

Schwarz-Gelb beendet Solidarität im Gesundheitssystem

Doppelt gelogen

Der Gesundheitsminister hatte ein robustes Gesundheitssystem versprochen, „das nicht alle zwei drei Jahre reformiert werden muss“. Es sollte besser und dabei nicht teurer werden. „Die Versicherten“, so versprach er, „werden keine höheren Beiträge zahlen“. Seine vollmundigen Ankündigungen wurden Monate später als Lüge entlarvt. Geblieben sind eine Anhebung der Beitragssätze, die Kopfpauschale ohne automatischen Sozialausgleich und Geschenke an Arbeitgeber, Pharmakonzerne, Apotheker, Teile der Ärzteschaft und die private Krankenversicherung.

Rösler hat doppelt gelogen: Das FDP-Wahlversprechen **„mehr Netto vom Brutto“ ist als Nettolüge entlarvt**. Denn die Gesundheitspolitik von Schwarz-Gelb kommt die meisten Menschen teuer zu stehen. Und: Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich, der diesen Namen verdient, kommt nicht. Das Gesundheitssystem wird für 70 Millionen gesetzlich Versicherte keinen Deut besser, dafür aber massiv ungerechter und teurer.

Solidarprinzip ausgehebelt

Gesundheitsminister Rösler und die schwarz-gelbe Koalition haben den Systembruch für unser mehr als 100 Jahre altes, bewährtes und international anerkanntes solidarisches

Gesundheitssystem eingeleitet: Bisher trugen starke Schultern mehr als schwache. Dieses Prinzip wird ausgehebelt: Künftig tragen die Bezieherinnen und Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen sowie Rentnerinnen und Rentner überproportional die Lasten der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Und vor allem die Arbeitgeber, aber auch Besserverdienende sind fein raus. Das ist nichts anderes als Klientelpolitik.

Höhere Kosten tragen Versicherte künftig allein

Ab 2011 steigen die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 0,6 Prozent. Sie betragen dann 15,5 Prozent. Davon zahlen die Beschäftigten 8,2 Prozent und ihre Arbeitgeber 7,3 Prozent. Der Arbeitgeberanteil wird eingefroren. Das heißt, alle künftigen Kostensteigerungen landen allein bei Beschäftigten, Studierenden sowie Rentnerinnen und Rentnern. Damit wird niemand mehr an der Seite der gesetzlich Krankenversicherten mit auf die Kostenbremse treten, um die Ausgaben zu begrenzen. Die Versicherten sind dann allein dem finanziellen Druck einzelner Leistungserbringer wie z. B. Pharmakonzernen und Teilen der Ärzteschaft ausgeliefert.



Von der schwarz-gelben Gesundheitspolitik profitieren Pharmakonzerne, Ärzte, Apotheker, Arbeitgeber und Besserverdienende.

Kopfpauschale wird stetig steigen

Die Versicherten werden doppelt belastet, weil die GKV nun sogenannte einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in beliebiger Höhe erheben darf. Das ist die Einführung der Kopfpauschale durch die Hintertür. In Zukunft wird der Beitragssatz der Krankenkassen bei 15,5 Prozent bestehen bleiben und die Kopfpauschale wird stetig steigen.

Damit hat Schwarz-Gelb zwei Ziele erreicht: Die Arbeitgeber werden zu Lasten der Versicherten dauerhaft aus der gleichwertigen Finanzierung der GKV entlassen und Besserverdienende werden entlastet. Denn der gut verdienende Manager zahlt den Zusatzbeitrag in gleicher Höhe, wie der Pförtner oder die Putzfrau. Das ist sozial höchst ungerecht, weil die finanzielle Belastung für Menschen mit niedrigen Einkommen ungleich höher ist, als für den Besserverdienenden. Und den von Gesundheitsminister **versprochenen Sozialausgleich gibt es nicht**. Menschen mit kleineren Einkommen und vor allem Rentnerinnen und Rentner werden mit einem Notgroschen abgespeist. Auch den gibt es erst, wenn die durchschnittliche Kopfpauschale mehr als zwei Prozent des Einkommens ausmacht.

Experten gehen davon aus, dass schon bei einer Kopfpauschale in Höhe von 30 Euro mehr als 75 Prozent aller Rentnerinnen und Rentner auf staatliche Unterstützung angewiesen sind.

