

Deutscher Gewerkschaftsbund

Annelie Buntenbach

Mitglied des
Geschäftsführenden
Bundesvorstandes

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Telefon: 030/24060-259/260
Telefax: 030/24060-276

E-mail: annelie.buntenbach@dgb.de

bun/loz

Datum
31.10.06

An alle
Mitglieder des Deutschen Bundestags

Gesundheitsreform

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Gesundheitsfonds soll es vordergründig keine Leistungskürzungen und keine Erhöhung von Zuzahlungen oder Praxisgebühren geben. Wir befürchten jedoch, dass die zukünftigen Belastungen durch diese Gesundheitsreform einseitig den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgebürdet werden – zwar nicht gleich und auf einen Schlag, dafür aber durch die Hintertür und mit System. Dafür sollen jetzt, mit diesem Gesetz, die Weichen gestellt werden.

Nach langen Verhandlungen der Regierungs-, Partei- und Fraktionsspitzen haben die parlamentarischen Beratungen nun begonnen. Sie, die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, müssen am Ende entscheiden. Wir möchten Sie deshalb nachdrücklich auf unsere Bedenken hinweisen und Ihnen unsere Alternativen nahe bringen.

Die Koalition hat sich auf eine Gesundheitsreform verständigt, die von allen Seiten abgelehnt wird. Nach jüngsten Meinungsumfragen lehnen auch drei Viertel der Bevölkerung die Pläne für die Gesundheitsreform ab. Auch aus unserer Sicht ist der Kompromiss kein guter Kompromiss.

Ausgangslage

Bei der letzten Gesundheitsreform sollten die Kassenbeiträge bekanntlich noch sinken. Dafür zahlen die Versicherten und Patienten seit Jahren Praxisgebühren und höhere Zuzahlungen für Medikamente und Behandlungen. Die Beiträge sind aber nicht gesunken – zumindest nicht in der Fläche. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zahlen zusätzlich einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent vom Einkommen. Kurzum: Die letzte Gesundheitsreform brachte für die Beschäftigten, vor allem aber für Kranke immer höhere Belastungen – und zwar für diejenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die regulär – bis zur Versicherungspflichtgrenze – beschäftigt sind. Und das sind – leider – immer weniger.

Hier liegt das eigentliche Problem, im Übrigen nicht nur für die GKV. Das Problem, dass reguläre Arbeitsplätze – und zwar mehr als 1,5 Millionen Arbeitsplätze – in den letzten Jahren vernichtet oder durch prekäre Beschäftigung verdrängt worden sind. Die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die die solidarische Krankenversicherung mit ihren Beiträgen finanzieren, hat also deutlich abgenommen. Das wiederum bedeutet, dass den Krankenkassen immer mehr Einnahmen entgehen. Dazu gehört auch, dass die Löhne extrem unter Druck geraten sind und Urlaubs- oder Weihnachtsgelder gestrichen wurden. Auch das sind Beiträge zur GKV, die verloren gegangen sind. Wir haben also vor allem ein gravierendes Einnahmeproblem. Eine Gesundheitsreform muss deshalb dazu beitragen, dass die Einnahmehasis stabilisiert wird – und zwar langfristig. Wir fordern deshalb, dass andere Einkommen, z. B. Kapitaleinkünfte, mit in die solidarische Finanzierung einbezogen werden. Dann wären auch diejenigen mit im Boot, die andere bzw. die nur das Geld für sich arbeiten lassen. Und die Lasten wären endlich gerechter verteilt. Dazu gehört auch, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben in der GKV so finanziert werden, wie es sich gehört – nämlich über Steuern. Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum auch die über Sozialbeiträge finanziert werden und nicht alle dafür in die Pflicht gehen. Und es wäre ein Stück mehr Solidarität – allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die, die es besonders dicke haben, ihre Steuern auch tatsächlich zahlen. Insgesamt könnten die Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung so sogar kurzfristig stabilisiert werden. Und dazu bräuchte man nicht einmal einen Fonds.

