

Wohin geht die Reise?

Gesundheitspolitik im Superwahljahr 2009

Das Superwahljahr hat begonnen: Im Januar bestimmten die Hessen die Zusammensetzung ihres Landesparlaments neu, im Sommer stehen Europawahlen ins Haus, im August und September werden vier Landtage neu gewählt, als Höhepunkt folgt am 27. September schließlich die mit Spannung erwartete Bundestagswahl. Und kaum werden sich die Machtverhältnisse unter der Reichstagskuppel neu sortiert haben, geht das Superwahljahr im Norden in die Verlängerung: Im Mai 2010 wird der Kieler Landtag neu gewählt. Im Bund wie in Schleswig-Holstein tritt eine Große Koalition vor die Wähler, die in der Schlussphase des gemeinsamen Regierens vor allem eines eint: Die Hoffnung, in der nächsten Wahlperiode wieder getrennte Wege gehen zu können.

Ob die Gesundheitspolitik Wahlkampfthema wird oder ob sich im Finanzkrisenjahr 2009 andere Fragen in den Vordergrund schieben, werden die nächsten Wochen zeigen. Klar ist aber: Viele Weichenstellungen hängen davon ab, welche Parteien sich in welcher Kon-

stellation im Herbst in Berlin in Regierungsverantwortung wiederfinden werden. In zentralen Fragen werden wir die Wahlen abwarten müssen, um zu wissen, in welche Richtung es geht: Mehr Staat und mehr Regulierung – oder ein freies Spiel der Marktkräfte? Einheitskasse – oder ein Ende der GKV? Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattung – mit oder ohne Kassenärztliche Vereinigungen? Oder ein erneutes muddling through in einer neu aufgelegten Großen Koalition?

In diesem spannenden Jahr wollen wir im **Nordlicht** jene, die um die Stimmen der Wählerinnen und Wähler werben, selbst sprechen lassen. „Welche gesundheitspolitischen Vorstellungen vertritt ihre Partei – insbesondere aber nicht ausschließlich zur ambulanten Versorgung?“ haben wir gefragt. Die Antworten von Dr. Heiner Garg, stellvertretender Vorsitzender der FDP-Landtagsfraktion, lesen Sie in dieser Ausgabe.

Patient Gesundheitswesen und Therapie der



von Dr. Heiner Garg, MdL

Eine ganz große Koalition aus CDU, SPD, Grünen und Postkommunisten ist gerade dabei, unser freiheitliches Gesundheitssystem zu zerstören, die Freiberuflichkeit der Ärzte abzuschaffen, die Therapiefreiheit einzuschränken und nach dem Vorbild der ehemaligen DDR eine staatliche Notfallversorgung zu etablieren. Das wäre der Durchmarsch in eine „echte Zweiklassenmedizin“ – um nicht zu sagen in die Zweit- oder Drittklassigkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland.

Dagegen setzen die Liberalen auf den Erhalt und die langfristige Stabilisierung eines freiheitlichen Gesundheitssystems mit echtem Wachstumspotenzial, denn bereits heute sind bundesweit mehr als 4,3 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. In Schleswig-Holstein hängt sogar fast jeder fünfte Arbeitsplatz vom Gesundheitswesen ab.

Unsere Diagnose:

Das deutsche Gesundheitssystem liegt auf der Intensivstation.

Unsere Therapie:

Ein grundlegend neues SGB V muss geschrieben werden – weil das gegenwärtige in der Praxis schlicht nicht mehr operationabel ist. Unser neues SGB V wird als Rahmengesetz mit klaren ordnungs-

politischen Leitplanken formuliert, dessen konkrete Ausgestaltung den wieder gestärkten Partnern der Selbstverwaltung überantwortet wird.

Bei der FDP steht wieder der Patient im Mittelpunkt aller konkreten gesundheitspolitischen Handlungen. Der von uns formulierte ordnungspolitische Rahmen stellt deshalb die Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger an einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung mit medizinischen Leistungen sicher.

Schließlich stabilisieren wir langfristig die Finanzierung des Systems unter Berücksichtigung des demografischen Wandels – ohne den Faktor Arbeit weiter zusätzlich zu belasten.

Unsere Therapieschritte:

Konzentration der medizinischen Leistungen auf das, was wirklich notwendig ist

Hierzu ist von Sachverständigen ein neu zu definierender Leistungskatalog zu erarbeiten. Dieser schließt ambulante und stationäre medizinische Leistungen ebenso ein, wie gegebenenfalls Heil- und Hilfsmittel. Der Leistungskatalog ist in regelmäßigen Abständen auf medizinische, pharmakologische und medizinisch-technische



Entscheidungsfreiheit jedes Einzelnen

Bei welchem Anbieter der Einzelne den vorgeschriebenen Grundsicherungsschutz als Versicherungsleistung erwirbt, bleibt jedem Versicherungsnehmer selbst überlassen. Ebenso kann jeder Versicherungsnehmer freiwillig über den Leistungskatalog hinausgehende zusätzliche Leistungen absichern. Die Kosten für eventuell abgeschlossene über den Grundsicherungsschutz hinausgehende Versicherungsleistungen trägt jeder Versicherungsnehmer selbst. Für diese zusätzlichen Leistungen gilt, dass Selbstbehalts- und Prämienrückerstattungsregelungen individuell frei verhandelbar sein müssen.