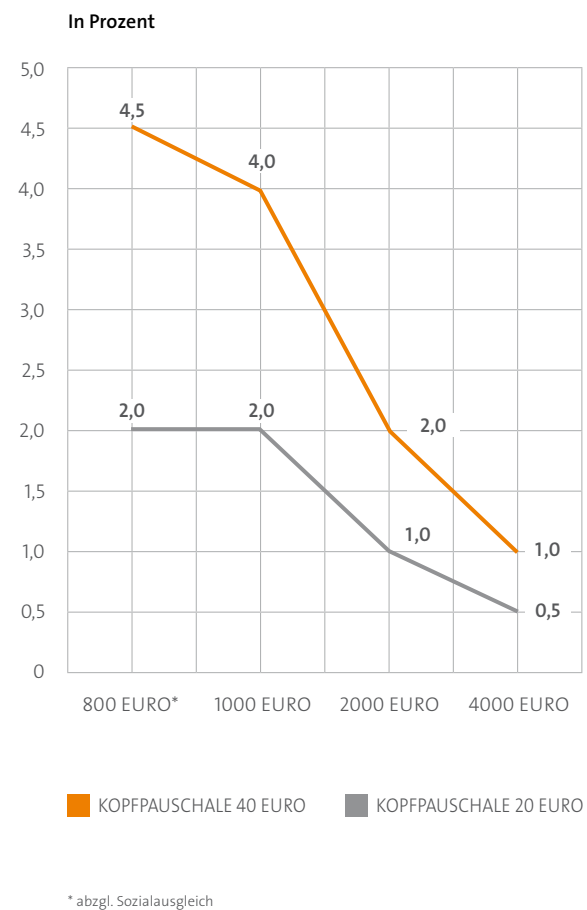
Zwei Rechenbeispiele:

1. Bezieht ein Rentner 800 Euro Rente und beträgt die kleine Kopfpauschale durchschnittlich 20 Euro, so erhält er vier Euro Sozialausgleich. Denn er darf mit bis zu 16 Euro belastet werden.
2. Auch, wenn seine Krankenkasse eine höhere Kopfpauschale verlangt, z. B. 30 Euro, bekommt er nur vier Euro erstattet. Denn der Pseudo-Sozialausgleich orientiert sich an der durchschnittlichen Kopfpauschale. Der Rentner bleibt auf zusätzlichen 26 Euro sitzen.

Finanzierung des Sozialausgleichs ungeklärt

Dabei bleibt die Finanzierung des „Sozialausgleichs“ ungeklärt. Zunächst sollen die Reserven der GKV angezapft werden. Ein steuerfinanzierter Ausgleich ist auf Grund der Haushaltslage in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. So werden ihn die Versicherten der GKV allein schultern müssen. Hinzu kommt, dass der „Sozialausgleich“ zu mehr Bürokratie bei Krankenkassen, Arbeitgebern und Rentenversicherern führt.

Kopfpauschale: Besserverdienende werden weniger belastet



Vorkasse beim Arzt führt zur Dreiklassenmedizin

In der GKV gilt bislang das Sachleistungsprinzip. Es ist ein Grundpfeiler unseres solidarischen Gesundheitssystems. Der Arztbesuch wird nach einheitlichen Sätzen durch die Krankenkassen bezahlt. So können Kranke sich medizinisch behandeln lassen, ohne sich fragen zu müssen, ob sie sich das leisten können. Nur 0,2 Prozent der GKV-Versicherten machen bislang vom sog. Kostenerstattungsmodell Ge-

brauch. Denn häufig bleiben sie auf einem Großteil der Arztrechnung sitzen, weil die Krankenkasse nicht alles übernimmt und die Ärzte höhere Rechnungen als bei der Sachleistung stellen dürfen. Führt der Arzt z. B. Untersuchungen durch, die nicht im Leistungskatalog der GKV stehen, werden die Kosten dafür nicht erstattet. Ebenso verhält es sich, wenn er den Honorarsatz der privat Versicherten erhebt.