Mogelpackung Steuerfinanzierung

Die Bundesregierung hat beschlossen, dass die Steuerzuschüsse für die GKV aus der Tabaksteuer gestrichen werden. Das sind 4,2 Milliarden Euro – und zusammen mit den Mehrbelastungen durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer fehlen der GKV nun zusätzlich über 5 Milliarden Euro. Die Bundesregierung hat also selbst beschlossen, dass Gesundheit teurer wird, denn dadurch – und nur dadurch – steigen die Beiträge im nächsten Jahr um mindestens 0,5 Prozent-

punkte. Wenn die Steuerzuschüsse nicht gestrichen werden, müssen die Beiträge auch nicht angehoben werden. Wir fordern, dass die Steuermittel für die GKV bleiben, damit die Beiträge gehalten werden können. Wir brauchen eine Ausweitung der Steuerfinanzierung – und dies darf nicht auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben werden.

Der Gesundheitsfonds

Die Koalition geht noch einen Schritt weiter – mit dem Gesundheitsfonds. Den Krankenkassen wird damit der Geldhahn abgedreht und ein einheitlicher Beitragssatz verordnet. Dabei sollen die Ausgaben nicht vollständig von diesen Beiträgen finanziert werden, sondern – wie es heißt – zu „mindestens 95 Prozent“. Das bedeutet, der Gesundheitsfonds ist bewusst darauf angelegt, dass die Einnahmen nicht reichen, um die Ausgaben zu decken. Die Bundesregierung soll ermächtigt werden, per Rechtsverordnung einen Einheitsbeitragssatz und künftige Erhöhungen festzulegen. Bundestag und Bundesrat haben dann nichts mehr zu sagen. Die Abgeordneten sollen spätestens drei Wochen vorher „unterrichtet“ werden. Unabhängig von der Höhe wird die – politisch gewollte – Deckungslücke einseitig auf die Versicherten abgeladen. Damit wird ein Teil der Krankenversicherung privatisiert. Und zwar nicht mehr häppchenweise über Zuzahlungen oder Ähnliches, sondern systematisch. Das ist dann die so genannte Zusatzprämie. Der Gesundheitsfonds bringt also gleich zwei Kopfpauschalen: Einmal als Einheitsbeitrag pro Kopf für die Krankenkassen – und wenn das Geld der Kassen nicht reicht, als Zusatzprämie für die Versicherten.

Härtefall Überforderungsklausel

Für die Zusatzprämie soll es eine so genannte Überforderungsklausel von einem Prozent geben. Doch die Kassen sollen nun 8 Euro ohne jede Einkommensprüfung eintreiben dürfen. Das heißt, Geringverdiener werden doppelt abkassiert – wer nur 400 Euro verdient, zahlt schon zwei Prozent. Wir begrüßen zwar, dass sich die Koalition darauf geeinigt hat, Sozialhilfeempfänger sowie Rentnerinnen und Rentner, die Leistungen nach der Grundsicherung beziehen, von Zusatzbeiträgen zu befreien – interessanterweise, indem sie von den Sozialhilfeträgern übernommen werden sollen. Dies reicht allerdings nicht aus. Auch das Sonderkündigungsrecht von ALG-II-Beziehern ist unzureichend. Nicht die Härtefallregelung ist das eigentliche Problem. Das eigentliche Problem ist die Kopfpauschale, denn diese sog. Zusatzprämie ist das einzige Ventil für zukünftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

Der Einheitsbeitrag: Risiken und Nebenwirkungen

Zwar kann auch der allgemeine Einheitsbeitrag angehoben werden, doch das wird praktisch unmöglich gemacht. Denn die Krankenkassen werden gezwungen sein, Zusatzprämien bei den Versicherten

