



Gesundheitsladen - Stellungnahme zum Koalitionsvertrag von CDU/CSU/FDP

Abkehr vom Solidarprinzip?

Wie werden in Zukunft Gesundheitsleistungen für gesetzlich Versicherte finanziert? Welche Auswirkungen haben einheitliche einkommensunabhängige Beiträge und die Reduzierung der Leistungen auf eine „Grundversorgung“? Der Koalitionsvertrag lässt noch viel Spielraum für Interpretationen offen.

Die Ergebnisse der Koalitionsvereinbarungen von CDU/CSU/FDP sind nun auf dem Tisch. Auffallend sind die geplanten scharfen Einschnitte in das über viele Jahrzehnte mühsam aufgebaute Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Während andere Länder sich um den Aufbau einer solidarischen Gesundheitsversorgung nach deutschem Modell bemühen, wird es bei uns schrittweise abgebaut. Einschneidende Änderungen sind ab 2011 zu erwarten und werden besonders Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen treffen.

Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – Abkehr vom Solidarprinzip

Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, einen einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag einzuführen, den die Krankenkassen festlegen können. Die BAGP sieht hierin die Einführung einer „Kopfpauschale“, die früher schon als ungerecht und unsolidarisch kritisiert wurde. Zudem sollen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Beiträge nach Bedarf erhöhen können. Die Koalition strebt an, die paritätisch finanzierten Lohnzusatzkosten unter 40% zu halten. Die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sollen für Arbeitgeber begrenzt werden. Das bedeutet: steigende Kosten für Gesundheitsleistungen werden alleine von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu tragen sein. Bisher zahlen Arbeitgeber 7 %, Arbeitnehmer 7,9 % der insgesamt 14,9 % GKV Beiträge. Eine rein paritätische Finanzierung ist schon jetzt nicht mehr gegeben und es ist fraglich, ob über Steuermittel ein gerechter sozialer Ausgleich hergestellt werden kann.

Eine Stärkung der Privaten Krankenversicherung schwächt das Solidarsystem

Der Wechsel in die Privatversicherung wird einfacher. Bislang war die Voraussetzung für den Wechsel ein Einkommen, das drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze lag. Jetzt reicht bereits eine einjährige Überschreitung aus. Es ist zu befürchten, dass besonders gesunde, junge und gut verdienende Menschen zur PKV wechseln und damit aus der solidarischen Unterstützung aussteigen. Der Anreiz wird noch größer, sollten die Beträge für die GKV weiter steigen. Unter solchen Voraussetzungen verbleiben vorrangig Versicherte mit niedrigem Einkommen und chronisch Kranke, die von der PKV abgelehnt werden, im System der GKV.

Die Begrenzung der GKV-Leistungen und zunehmende Angebote für Zusatzversicherungen führen dazu, dass immer mehr Leistungen – auch für gesetzlich Versicherte - in die private Absicherung verschoben werden.

Zusätzliche Kosten für die Private Altersvorsorge

Zu den gesetzlichen Abgaben für die Pflegeversicherung soll zukünftig jede/r Versicherte eine private Absicherung für den Pflegefall abschließen. Diese private Pflegeversicherung ist verpflichtend. Auch hier kommen zusätzliche finanzielle Belastungen auf alle Versicherten zu. Die Annahme, eine zusätzliche private Versicherung verbessere die Pflegeleistung, verschleiert nur, dass gesetzliche Leistungen auf eine Grundversorgung reduziert und private Leistungen je nach persönlicher Finanzkraft zugekauft werden sollen. Dies nutzt vor allem der privaten Versicherungswirtschaft und den besser Verdienenden.

Wer zahlt in Zukunft die Zeche?

