

07.12.2010

Antrag

**der Fraktion der SPD
und der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen**

Solidarische Gesundheitsversorgung erhalten – Bürgerversicherung einführen

I. Ausstieg aus der Solidarität - die GKV auf dem Weg zur Kopfpauschale

Auf insgesamt 13 Milliarden Euro summieren sich die Zusatzbelastungen, die die gesetzlich Krankenversicherten tragen müssen, wenn sich die Bundesregierung mit ihren Reformvorhaben durchsetzt. So soll nach den Plänen der schwarz-gelben Bundesregierung der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im nächsten Jahr von 14,9 auf 15,5 Prozent steigen.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden damit mit jeweils 3,2 Milliarden Euro belastet. Die Parole "mehr Netto vom Brutto" entpuppt sich als plumpe Wahlkampfplüge. Vor allem Durchschnitts- und Geringverdiener werden in einem nie gekannten Ausmaß belastet. Für die Arbeitgeber soll das aber die letzte Beitragserhöhung bleiben – ihren Beitragsanteil will die Koalition danach dauerhaft einfrieren. Ihr allmählicher Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens wäre damit vorgezeichnet.

Darüber hinaus will die Bundesregierung die Krankenversicherung zu einem Kopfpauschalensystem umbauen. Inzwischen werden zwar Zusatzbeiträge von einer ganzen Reihe von Krankenkassen erhoben. Allerdings gilt bisher eine Belastungsobergrenze von einem Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens. Diesen Deckel will die Bundesregierung abschaffen. Die Kassen sollen Zusatzbeiträge in nicht begrenzter Höhe verlangen dürfen.

Ab 2012 sollen die Steigerungen der Gesundheitsausgaben ohne Arbeitgeberbeteiligung nur noch von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern

Datum des Originals: 07.12.2010/Ausgegeben: 07.12.2010

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

sowie von den Rentnerinnen und Rentnern bezahlt werden. Dies in erster Linie über pauschale Zusatzbeiträge. Daraus werden dann sehr schnell große Kopfpauschalen.

Zwischen 2007 und 2010 haben sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um fast 20 Milliarden Euro erhöht. Wäre dieser Anstieg über Zusatzbeiträge finanziert worden, würden diese heute im Durchschnitt bei 400 Euro im Jahr liegen – mehr als 33 Euro im Monat. Und das nach nur drei Jahren.

Ab dem Jahr 2015 sollen dem Gesundheitsfonds zur Finanzierung des Sozialausgleichs zusätzliche Bundesmittel zufließen. Deren Höhe wird 2014 gesetzlich festgelegt.

So findet die von Gesundheitsminister Rösler angekündigte Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs wenigstens bis 2014 nicht statt. Auch weiterhin wird der Sozialausgleich innerhalb des Krankenversicherungssystems finanziert – allerdings wesentlich lückenhafter und weitaus verwaltungsaufwändiger als bisher. Der im Haushaltsbegleitgesetz 2011 vorgesehene einmalige Sonderzuschuss von 2 Milliarden Euro kann nicht zugleich der Schließung der Deckungslücke im Gesundheitsfonds und der Finanzierung des Sozialausgleichs dienen. Was angesichts von Rekordverschuldung und Schuldenbremse ab dem Jahr 2015 geschieht, ist zudem derzeit überhaupt nicht abzusehen. Außer einer bloßen Absichtserklärung gibt es seitens der Bundesregierung keine bindende Festlegung für die Finanzierung des Sozialausgleichs ab 2015.

II. Solidarische Gesundheitsversicherung ist in der Bevölkerung verankert

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein im Grundsatz akzeptiertes Sozialsystem, das allen ihren Versicherten einen bezahlbaren Schutz im Krankheitsfall bietet – unabhängig davon, wie viel Geld sie insgesamt eingezahlt haben. Ob bei Erwerbslosigkeit, bei der Familienarbeit, bei wechselhaften Berufsbiografien oder im Alter – die GKV passt zu einem sich ändernden und wechselhaften Arbeits- und Privatleben. Dabei trifft insbesondere der einkommensabhängige Solidarausgleich in der Bevölkerung auf eine hohe Zustimmung. Insbesondere kommt die Modernität und Zukunftsfähigkeit der GKV durch ihre übergreifende Risikosolidarität zum Ausdruck. Versicherte der GKV werden nicht nach Alter, Geschlecht oder Vorerkrankung diskriminiert.