Doch Schwarz-Gelb will die Vorkasse ausbauen. Dabei führt sie anders als behauptet nicht zu Kostentransparenz und Einsparungen. Das zeigen Vergleiche der Ausgaben von GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV). So hat die GKV z. B. 20 Prozent weniger Ausgaben für Laboruntersuchungen als die PKV pro Versichertem, obwohl die PKV die gesünderen Versicherten hat. **Die Vorkasse rechnet sich also nur für die Ärzte.**

Mehr GKV-Versicherte werden künftig den Weg der Vorkasse wählen, wenn ihnen Ärzte dadurch schneller einen Termin oder eine bessere Behandlung in Aussicht stellen. Das ist der **Weg in die Dreiklassenmedizin**: Private zuerst, dann die Vorkassezahler und ganz am Ende stehen die Normalversicherten.

Geschenke für die private Krankenversicherung

Schwarz-Gelb verkürzt die Wartezeit für einen Wechsel von der GKV in die PKV für Versicherte, deren Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Sie können bereits nach einem Jahr anstatt nach drei Jahren wechseln. Junge, gesunde Versicherte werden verstärkt zur PKV abwandern. Das bedeutet für die GKV 2011 einen geschätzten Beitragsverlust in Höhe von 500 Millionen Euro. So verhilft Schwarz-Gelb der PKV zu mehr Versicherten.

Aber für die Wechsler wird es langfristig teurer. Zwar lockt die PKV mit günstigen Einsteigertarifen, doch die steigen dann später heftig an. Außerdem sind Ehepartner und Kinder im Gegensatz zur GKV nicht mitversichert. Zusätzlich hat Schwarz-Gelb dafür gesorgt, dass auch die PKV in den Genuss der von der GKV ausgehandelten Preisvorteile kommt, die mit den Arzneimittelherstellern nach der Nutzen-Bewertung für neue Arzneimittel vereinbart werden. Obwohl die PKV selbst für die Verhandlungen keinerlei Personalaufwand einbringt.

Mehr Geld für Pharmakonzerne – weniger Patientenschutz

Gesundheitsminister Rösler wollte ein Arzneimittel-sparpaket schnüren. Doch dies entpuppt sich jetzt als reine Mogelpackung. Auch, wenn die erhöhte Zwangsrabattierung bei Arzneimitteln von sechs auf 16 Prozent Einsparungen bei der GKV bringt, werden es nicht zwei Milliarden Euro, sondern allenfalls 500 Millionen Euro sein. Und Schwarz-Gelb hat dafür gesorgt, dass die Pharmakonzerne voll auf ihre Kosten kommen. Denn im ersten Jahr nach der Zulassung eines Medikaments können sie ihre Preise selbst bestimmen. Erst nach 12 Monaten müssen sie mit dem Spitzenverband der GKV Rabatte aushandeln. Deshalb werden die Pharmakonzerne schon dafür sorgen, dass die Ausgangspreise so hoch sind, dass auch die rabattierten Preise für sie möglichst lukrativ sind.

Außerdem müssen künftig nicht die Arzneimittelhersteller nachweisen, dass ein Medikament einen Zusatznutzen hat, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss belegen, dass es keinen gibt. Diese Beweislastumkehr macht es nahezu unmöglich, Arzneimittel auszuschließen. Dies geht zu Lasten der Arzneimittelausgaben der Krankenkassen und mindert den Patientenschutz. Vor allem werden Menschen, die an sog. seltenen Krankheiten leiden, risikoreichen Therapien ausgesetzt, denn hier soll auf jegliche Nutzenbewertung verzichtet werden.

Und Schwarz-Gelb ermöglicht die Teilnahme von Pharmaunternehmen und Herstellern von Medizinprodukten an der integrierten Versorgung von chronisch Kranken. Sie entscheiden nun mit über die Therapie von Patientinnen und Patienten. Das führt dazu, dass die Behandlung nicht mehr von medizinischen Erwägungen, sondern von Unternehmensinteressen geleitet wird.

Mehrkostenregelung schadet allen GKV-Versicherten

Patienten können künftig anstatt des von den Krankenkassen vorgesehenen Arzneimittels, für das ein Rabattvertrag ausgehandelt wurde, ein wirkstoffgleiches anderes Medika-

ment gegen eine Aufschlagszahlung erhalten. Das hört sich erst mal gut an, denn bisher galt in diesem Fall, dass der gesamte Preis durch die Patienten gezahlt werden musste. Daher haben sich viele Patienten doch für das von der Krankenkasse vorgesehene Medikament entschieden. Und das ist auch gut so, denn die Rabattverträge haben in den letzten Jahren dazu beigetragen die Ausgaben der GKV für Arzneimittel zu beschränken.

