

Zukunft der Gesundheit: Die Bürgerversicherung

Der Bundestag entscheidet in dieser Woche über die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems. Die Gesetzesvorhaben von CDU/CSU und FDP bedeuten eine Richtungsentscheidung: In einem ersten Schritt bekommen die Lobbyinteressen von Arzneimittelherstellern und Privatkassen Vorrang. Die Gesetzliche Krankenversicherung wird geschwächt. Dann werden Gering- und Normalverdiener zusätzlich belastet. Die schwarz-gelbe Nettolüge führt bei der Gesundheitspolitik zu höheren Abgaben und einseitigen Zusatzbeiträgen für die Versicherten – der Einstieg in das System der Kopfpauschale. Am Ende stehen soziale Spaltung bei Gesundheit und Zweiklassenmedizin in Deutschland wie sie aus anderen Ländern ohne solidarischen Ausgleich bekannt ist. Damit wird in Zukunft vor einer guten Versorgung im Krankheits- und Versorgungsfall gefragt: „Kannst du es bezahlen?“

Verantwortung für Deutschland heißt Gesundheit ohne Klassenschranken. Wir brauchen eine andere Gesundheitspolitik. Die SPD will die Bürgerversicherung mit gerechter Lastenverteilung, gleicher Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger und guten medizinischen Leistungen unabhängig vom privaten Geldbeutel. Gesundheit und Pflege werden im Zuge des demografischen Wandels immer wichtiger. Wir wollen, dass mehr Menschen für Menschen da sind, dass Gesundheitsdienstleistungen gesellschaftliche Wertschätzung erfahren und dass in dieser Branche Hunderttausende neue und gute Arbeitsplätze entstehen können.

Wir wollen ein gutes Gesundheitssystem für alle

Sozialer Fortschritt geht nur gemeinsam: die Bürgerversicherung

Wir wollen das Modell der solidarischen 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. Ob gesetzlich oder privat: Alle Versicherten sollen deshalb künftig in den Risikoausgleich einbezogen werden. Das soll schrittweise erfolgen, denn die erworbenen Rechte der privat Versicherten sollen beachtet werden.

Voraussetzung für ein solidarisches System sind vergleichbare Spielregeln und fairer Wettbewerb für alle Krankenkassen und Versicherungsunternehmen. Auch die privaten Kassen müssen Verantwortung für die Qualität und die Preise der medizinischen Leistungen übernehmen, so wie das die Gesetzliche Krankenversicherung bereits macht. Wir wollen eine echte Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, damit die Therapien bezahlt werden, die wirklich wirken. Wir wollen das Gesundheitssystem wieder voll paritätisch finanzieren. Damit haben Arbeitgeber auch weiterhin ein Interesse an der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem. Nur ein einheitliches Sozialversicherungssystem, das den Bürgerinnen und Bürgern soziale Sicherheit unabhängig von ihrem Erwerbsstatus bietet, wird dem Anspruch nach sozialer Sicherheit in einer von vielfältigen Lebensmodellen geprägten, modernen Gesellschaft heute und in Zukunft gerecht.

Gute Arbeit bei Gesundheit und Pflege – 1 Million neue Arbeitsplätze

Der Gesundheitssektor ist nicht nur Kostenfaktor. Wir sehen in diesem Bereich große Chancen auf mehr qualitativ hochwertige Arbeit. Unser Deutschland-Plan für die Arbeit von morgen betont die Potenziale: Die Gesundheitswirtschaft ist mit einer Million möglichen neuen Jobs eine

der wichtigsten Zukunftsbranchen. Wir wollen, dass alle, die im Gesundheitssystem arbeiten, bessere gesellschaftliche Anerkennung erfahren, dass Lohndumping ausgeschlossen wird und dass anspruchsvolle Arbeit gut bezahlt wird. Unmittelbar in der Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen arbeiteten im Jahr 2007 rund 2,7 Millionen Menschen. Im Vergleich zu 1999 bedeutet dies einen Anstieg um 16 Prozent. Damit haben sich die Dienstleistungsberufe im Gesundheitswesen dynamischer entwickelt als die Zahl der Beschäftigten in diesem Wirtschaftszweig insgesamt. Dabei ist zu beachten, dass in den Dienstleistungsberufen im Gesundheitswesen bis zu 80 Prozent Frauen arbeiten. Der Gesundheitssektor hat sich auch in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten als Beschäftigungsmotor erwiesen. Er ist und bleibt personalintensiv. Der Dienst an kranken oder pflegebedürftigen Menschen wird niemals durch Maschinen oder Computer erledigt werden können. Zudem kann er auch nicht ins Ausland abwandern. Mehrere Hunderttausend neue Stellen als Kranken- und Altenpflegerinnen und -pfleger sind gute Beschäftigungschancen für viele Menschen auch ohne Abitur. Ganz bewusst hat die SPD noch in Regierungsverantwortung die Kranken- und Altenpflegeausbildung für Hauptschulabsolventen mit abgeschlossener zehnjähriger allgemeiner Schulbildung geöffnet. So vergrößert sich der Kreis von möglichen Bewerberinnen und Bewerbern. Zugleich ist dies eine Chance, den Fachkräftemangel zu vermeiden.

Mit Schwarz-Gelb zurück in die Klassenmedizin

Schwarz-gelb wird diese Woche die tragenden Säulen der gesetzlichen Krankenversicherung zerstören: die einkommensabhängigen Beiträge, das Sachleistungsprinzip und den gleichen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Damit wird mit dem gesellschaftlichen Grundprinzip der Solidarität gebrochen, das unser Land stark gemacht hat und schwerste Krisen zu überwinden half. Diese Politik wirft unsere Gesellschaft weit zurück, weil soziale Gräben geöffnet werden, wo es sozialen Fortschritts bedarf, um sie zu schließen.

