlt man in Deutschland für Hundefutter und Zeitschriften nur einen reduzierten Mehrwertsteuersatz. Die Frage muss erlaubt sein, warum solche Produkte offenbar für die Grundversorgung der Bevölkerung wichtiger sind als Medikamente?

Politische Regulierungsebene BMG und G-BA

Werfen wir kurz noch einen Blick auf die wichtigsten Regulierungsinstitutionen, die im Gesundheitswesen die Entscheidungen treffen. Neben dem Bundesministerium für Gesundheit sei an zentraler Stelle der sogenannte „Gemeinsame Bundesausschuss“, kurz G-BA genannt. Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.

Ein neunköpfiger, hauptamtlicher Vorstand bestimmt die Inhalte und das Verfahren der Leistungserbringung. In diesem neunköpfigen, hauptamtlichen Vorstand sind Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung genauso wie der kassenärztlichen Bundesvereinigung, d.h. Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassenvertreter, Krankenhausvertreter. Dies hat zur Konsequenz, dass die Zahnärzte über die Tumortherapie zu entscheiden haben und die Humanmediziner über die Füllungen im rechten Backenzahn.

Die Entscheidungsfindung ist kompliziert; es finden knapp 600 Sitzungen pro Jahr statt. In knapp 50 Arbeitsgruppen und 8 Unterausschüssen ist die Funktion der Bundesärztekammer noch stärker eingeschränkt worden als das ohnehin schon der Fall war. Da kann man den Leuten gutes Gelingen bei Ihrer Entscheidungsfindung wünschen.

Regulierungseinrichtung

1. G-BA

592 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten;

9-köpfiger hauptamtlicher Vorstand bestimmt die Inhalte und das Verfahren der Leistungserbringung
(Zahnärzte bestimmen über Tumortherapie, Humanmediziner über Füllungen)

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Die dem G-BA übergeordnete Regulierungseinrichtung ist das Bundesministerium für Gesundheit, kurz BMG. Dadurch, dass das BMG durch die Neuregelungen im GKV-WSG einen einheitlichen Beitragssatz und damit die Geldmenge zentral festlegt, die dem Gesundheitswesen (zumindest der Gesetzlichen Krankenversicherung) zur Verfügung steht und gleichzeitig die Rechtsaufsicht über den G-BA führt, der das Leistungsspektrum für die Gesetzliche Krankenversicherung festlegt, haben wir es hier mit einer zentralen Steuerung des Versorgungsgeschehens durch die Politik zu tun.

2. Bundesministerium für Gesundheit

- definiert den einheitlichen Beitragssatz (**Geldmenge**)
- Rechtsaufsicht über G-BA mit z.T. unbestimmten **Fristen (Inhalte)**
- ggf. „Ersatzvornahme per Gesetz“ (enterale Ernährung)

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Wenn z.B. der G-BA entscheidet, dass bestimmte Dinge nicht bezahlt werden sollen, kann dann das BMG im Sinne der Rechtsaufsicht sagen: „Halt, das müssen wir noch mal juristisch prüfen, notfalls auch über einen längeren Zeitraum“. Ich sag's mal polemisch: Wenn der G-BA etwas entscheidet, was dem BMG nicht in den Kram passt, zum Beispiel, für bestimmte Patienten die enterale Ernährung zu bezahlen, dann kommt eine gegenteili-

ge Regelung notfalls ins Gesetz, um diese Entscheidung wieder auszuhebeln. Der Einfluss des BMG ist durch das GKV-WSG weiter gestiegen.

Das Gesundheitssystem wird für Patienten unübersichtlicher, mit großer Sicherheit teurer und die politisch Steuernden wissen noch weniger als vorher, welche Effekte sie am Ende mit den neuen Regelungen erzielen. Für die Krankenversicherungen werden die Gestaltungsspielräume deutlich eingengt. Die Private Krankenversicherung ist in ihrer Existenz zumindest angebohrt und angeagt. Die Gesetzlichen Krankenkassen sind praktisch entmündigt. Sie werden zu reinen Vertragsmanagementorganisationen.

Und die Regulierungseinrichtungen haben massiv an Einfluss gewonnen. Dahinter steckt ein ziemlich autoritäres Staatsverständnis, das ich so nicht nachvollziehen kann.

Blick hinter die Kulissen und persönliche Bewertung

Hier sehen Sie ein Papier der SPD aus dem Jahre 1996, in dem die wichtigsten gesundheitspolitischen Zielsetzungen für die nächsten Jahre bereits festgelegt wurden:

Blick hinter die Kulissen

Gesundheitsfonds
I Unbefristete Fortsetzung der Budgetierung (Globalbudget)

Hausärztliche Versorgung § 73 a (neu)
II Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen § 116 b SGB V
III Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis

Pflegeweiterentwicklungsreformgesetz (Gemeindeschwester)
IV "Förderung" der hausärztlichen Versorgung

SPD-S Strategie-Papier 1996
Dr. Günther Jonitz, November 2008

Zum Beispiel heißt es hier: „Unbefristete Fortsetzung der Budgetierung – Globalbudget“. Das bedeutet, dass man die zur Verfügung stehende Geldmenge im System dauerhaft festlegen und staatlich definieren möchte.

„Zerschlagung der KVen“, ein Ziel, das man mit dem neuen § 73 b subtil errei-

chen kann. Denn wenn zum Beispiel der Hausärzterverband in Bayern sagt, er nehme jetzt die Verantwortung für die hausärztliche Versorgung, dann kriegt er das Geld, das zuvor der KV zugeflossen ist und dieser nun logischerweise fehlt. Damit wird die KV klar in ihren Aktionsmöglichkeiten und in ihrer Verhandlungsposition geschwächt.

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen nach Paragraph 116 b bedroht die niedergelassenen Fachärzte. Das läuft im Arbeitspapier von 1996 unter römisch III. „Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis.“

Wie gesagt, das Papier ist aus dem Jahre 1996, die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind zumindest namentlich bekannt. Der Akteur, unter dessen Ägide das entstanden ist, ist mittlerweile wieder Parteivorsitzender. Ich will ihm keine bösen Dinge unterstellen. Aber es bleibt jetzt erstmal übrig: Diese Strategie von 1996 wird erfolgreich umgesetzt.

Fazit

SPD-S Strategie von 1996 wird erfolgreich umgesetzt

- Institutionalisierung der Patientenversorgung
- Krankenhaus -Multis, Pharma-Multis und MVZ werden gestärkt
- Hoheit über Finanzen und Steuerung beim Staat

Das Gesundheitswesen wird zur Gesundheitswirtschaft

ideologisch begründeter Systemwechsel zu einem halbstaatlichen Primärarztssystem.

Dr. Günther Jonitz, November 2008

Wir erleben Konzentrationsprozesse bei der Patientenversorgung. Krankenhaus-Multis kaufen sich Kassenarztsitze auf. Pharmafirmen drängen mit Rabatt-Verträgen Konkurrenten aus dem Markt. Medizinische Versorgungszentren gelten als der Weisheit letzter Schluss.

Wir erleben letztendlich nichts weiter als einen Systemwechsel unseres gerade noch bestehenden Gesundheitswesens hin zu einem halbstaatlichen Primärarztssystem. Dieser Systemwechsel ist inhaltlich nicht begründet. Es gibt weltweit keinerlei Belege dafür, dass Primärarztssysteme für die

Patienten besser und auch für die Gesellschaft preiswerter sind. Was wir eigentlich brauchen ist eine Reform, die planvoll umgestaltet. Die sich vor allem auch daran orientiert, was für die Versicherten dabei herauskommt und nicht was auf dem Reißbrett gut geht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.