Das heißt, es wird nicht nur für den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin teurer, wenn nicht auf das vorgesehene und und vollkommen wirkstoffgleiche Medikament zurück gegriffen wird. Es kommt alle gesetzlich Versicherten teuer zu stehen. Denn die Krankenkassen können durch diese Änderung keine Abnahmemenge mehr garantieren, so werden Rabattverträge unattraktiv für die Hersteller. Es ist davon auszugehen, dass einige Ärzte, Apotheker oder Pharmafirmen versuchen werden, Ihnen teurere aber wirkstoffgleiche Medikamente anzubieten. Für diese und vor allem für die Pharmakonzerne mag sich das rechnen, aber die GKV-Versicherten zahlen drauf.

Kartellrecht für Krankenkassen schwächt GKV

Die gesetzlichen Krankenversicherungen sollen mit privatwirtschaftlichen, gewinnorientierten Unternehmen gleichgesetzt werden, indem Schwarz-Gelb für die GKV das Kartellrecht einführt. Doch die Krankenkassen sind öffentliche Körperschaften. Sie sind angehalten für 90 Prozent der Bevölkerung gemeinschaftlich eine wirtschaftliche und leistungsfähige Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Die Anwendung des Kartellrechts bedeutet, dass die Kassen künftig nicht mehr gemeinsam Rabattverträge für Arzneimittel aushandeln können. Nun soll jede Kasse für sich und damit über geringere Abnahmemengen verhandeln. Das heißt, die Abgabepreise fallen höher aus. Dadurch steigen insgesamt die Ausgaben der GKV für Arzneimittel und somit die Kosten für ihre Versicherten.

Außerdem soll die Zuständigkeit bei vergaberechtlichen Streitigkeiten, z.B. zu Rabattverträgen der GKV, von den Sozial- auf die Zivilgerichte übertragen werden. Dadurch werden erneut Einsparungen durch Rabattverträge der GKV gefährdet, weil die Erfolgsaussichten klagender Phar-



Das international hoch angesehene Gesundheitssystem in Deutschland hat seine Stärke immer daraus bezogen, dass Arbeitgeber und Beschäftigte gleichermaßen an der Finanzierung beteiligt waren. Ein weiterer Pluspunkt war, die einkommensabhängige Einzahlung der Versicherten. Dieses Grundprinzip der Solidarität hat Schwarz-Gelb nun zerstört. Wir sagen: Damit auch in Zukunft alle gleich gut behandelt werden und Zugang zu neuen Behandlungsmethoden haben, müssen wir die Solidarität stärken. Deshalb steht die SPD-Bundestagsfraktion für die Bürgerversicherung.

mahersteller vor Zivilgerichten größer sind. Eines ist also sicher, die schwarz-gelbe Gesundheitspolitik rechnet sich vor allem für die Pharmedien.

Unsere Tipps:

Sollte Ihre Krankenkasse 2011 Zusatzbeiträge verlangen, dann wechseln Sie die Krankenkasse. Das ist Ihr gutes Recht. Denn viele Krankenkassen werden auch 2011 keine Kopfpauschale erheben.

Lassen Sie sich nicht durch Ihren Arzt oder Ihre Ärztin zur Vorkasse bzw. zur Kostenerstattung drängen. Sollte Ihr Arzt Ihnen eine bestimmte Behandlung bzw. einen kurzfristigeren Termin nur bei Vorkasse in Aussicht stellen, dann beschweren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse und Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Prüfen Sie Ihre Entscheidung für oder gegen die Kostenerstattung genau und nutzen Sie das Beratungsangebot Ihrer Krankenkasse. Übrigens ohne eine Vereinbarung mit Ihrer

Krankenkasse erstattet diese Ihnen bei geleisteter Vorkasse keinen Cent. Außerdem müssen Sie Ihrer Krankenkasse bei Vorkasse eine Bearbeitungsgebühr zahlen. Für Sie wird das Kostenerstattungsmodell in jedem Fall teurer.

Sollten Sie sich trotz aller Nachteile doch für die Vorkasse entscheiden, dann lassen Sie sich von Ihrem Arzt erläutern, welche Kosten die Krankenkasse übernimmt und welche nicht. **Drängen Sie darauf, dass nur die wirklich notwendigen Untersuchungen erfolgen und verlangen Sie in jedem Fall eine Patientenquittung,** um die erbrachten ärztlichen Leistungen nachvollziehen zu können.

