



SPD-BUNDESTAGSFRAKTION PLATZ DER REPUBLIK 1 11011 BERLIN

An die Mitglieder
der SPD-Bundestagsfraktion

per E-Mail

Berlin, 2. November 2009

Erste Bewertung der Koalitionsvereinbarungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege

Schwarz-Gelber Irrweg in der Gesundheit- und Pflegepolitik

Schwarz-Gelb plant den Totalumbau der Kranken- und Pflegeversicherung. Auch wenn in den meisten Punkten noch keine konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen vereinbart wurde und die Klärung der vielen offenen Fragen in Kommissionen verschoben werden sollen, ist die Richtung klar:

An die Stelle der solidarischen und gerechten Finanzierung der großen Lebensrisiken tritt ein Finanzierungsmodell, das den bisherigen gesellschaftlichen Konsens - die Jungen stehen für die Alten, die Gesunden für die Kranken und die Stärkeren für die Schwächeren ein - ohne wenn und aber aufkündigt.

Darüber können auch die Beteuerungen der Akteure, sie wollten weiterhin ein gerecht finanziertes Gesundheitssystem erhalten, nicht hinweg täuschen.

Irrweg Nummer 1: Das dauerhafte Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages

Damit werden die Arbeitgeber endgültig aus der paritätischen Finanzierung entlassen. Sie werden noch weniger Interesse an gesunden Arbeitsbedingungen haben als bisher. In der Selbstverwaltung der Kassen werden sie nicht mehr an der Seite derer stehen, die versuchen, durch Heben der Effizienzreserven im Gesundheits-

POSTANSCHRIFT PLATZ DER REPUBLIK 1 11011 BERLIN

BÜROANSCHRIFT JAKOB-KAISER-HAUS RAUM 2.407 WILHELMSTRASSE 68 10117 BERLIN
TELEFON (030) 227-7 90 86 TELEFAX (030) 227-7 60 86 E-MAIL ELKE.FERNER@BUNDESTAG.DE

WAHLKREIS TALSTRASSE 58 66119 SAARBRÜCKEN
TELEFON (0681) 5 10 60 TELEFAX (0681) 5 22 07 E-MAIL ELKE.FERNER@WK.BUNDESTAG.DE



system und Begrenzung der teilweise maßlosen Forderungen der Leistungserbringer die Ausgaben unter Kontrolle zu halten. Noch schlimmer ist: Die Versicherten werden in Zukunft die Ausgabensteigerungen, die durch den medizinischen Fortschritt, die demographische Entwicklung oder in Form von „Geschenken“ an FDP- und Unionsklientel auf der Leistungserbringerseite anfallen, alleine über höhere Beiträge bezahlen müssen.

Damit ist der Einstieg in die Drei-Klassen-Medizin perfekt: Besserverdienende Gesunde können sich erster Klasse in der Privaten Krankenversicherung versichern. Für sie wird sich erst einmal nicht viel ändern. GKV-Versicherte werden deutlich tiefer in die Tasche greifen müssen. Und diejenigen, die die geplanten höheren Zuzahlungen und einkommensunabhängige Pauschale nicht zahlen können - werden vom medizinischen Fortschritt abgeschnitten werden.

Irrweg Nummer 2: Die Einführung der "Kopfprämie"

Hier hat die CSU ihr Wahlversprechen gebrochen. Der Versichertenbeitrag wird nicht nur steigen, sondern der bisherige Solidarausgleich (höhere Einkommen zahlen höhere Beiträge) wird untergraben. Der bisherige einkommensabhängige Arbeitnehmeranteil soll durch die Einführung einer ungerechten einkommensunabhängigen Kopfprämie ersetzt und von den Krankenkassen selbst erhoben werden. Das bedeutet: Künftig wird der Bankdirektor gemessen an seinem Einkommen proportional weniger für seine Krankenversicherung zahlen als seine Sekretärin. Ein noch nicht näher definierter Sozialausgleich soll diese Schieflage abmildern. Wie das praktisch funktionieren soll ist hinreichend unklar, aber ohne Antragsverfahren und dem damit verbundenen hohen Verwaltungsaufwand wird es nicht gehen. Die Versicherten werden so künftig zu Bittstellern. Auf alle Fälle werden die unteren Einkommen in Zukunft mehr zahlen als bisher und die oberen Einkommen werden entlastet. Nicht der Gesundheitsfonds ist ein Bürokratie-Monster, sondern der sogenannte Sozialausgleich wird eines werden und Unsummen verschlingen, die in der medizinischen Versorgung dringend gebraucht werden.