GKV-Finanzierungsgesetz: Einstieg in die Entsolidarisierung

Die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung werden ab 2011 von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent ansteigen. Davon entfallen 8,2 Prozent auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die Arbeitgeber zahlen 7,3 Prozent, und dieser Anteil soll eingefroren werden. Alle Kostensteigerungen im Gesundheitssystem werden in Zukunft einseitig auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie auf Rentnerinnen und Rentner abgewälzt. Für sie steigen die Beiträge künftig doppelt so stark, weil die Arbeitgeberbeiträge eingefroren und ungedeckelte Zusatzbeiträge ohne Rücksicht auf das Einkommen erhoben werden. Geringverdiener werden künftig am stärksten belastet und haben kaum Aussicht auf sozialen Ausgleich. Das ist die Einführung der unsozialen Kopfpauschale und der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Wartezeit für einen Wechsel von der GKV zur PKV soll von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt werden. Die Regelung soll noch in diesem Jahr in Kraft treten, damit alle, die mit ihrem Jahreseinkommen aus 2010 die Versicherungspflichtgrenze überschreiten, zum 1. Januar 2011 bereits die Option zum Wechsel in die PKV erhalten. Junge, gesunde Mitglieder werden vermehrt von der gesetzlichen zur Privatversicherung abwandern und Einnahmeverluste für die GKV von 500 Millionen Euro im ersten Jahr verursachen. Die PKV soll künftig die Preisvorteile, die der GKV-Spitzenverband (für die gesamte GKV) nach der Nutzen-Bewertung mit den Arzneimittelherstellern für neue Arzneimittel ausgehandelt hat, übernehmen. Auch das führt zu einer Schwächung der solidarischen Versichertengemeinschaft.

Arzneimittelneuordnungsgesetz: Profitgarantie für die Pharmaindustrie

Schwarz-Gelb ermöglicht jetzt der Pharma-Industrie die Festsetzung der Arzneimittelpreise für neue Arzneimittel im ersten Jahr – verbunden mit sofortiger Erstattung durch die Gesetzlichen Krankenkassen. Ab dem zweiten Jahr gilt der zwischen den GKV und den Herstellern verhandelte Erstattungspreis nach einer Nutzen-Bewertung. Die Hersteller werden folglich das erste Jahr nutzen, um mit maßlosen Preisen vorab so viel Gewinn wie möglich abzuschöpfen, bevor der Verhandlungspreis festgesetzt wird. Ferner sollen nutzlose Arzneien leichter verkauft werden können. Die in der neuen Rechtsverordnung hierfür aufgeführten aufgeweichten Kriterien hat der Verband forschender Arzneimittelhersteller vorformuliert. Lobbyverbände schreiben sich ihre Verordnung selbst.

Bei **vergaberechtlichen Streitigkeiten** wird die Zuständigkeit von den Sozial- zu den Zivilgerichten übertragen. Mit dem Zuständigkeitswechsel steigen die Erfolgsaussichten der Pharmaunternehmen bei Klagen gegen Ausschreibungen und Rabattverträge. Für die GKV wird das **Kartellrecht** eingeführt. Damit werden Arzneimittel-Rabattverträge zwischen Herstellern und Zusammenschlüssen mehrerer Kassen erschwert bzw. verhindert. Das bedeutet konkret, dass künftig nur noch einzelne Kassen Rabattverträge mit geringerem Marktanteil und folglich höheren Preisen abschließen können. Ergebnis: Mehr Gewinn für die Pharmaindustrie.

Durch die **Mehrkostenregelung** werden die Rabattverträge weiter ausgehöhlt, da seitens der Krankenkassen keine Mengengarantie mehr erfolgen kann. (Bei der Mehrkostenregelung kann der Patient ein Medikament auch dann mit Aufzahlung bekommen, wenn seine Kasse für ein wirkstoffgleiches Medikament einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Bisher musste in diesem Fall das „Wunschmedikament“, wenn für die Verordnung keine medizinische Begründung vorlag, komplett selbst bezahlt werden). Viele Patienten werden künftig freiwillig oder unfreiwillig (auf Anraten eines von Pharmavertretern häufig aufgesuchten Arztes) unter Aufzahlung mehr für ihre Arzneimittel bezahlen, zugunsten der Umsätze der Pharmaindustrie und zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft.

Vorkasse: Erste, zweite und dritte Klasse in der Arztpraxis

Bisher gilt bei der gesetzlichen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip: Jeder Praxisbesuch wird nach einheitlichen Sätzen von der Kasse vergütet. Die Patienten müssen sich darum nicht kümmern. Das Sachleistungsprinzip ist der Grundpfeiler unserer solidarischen Krankenversicherung. Es garantiert, dass Menschen zum Arzt gehen können, ohne vorher fragen zu müssen, ob ihr Geld dazu reicht. Schwarz-Gelb plant jetzt jedoch eine drastische Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wer genug Geld im Portemonnaie hat, um seine Arztrechnung per Vorkasse zahlen zu können, wird in Zukunft bevorzugt behandelt werden. Damit werden nach der PKV und der Pharmaindustrie die niedergelassenen Fachärzte beschenkt. Ziel der Fachärzte ist es, sich den Verträgen, Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen zu entziehen. Vor allem aber lockt die Chance, den Patientinnen und Patienten mit einer Privatrechnung direkt ins Portemonnaie zu greifen. Das Resultat wird eine Drei-Klassen-Medizin sein, bei der Privatversicherte Patienten Erster-Klasse sind, gefolgt von allen gesetzlich Krankenversicherten, die es sich leisten können, Vorkasse zu zahlen. Am Ende stehen dann die normalen gesetzlich Krankenversicherten, die das geringste Honorar versprechen und deshalb z. B. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.