Es ist abzusehen, dass die Gesundheitskosten weiter steigen werden. Die Demografie, der medizinische Fortschritt und Profitstreben der Anbieter lassen dies erwarten. Bei gleichzeitig sinkenden Einnahmen der GKV können die Leistungen für gesetzlich Versicherte mittelfristig gesehen auf eine medizinische Grundversorgung beschränkt werden. Dies wird auch deutlich durch das Vorhaben, in Zukunft Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Mehrkosten oder nur noch mit Festzuschüssen zu belegen. Ähnlich wie beim Festzuschuss für Zahnersatz, den Festpreisen für Arznei- oder Hilfsmittel oder Zuzahlungen zu Leistungen der Rehabilitation, werden Patienten zusätzlich privat zur Kasse gebeten. Solche Regelungen bringen die gesetzliche Gesundheitsversorgung auf ein minimales Niveau und verlagern die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in die private Finanzierung.

Durch die angestrebten Neuregelungen der Koalition wird eine Zweiklassen-Medizin noch weiter befördert

Die Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten wird bereits heute von Patientinnen und Patienten beklagt. Viele Ärzte haben die Leistungen für Ihre Kassenpatienten reduziert, Termine mit extrem langen Wartezeiten vergeben und ersatzweise mehr und mehr Privatleistungen angeboten. Noch nie wurden gesetzlich Versicherte so häufig privat zur Kasse gebeten. Der Gesundheitsladen sieht hier seitens der Koalition noch erheblichen Nachbesserungsbedarf, um dieser Entwicklung nicht weiter Vorschub zu leisten.

Begrüßenswerte Elemente der Koalitionsvereinbarung für Patientinnen und Patienten

- Die Rechte der Patientinnen und Patienten sollen in einem Patientenschutzgesetz gestärkt werden. Diese Maßnahme zur Stärkung der Patientenrechte begrüßen wir ausdrücklich, hiermit wird eine wichtige Forderung der unabhängigen Patientenorganisationen aufgenommen.
- Ebenfalls vorgesehen sind die Weiterführung und der Ausbau der unabhängigen Patientenberatung. Dadurch wird die Transparenz im Gesundheitssystem für die Bürgerinnen und Bürger erhöht und die Patientinnen und Patienten werden in ihren Anliegen bestärkt.
- Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird gestoppt. Die neue Koalition möchte zuerst anhand der vorhandenen Erfahrungen in den Testregionen den Nutzen und Sinn der Karte prüfen. Das ist aus unserer Sicht ein vernünftiges Vorgehen, mit dem eventuell unnötige Ausgaben vermieden werden.

Fazit:

Bereits die Einführung der Gesundheitsreform ab 2007 hat das Prinzip „Gesund für krank, jung für alt, reich für arm“ ins Schwanken gebracht. Durch die Vorhaben der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU/FDP würde das Grundprinzip des Solidarsystems gekippt.

Längst nicht mehr alle Bürgerinnen und Bürger können sich eine angemessene medizinische Versorgung leisten. Zuzahlungen und Selbstbeteiligung bei Zahnersatz, Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln oder die Praxisgebühr machen Druck auf diejenigen, die niedrige Einkommen haben.

Die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und auch auf deren Qualität werden verheerend sein, wenn ein Großteil der Bevölkerung nur noch eine „Grundversorgung“ bekommt. Die jetzt schon falsch gesetzten Anreize, privat Versicherte vorzuziehen, IGeL-Leistungen und andere Privatleistungen für Besserverdienende anzubieten, werden verstärkt.

Stellungnahme Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

Der Gesundheitsladen warnt ausdrücklich vor den Folgen dieser unsolidarischen Tendenzen und wird sich für ein starkes Bündnis gegen eine Aushöhlung des Solidarsystems einsetzen. Gleichzeitig fordert sie die Koalition zu stärker an Patienten orientierten Nachbesserungen auf. Die BAGP ist gerne bereit für eine patientengerechte Gestaltung des Gesundheitssystems ihre Erfahrungen aus 25 Jahren unabhängiger Patientenberatung einzubringen.

3.11.2009

V.i.S.d.P.: Judith Storf, BAGP, Breite Str. 8, 33602 Bielefeld, Tel. 0521-133569