Allerdings weist die GKV sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite Strukturdefizite auf. In den letzten 20 Jahren war ein stetiger Anstieg der Beiträge zu verzeichnen. Dabei hat sich die Entwicklung der GKV als stark abhängig von der Lage auf dem Arbeitsmarkt erwiesen. Ein Kernproblem dabei ist, dass die Einnahmehasis immer geringer wird, weil die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten seit Jahren deutlich zurückgeht und zugunsten von Niedriglöhnern verdrängt wird. Die Besserverdienenden können sich im System der privaten Krankenversicherungen versichern und sich dadurch der solidarischen Finanzierung im Rahmen der GKV entziehen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt einseitig durch Beiträge auf Löhne, Renten und Arbeitslosengeld. Dagegen bleiben Vermögenseinkommen und Gewinne beitragsfrei. Das ist unsolidarisch, führt zu unnötig hohen Beiträgen und gefährdet die Fähigkeit der Krankenversicherung, den wachsenden Anforderungen durch den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt gewachsen zu sein.

Überdies können sich ausgerechnet die wirtschaftlich Leistungsstärksten und im Durchschnitt auch gesündesten Bevölkerungsgruppen dem Solidarausgleich entziehen. Diese Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes in gesetzliche und private Krankenvollversicherungen ist ungerecht.

Vorkassensystem führt zu einer Drei-Klassen-Medizin

Mit der vorgesehenen Vorkassenregelung wird das Gesundheitssystem von der schwarz-gelben Bundesregierung darüber hinaus zu einem Drei-Klassen-System umgebaut. In Zukunft droht, dass nur noch Privat- und Vorkassepatientinnen und -patienten rechtzeitig Termine erhalten. Erfahrungen aus dem System der PKV zeigen, dass Vorkasse nicht zwingend zu mehr Transparenz und Einsparungen führt ganz sicher aber zu Mehrausgaben. Experten schätzen, dass sich die Abrechnungen um ca.30% zu Lasten der Versicherten verteuern werden. Diese müssen für die Mehrkosten der überbteuerten Rechnungen alleine aufkommen.

III. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz ist völlig unzureichend – Pharmaunternehmen haben weiter bei der Preisgestaltung freie Hand

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) der schwarz-gelben Bundesregierung wird der Anspruch auf eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes nicht erfüllt. Ein Beitrag zur Qualitätstransparenz des Arzneimittelangebotes fehlt. Auch weiterhin sollen nutzlose Medikamente verordnungsfähig bleiben. Unverändert können Pharmahersteller zum Markteintritt die Preise völlig frei festlegen.

Der Gesetzentwurf der schwarz-gelben Bundesregierung hält daran fest, dass die Pharmahersteller, im Gegensatz zur Praxis in den allermeisten europäischen Staaten, die Preise für ihre Produkte weiterhin eigenständig festlegen können und dabei an keinerlei Kriterien gebunden sind. Die neu eingeführten Verhandlungen über Erstattungsbeiträge, die als Rabatte auf die Abgabepreise der Pharmaunternehmen gestaltet sind und ein Jahr nach Markteinführung greifen sollen, bieten massive Anreize dafür, die Preise nach oben zu treiben. So ist davon auszugehen, dass die Pharmahersteller mit möglichst hohen Preisen in den Markt eintreten werden, um ihre Anfangserträge zu maximieren und um die Ausgangsbasis für die Verhandlungen mit den Krankenkassen möglichst hoch zu stecken.

Hinzu kommt, dass mit den geplanten Änderungen, insbesondere durch die Einführung von Mehrkostenregelungen, die Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen deutlich erschwert wird. Dies wird zur Folge haben, dass Einsparungen bei den Arzneimittelkosten, wie sie etwa in diesem Jahr von den

Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) hin Höhe von 520 Millionen Euro erzielt werden konnten, kaum mehr möglich sein werden.

Die Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts für Einzelverträge sowie die Änderung des Rechtswegs weg von der Sozial- hin zur Zivilgerichtsbarkeit wird die Versicherungs- und Versorgungslandschaft der GKV-Versicherten quasi durch die Hintertür weiter privatwirtschaftlichen Regelungsinstrumenten unterwerfen, was dem öffentlichen Gut der Gesundheitsabsicherung nicht gerecht wird.

Zudem ist die Öffnung der Verträge der Integrierten Versorgung für Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller zur Sicherung der Versorgungsqualität kontraproduktiv, da hierdurch Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller direkten Zugriff auf die Inhalte von integrierten Versorgungsverträgen erhalten und damit die Gefahr von Fehlanreize bspw. eine einseitige Fokussierung auf Arzneimitteltherapien evident wird.