einzutreiben oder Billigtarife anzubieten und Leistungen zu streichen. So werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Zweifel zwar offiziell „ausreichen“ – doch für die Versicherten bedeutet dies, immer mehr aus der eigenen Tasche zu zahlen. Die Politik ist dann fein raus. Und den Schwarzen Peter haben dann die Kassen. So plant es die Bundesregierung und verkündet medienwirksam schon heute, dass die Kassen nur anständig wirtschaften müssten – und so angeblich Zusatzprämien vermeiden könnten. Doch das geht gar nicht – oder wenn, dann einzig und allein, indem Leistungen gestrichen werden. Wie sollen denn die großen Versorgerkassen mit den vielen Kranken – also hohen Ausgaben – und Geringverdienern – sprich geringen Einnahmen – mit einer Internetkasse konkurrieren, die sich nur um junge, gesunde Gutverdiener kümmert? Diese Probleme kennt auch das Bundesgesundheitsministerium und räumt auf Fachveranstaltungen ein, dass beispielsweise die AOK Berlin nicht wirtschaftlich arbeiten könnte. Im Zweifelsfall könnte die Konsequenz sein, dass Kassen mit einer besonders problematischen Mitgliederstruktur die Leistungen für ihre Versicherten nicht mehr bezahlen können – und diese sich als neue „Unterschicht“ in der so produzierten Mehr-Klassen-Medizin fühlen müssen. Daran ändert sich auch nichts, wenn Versicherte die Möglichkeit erhalten sollen, die Kasse zu wechseln. Dadurch werden Probleme nicht gelöst, sondern nur verschoben – und das Niveau der Versorgung schrittweise auf breiter Front abgesenkt.

Wettbewerb ist nicht gleich Wettbewerb

Wettbewerb kann in verschiedenen Feldern positive Wirkungen haben. Doch dieser so genannte Wettbewerb, den der Gesundheitsfonds in Gang bringt, setzt völlig falsche Anreize: Der Run um die so genannten besten Risiken, um die Versicherten mit den geringsten Ausgaben, um die zahlungskräftigen „Kunden“ – das bedeutet „Rosinenpickerei“. Dann werden Marketing und Effekthascherei der Kassen die Qualität der Versorgung völlig an den Rand drängen. Um es den Kassen etwas leichter zu machen, auf Kundenfang zu gehen, soll es in Zukunft auch neue Tarife geben. Neue Tarife – das hört sich erst einmal toll an. Das, was in diesem Zusammenhang „Wahlfreiheit“ genannt, gilt nur für die Gesunden: Denn gemeint sind Selbstbehalte und Rückzahlungen, die Versicherte erhalten sollen, wenn sie keine Leistungen in Anspruch nehmen. Damit fehlt das nötige Geld für die, die auf die Leistungen der GKV angewiesen sind. Kranke werden so in Zukunft – wie Arbeitslose heute schon – nur noch als „Kunden“ behandelt. Doch wer krank ist, ist kein Kunde. Wer krank ist, braucht die bestmögliche Behandlung – und zwar unabhängig davon, ob er oder sie aus Sicht der Kasse ein „guter“ oder ein „schlechter“ Kunde ist. Mit dieser Art Wettbewerb wird der solidarischen Krankenversicherung nicht nur noch mehr Geld entzogen. Damit konzentriert sich der Wettbewerb vor allem darauf, Leistungen

zu vermeiden. Doch das hat mit Wirtschaftlichkeit, Effizienz oder gar Qualität der Versorgung nichts zu tun.

Dazu kommt die Abkehr vom Sachleistungsprinzip in der GKV: Auch dies wird „Wahlfreiheit“ für Versicherte genannt. In Wahrheit wird aber der Druck der Ärzte auf die Patienten zunehmen, die Kostenerstattung zu „wählen“. Ob die so entstehenden höheren Kosten von der Krankenkasse dann tatsächlich übernommen werden, steht auf einem ganz anderen Blatt. Leitragende sind dann in jedem Fall die Versicherten. Entweder werden sie bei den Behandlungen benachteiligt, wenn sie auf das Sachleistungsprinzip bestehen (weil sie sich die Vorkasse nicht leisten können). Oder sie werden in finanziell unkalkulierbare Risiken gedrängt, weil sie dringend medizinische Leistungen benötigen – und müssen sich möglicherweise dafür verschulden. Dieser Effekt würde sich noch deutlich verstärken, wenn die Verbandshaftung durch die geplante Einführung der Insolvenzordnung für die Krankenkassen abgelöst werden würde: Bislang können sich die Versicherten und die Leistungserbringer darauf verlassen, dass Leistungen, die sie im Auftrag von Körperschaften des öffentlichen Rechts erbracht haben, auch bezahlt werden. Auf dieser Basis funktioniert heute das Sachleistungsprinzip. Wenn eine Krankenkasse heute in eine finanzielle Notlage kommt, so werden diese Probleme von dem Verband aufgefangen, dem sie angehört. Bei der geplanten Einführung der Insolvenzordnung für die Krankenkassen würden Ärzte oder Krankenhäuser auf ihren Forderungen ganz oder teilweise sitzen bleiben, wenn eine Kasse Insolvenz anmelden muss. Dagegen können Leistungserbringer sich nur schützen, wenn sie entweder von den Krankenkassen oder den Versicherten verlangen, für die Behandlung in Vorkasse zu gehen. Die Folge könnte sehr schnell eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb der GKV sein: Kassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur und Finanzlage zur Vorkasse in der Lage sind, können ihren Versicherten gegenüber eine schnellere medizinische Versorgung garantieren.