Alle Versicherungsanbieter werden private Versicherungsunternehmen

Das bedeutet die Auflösung der ideologisch zementierten Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Für die heutigen gesetzlichen Krankenkassen werden die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit sie sich in private Versicherungsunternehmen umwandeln können.

Wechsel vom Umlagesystem in ein kapitalgedecktes System mit entsprechenden Altersrückstellungen, die zwischen den Versicherern übertragbar sein müssen

An die Stelle einkommensproportionaler Beiträge treten vom Erwerbseinkommen entkoppelte risikoäquivalent kalkulierte Versicherungsprämien. Altersrückstellungen sorgen dafür, dass die Finanzierung der Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg kalkulierbarer wird – sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherungsgeber.

Dabei ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang ehemals gesetzlich Krankenversicherte, für die in der Vergangenheit keine Altersrückstellungen gebildet wurden, Ausgleichsforderungen gegenüber dem Bund in ihre Bilanz einstellen können. Diese Ausgleichsforderungen müssten dann über die Zeit bedarfsabhängig aus dem Bundeshaushalt getilgt werden. Durch die Übertragbarkeit der Altersrückstellungen ohne Nachteile für die Versicherten wird der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen ermöglicht.

Stärkung der Patientensouveränität durch Einführung des Kostenersatzprinzips anstatt des derzeitigen Sachleistungsprinzips

Damit wird einer der Hauptakteure im Gesundheitswesen nicht länger außen vor gelassen: Der aufgeklärte und gut informierte Versicherungsnehmer und Patient. Für die erbrachte medizinische Leistung erhält künftig der Patient eine Rechnung, die er zu begleichen und bei seiner Versicherung zwecks Kostenerstattung einzureichen hat. Individuell ausgehandelte Bonus-, Selbstbehalts- oder Rückerstattungsregelungen bleiben hiervon unberührt. Das setzt selbstverständlich voraus, dass Versicherungsnehmer und Patienten die freie Wahl haben, welchen medizinischen Leistungserbringer sie konsultieren (freie Arztwahl).

Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten

Die heutige Koppelung der Beiträge an die Erwerbseinkommen passt weder zur Situation des Arbeitsmarktes noch zur demografischen Entwicklung. Deshalb wird bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und Beamten der Arbeitgeberzuschuss zum Grundsicherungsschutz als Bestandteil des Lohnes/Gehaltes bzw. der Bezüge einkommensneutral ausgezahlt. Das stärkt das Bewusstsein des Versicherungsnehmers für den Preis der Gesundheitsleistung. Gleichzeitig bedeuten künftig steigende Gesundheitsausgaben nicht mehr automatisch steigende Lohnnebenkosten.

Notwendigkeiten und Innovationen zu überprüfen. Das neu formulierte SGB V nimmt auf diesen Leistungskatalog Bezug. Damit wird der ursprüngliche Sinn einer funktionierenden Krankenversicherung wieder hergestellt: Die Absicherung eines jeden Einzelnen vor nicht tragbaren Kosten im Krankheitsfall und die dafür notwendige Umverteilung zwischen gesunden und kranken Mitgliedern.

Versicherungspflicht eines jeden Einzelnen auf eben diesen Leistungskatalog

Jeder Bürger ist verpflichtet, bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Gesundheitsversicherungsschutz abzuschließen, der mindestens die im Leistungskatalog festgelegten Regelleistungen umfasst.

Kontrahierungszwang der Versicherungsanbieter auf diesen Leistungskatalog

Jeder Bürger hat bei Geburt einen Anspruch darauf, mindestens im Umfang des Leistungskataloges unabhängig von seinem Gesundheitszustand oder Geschlecht ohne Risikozuschläge versichert zu werden. Die Versicherungsunternehmen haben kein Kündigungsrecht. Damit wird ein lebenslanger Versicherungsschutz im Rahmen des Leistungskataloges gewährleistet.

Echte Solidarität durch die Gesamtheit aller Steuerzahler

Jeder, der sich diesen Versicherungsschutz nicht leisten kann – seien es z. B. kinderreiche Familien oder auch ältere bis hochbetagte Menschen – erhält aus Steuermitteln finanzierte, zweckgebundene Transferleistungen – gegebenenfalls bis zur vollen Höhe der äquivalent kalkulierten Prämie für den Leistungskatalog. Ziel ist es, jede Bürgerin und jeden Bürger in die Lage zu versetzen, den vorgeschriebenen Grundsicherungsschutz bei einem Krankenversicherungsanbieter ihrer/seiner Wahl erwerben zu können.