Lassen Sie sich nicht zum Kauf eines teureren Medikaments überreden, wenn ihre Krankenkasse ein wirkstoffgleiches Medikament zu günstigeren Preisen vorsieht. Erkundigen Sie sich, für welches Arzneimittel ihre Krankenkasse feste Preise oder Rabatte vereinbart hat. Sonst bleiben Sie auf den Mehrkosten sitzen.

Wechseln Sie nicht einfach in die private Krankenversicherung. Prüfen Sie genau, welche späteren Kostensteigerungen hinter den Lockangeboten stehen. Im Durchschnitt

steigen die Beiträge in der PKV pro Jahr um fünf Prozent. Bei einigen Versicherungen sind es sogar 30 Prozent. Außerdem müssen Ehepartner und Kinder separat versichert werden.

Hier finden Sie weitere Informationen:

bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung, unabhängige-patientenberatung.de, verbraucherzentralen.de

Sozialer Fortschritt geht nur gemeinsam: die Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung

Die SPD-Bundestagsfraktion fordert eine andere Gesundheitspolitik – ohne Klassenschranken: die solidarische Bürgerversicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen sich an der Finanzierung des Gesundheitswesens nach ihrer Leistungsfähigkeit beteiligen. Wohlhabende sollen nicht aussteigen, sondern zur solidarischen Krankenversicherung beitragen. Eine Finanzierung über angemessene Beiträge und über Steuern sorgt auf Dauer für eine gerechte und stabile Finanzierung.

Voraussetzung für ein solidarisches System sind vergleichbare Spielregeln und fairer Wettbewerb für alle Krankenkassen und Versicherungsunternehmen. Notwendig ist eine echte Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, damit Therapien bezahlt werden, die wirklich wirken.

Das Gesundheitssystem muss wieder von Beschäftigten und Arbeitgebern zu gleichen Teilen finanziert werden. Nur ein einheitliches Sozialversicherungssystem, bietet den Bürgerinnen und Bürgern heute und **in Zukunft soziale Sicherheit unabhängig von ihrem Einkommen.**

Mehrheit für die Bürgerversicherung

Die Petition gegen die Kopfpauschale an den Deutschen Bundestag wurde von 171.640 Bürgerinnen und Bürgern unterstützt. Auch Umfragen von den unterschiedlichsten

Instituten und verschiedensten Auftraggebern zeigen immer wieder: Die Bürgerinnen und Bürger lehnen die Kopfpauschale von Union und FDP ab. Eine große Mehrheit befürwortet das Modell der solidarischen Bürgerversicherung der SPD. Denn sie weiß, dass unser Gesundheitssystem auch in Zukunft nur sozial gerecht sein kann, wenn starke Schultern mehr tragen als schwache. Deshalb ist die Bürgerversicherung, in die alle abhängig vom Einkommen einzahlen der richtige Weg. Außerdem werden durch zusätzliche Steuer Mittel alle Einkommensarten, hohe Einkommen und Vermögen gerecht beteiligt. Nur so können wir sicher stellen, dass auch künftig alle mit gleich guter Qualität behandelt werden.

Mehr unter:

spdfraktion.de, buergerversicherung.spd.de, stoppauschale.de (DGB)



Schwarz-Gelb: Klientelpolitik, Verunsicherung, Spaltung

Ende der Solidarität im Gesundheitssystem

WWW.SPDFRAKTION.DE

IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN: SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, PETRA ERNSTBERGER MdB, PARLAMENTARISCHE GESCHÄFTSFÜHRERIN, PLATZ DER REPUBLIK 1, 11011 BERLIN
HERSTELLUNG: SPD-BUNDESTAGSFRAKTION, ÖFFENTLICHKEITSARBEIT
TEXT & REDAKTION: ANJA LINNEKUGEL, ANDREAS KNIESCHE, OLAF ROTTHAUS

© FOTOS: BILDERBOX.COM (TITEL, S. 2), PHOTOCASE.COM - © SUSANN STÄDTER (PHOTOSUSE, S. 8/9)

ERSCHIENEN: FEBRUAR 2011

DIESE VERÖFFENTLICHUNG DER SPD-BUNDESTAGSFRAKTION DIENT AUSSCHLIESSLICH DER INFORMATION. SIE DARF WÄHREND EINES WAHLKAMPFES NICHT ALS WAHLWERBUNG VERWENDET WERDEN.