Fazit

Im Zentrum dieser so genannten Gesundheitsreform stehen also nicht mehr die Kranken, die – unabhängig vom eigenen Einkommen – die solidarisch finanzierte Unterstützung brauchen. Diese so genannte Gesundheitsreform hat auch mit Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinne nicht mehr viel zu tun. Es geht um vorwiegend Umverteilung – zu Gunsten der Arbeitgeber und zu Lasten der Solidarität. Mit dem Gesundheitsfonds wird die Gesetzliche Krankenversicherung langsam, aber sicher ausbluten. Und dann haben wir bald die Drei-Klassen-Medizin. Denn die Zwei-Klassen-Gesellschaft zwischen GKV und PKV bleibt – nach den Plänen der Koalition – auch weiterhin bestehen. Dazu kommt aber eine Zwei-Klassen-Gesellschaft innerhalb der GKV: zwischen den jungen Gesunden, die ihre Beiträge zurückfordern – und den Alten und Kranken, für die kein Geld mehr

da ist und die sich die Behandlungen nicht leisten können. Das sprengt dann jede Solidarität.

Zusammengefasst verbergen sich im Gesetzentwurf für die Gesundheitsreform drei höchste problematische Tendenzen: erstens die Zentralisierung von Entscheidungen (bei der Bundesregierung), zweitens die (Teil)Privatisierung der GKV – sowohl der Leistungen wie auch der Sozialversicherungsträger – und drittens die Abwälzung aller finanziellen Risiken auf die Beitragszahler, insbesondere die Versicherten. Dies ist für den DGB inakzeptabel.

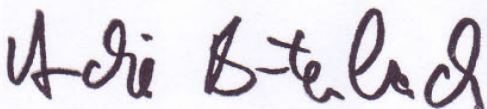
Alternativen

Wir haben unsere Kritik an den Plänen der Koalition stets mit unseren Alternativen verbunden. Wir wollen, dass die Solidarität gestärkt wird – und das muss schon am Arbeitsmarkt beginnen. Denn ein Hauptproblem ist die zunehmende Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse. Wir fordern deshalb eine neue Ordnung auf dem Arbeitsmarkt: Arbeit darf nicht arm machen und muss einen ausreichenden sozialen Schutz bieten.

Gleichzeitig brauchen wir eine Gesundheitsreform, durch die die Finanzierung der GKV auf eine langfristig tragfähige und sozial gerechte Grundlage gestellt wird. Dazu gehört, dass die Belastungen der GKV durch Verschiebebahnhöfe – immerhin 7,7 Mrd. Euro – beseitigt werden und ausreichend Steuermittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Verfügung gestellt werden. So kann auch die hausgemachte Beitragsanhebung für 2007 vermieden werden. Überfällig ist auch, dass die privaten Versicherungsunternehmen mit in den Finanzausgleich einbezogen werden. Wir brauchen endlich gleiche Bedingungen für GKV und PKV. Das verstehen wir unter Wettbewerb – und nicht eine Durchlöcherung der Solidarität durch Rosinenpickerei, Selbstbehalte oder den Ausstieg aus dem Sachleistungsprinzip.

Wir hoffen eindringlich, dass unsere Argumente Eingang in die parlamentarischen Beratungen finden werden. Für weitergehende Gespräche steht Ihnen der DGB gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Annelie Buntenbach