IV. Der Landtag stellt fest:

1. Die mit der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung verbundene Zweiklassenmedizin muss überwunden und eine solidarische Krankenversicherung für alle geschaffen werden.
2. Die Behebung von Gerechtigkeitslücken in der Krankenversicherung muss durch die Weiterentwicklung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung erfolgen. Ziel muss es sein, Gerechtigkeit mit nachhaltiger Finanzierung, Sozialstaatlichkeit mit Wettbewerb und Sicherheit für alle mit mehr Wahlfreiheit zu verbinden.
3. Erforderlich ist, die solidarische Gesundheitsversorgung durch eine Bürgerversicherung zu sichern, bei der alle Bürgerinnen und Bürger in eine gemeinsame Gesundheitsversorgung einbezogen sind. Hierzu gehört auf der Finanzierungsseite der Krankenversicherung eine Ausweitung der Finanzierungsbasis auf alle Einkunftsarten und die Einbeziehung der privat Krankenversicherten in den Solidarausgleich. Damit würde die Finanzierung der Krankenversicherung nachhaltiger und gerechter. Außerdem würde durch die Ausweitung der Finanzierungsbasis der Druck auf die Arbeitskosten deutlich geringer.
4. Die Bürgerversicherung wird nicht wie im bisherigen System negative Anreize zur Aufnahme einer Berufstätigkeit von Frauen setzen und ist neutral gegenüber allen gewählten Arbeitsteilungen bei Ehepaaren und eingetragenen Lebenspartnerschaften. Ein Beitragssplitting soll die bisherige Ungleichbehandlung beheben und dafür sorgen, dass Ehepaare sowie eingetragene Lebenspartnerschaften mit identischem Gesamteinkommen auch identische Krankenversicherungsbeiträge zahlen.

5. Durch diese Ausweitung würden Gerechtigkeitslücken geschlossen, eine nachhaltige Grundlage für die Finanzierung des Solidarsystems geschaffen sowie ein wesentlicher Beitrag zur Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems geleistet.
6. Notwendig ist es weiterhin die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung paritätisch je zur Hälfte durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu finanzieren. Damit werden auch die Arbeitgeberinnen- und Arbeitgeber gleichermaßen in der Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitswesens belassen und somit die Risiken von Kostensteigerungen nicht einseitig auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verlagert.
7. Notwendig sind weiterhin wirksame Regelungen zur Preisbegrenzung bei den Arzneimitteln. Das verabschiedete Gesetz für ein Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz erfüllt diese Aufgabe nicht.

V. Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

1. Sich auf Bundesebene und insbesondere durch entsprechende Bundesratsinitiativen dafür einzusetzen, dass
 - die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wieder hergestellt,
 - die weitere Belastung von Versicherten durch Zuzahlungen, Zusatzbeiträge und Leistungsausgrenzungen verhindert und
 - die gesetzliche Krankenversicherung nicht zu einem Kopfpauschalensystem umgebaut wird.
2. Sich dafür einzusetzen, dass das Ziel eine solidarische Bürgerversicherung einzurichten mit Nachdruck verfolgt und eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht wird, mit der schrittweise eine solidarische Bürgerversicherung eingeführt wird. Dabei sind folgende Aspekte zugrunde zu legen:
 - Trennung zwischen gesetzlichen und privat Versicherten überwinden und alle Einwohnerinnen und Einwohner in die Bürgerversicherung einbeziehen,
 - paritätische Finanzierung der Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung beibehalten und
 - alle Einkommensarten zur Finanzierung des Solidarsystems der Bürgerversicherung mit heranziehen.

3. Sich für die Überarbeitung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes einzusetzen, die u.a. vorsieht, dass
- der bei Markteinführung eines Arzneimittels zu zahlende Preis durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage einer Empfehlung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung aller Studien als Höchstpreis festgesetzt wird,
 - der Gemeinsame Bundesausschuss eine Positivliste aller Arzneimittel erstellt, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können,
 - auf die Einführung einer Mehrkostenregelung verzichtet wird,
 - eine umfassende Pflicht zur Veröffentlichung von allen laufenden, abgebrochenen und abgeschlossenen Studien und Studienergebnissen festschreibt und eine schnelle Nutzenbewertung auch für bereits verordnungsfähige Arzneimittel vorsieht, die von erheblicher Bedeutung für die Patientinnen- und Patientenversorgung sind und hohe Ausgaben verursachen,
 - ein nationales, international kompatibles und öffentlich zugängliches Studienregister eingerichtet wird, das alle Arzneimittel aus den Phasen II, III und IV ab dem Zeitpunkt der Beantragung der Studien enthält,
 - die Ausweitung der Vertragspartner von Verträgen der integrierten Versorgung auf Pharmaunternehmen und Herstellern von Medizinprodukten unterbleibt,
 - der Zugang zu den Leistungen der „Unabhängigen Patientenberatung“ (UPB) kontinuierlich verbessert und in der nächsten Ausbaustufe ab dem kommenden Jahr pro 2,5 Millionen Einwohner je eine Beratungsstelle eingerichtet wird.

Norbert Römer
Britta Altenkamp
Heike Gebhard
Michael Scheffler

und Fraktion

Reiner Priggen
Sigrid Beer
Arif Ünal
Martina Maaßen
Verena Schäffer

und Fraktion