Irrweg Nummer 3: Die Verteilung der Gelder innerhalb der GKV wird ungerechter

Auch wenn die Öffentlichkeit es bisher kaum wahrgenommen hat: seit der letzten Gesundheitsreform, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) einherging, werden die Einnahmen (Beiträge und Steuerzuschuss) gerechter verteilt und die Ausgaben



gerechter ausgeglichen: Einerseits ist es derzeit für die einzelne Krankenkasse ohne Bedeutung, wie hoch das Einkommen ihrer Versicherten ist, da ein hundertprozentiger Einnahmeausgleich zwischen allen Kassen stattfindet. Andererseits werden durch den Morbi-RSA die Ausgaben einer Krankenkasse, die viele Kranke versichert, besser ausgeglichen. Das will die neue Regierung nun zurückdrehen. Sie will den Morbi-RSA so zurechtstutzen, dass die großen regionalen und bundesweiten Versorgerkassen mit vielen chronisch kranken Versicherten auf einem großen Teil ihrer Ausgaben sitzen bleiben werden. Es wird dann ein Verlustgeschäft, sogenannte „schlechte“ Risiken zu versichern. Und wenn, wie die CSU es will, die Versichertenbeiträge teilweise oder ganz in Form einer „Kopfprämie“ am Gesundheitsfonds vorbei geschleust werden, benachteiligt dies die Krankenkassen, deren Mitglieder geringe Einkommen haben: also wieder die regionalen und die meisten bundesweiten Versorgerkassen, insbesondere aber die AOK'en und die Kassen in den neuen Ländern. Dies wäre dann der Einstieg in die Regionalisierung der Krankenversicherung - eine wahrhaft absurde Vorstellung. Schließlich haben wir für alle anderen Sozialversicherungszweige auch einheitliche Beitragssätze und eine regionale Umverteilung zwischen „reichen“ und „armen“ Ländern.

Irrweg Nummer 4: Ungerechtfertigte Begünstigung der PKV

Mit der Entscheidung, die Wartefrist für den Wechsel von der GKV zur PKV wieder auf ein Jahr zu verkürzen, wird der Entsolidarisierung Vorschub geleistet. Gut verdienende gesunde GKV-Mitglieder werden in stärkerem Maße zur PKV wechseln und damit die Finanzierungsbasis der GKV schmälern. Gleichzeitig soll das Zusatzversicherungsgeschäft exklusiv der PKV vorbehalten werden. Die zahlreichen Spenden der privaten Versicherungsunternehmen und Finanzdienstleister an CDU, CSU und FDP haben sich offenbar mehr als gelohnt.

Irrweg Nummer 5: Leistungen werden gekürzt - Zuzahlungen werden erhöht

Zwar postuliert die neue Regierung, dass auch künftig alle den Zugang zum medizinischen Fortschritt haben sollen - aber die Andeutungen im Koalitionsvertrag lassen Schlimmes befürchten: so sollen „Versicherte auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können" Bedeutet dies, dass künftig medizinischer Fortschritt jenseits des bestehenden Leistungskatalogs nicht mehr von der GKV finanziert wird und dass für alle künftigen Innovationen in Diagnostik und Therapie eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden muss? Eine private Zusatzversicherung wird noch nicht einmal für alle für Junge und Gesunde bezahlbar sein. Alte und Kranke werden



sich risikoadjustierte Prämien bei privaten Versicherungen nicht leisten können. Unterm Strich wird es für Patientinnen und Patienten und insbesondere für chronisch Kranke zu weiteren finanziellen Belastungen kommen.

Irrweg Nummer 6: Teilprivatisierung der Pflegeversicherung

Anstatt endlich einen solidarischen Ausgleich der Risiken zwischen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung zu organisieren, will Schwarz-Gelb jetzt auch noch eine zusätzliche private „Zwangsversicherung“ für alle einführen. Wenn man eine Lehre aus der Finanzkrise ziehen kann, dann mit Sicherheit nicht die, dass Rendite orientierte private Versicherungen elementare Lebensrisiken zuverlässiger absichern können als die Umlage finanzierten Sozialversicherungen.

Fazit:

Schwarz-Gelb wird zum unkalkulierbaren Risiko für unser Gesundheitssystem - kranke, alte und pflegebedürftige Menschen haben ebenso das Nachsehen wie BezieherInnen von unteren und mittleren Einkommen. **Das Ergebnis wird sein: weniger Netto vom Brutto!**

Mit freundlichen Grüßen