

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0074(30)  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Blöcke I+II  
19.10.2010



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme**

### **der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zum

**Geszentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

### **Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) BT-Drs. 17/3040**

und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE

### **Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen BT-Drs. 17/1238**

**Zur Anhörung am Montag, 25. Oktober 2010**

**Berlin, 15. Oktober 2010**

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,  
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## Allgemeiner Teil

### **Problem und Ziel**

Als Ziel des Gesetzentwurfs wird genannt, dass das prognostizierte Defizit von 11 Mrd. Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung behoben werden soll. Des Weiteren sollen strukturelle Probleme des Finanzierungssystems für die Zukunft gelöst werden, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung zu erhalten, Arbeitsplätze nicht durch steigende Lohnkosten zu gefährden und Instabilität durch konjunkturelle Schwankungen auf der Einnahmeseite zu vermeiden.

Das Finanzierungssystem der GKV soll wettbewerbsfreundlicher ausgestaltet werden durch eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen und einen funktionsfähigen Sozialausgleich.

Weiterhin soll eine hochwertige Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall für jede Bürgerin und jeden Bürger unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation garantiert werden.

Die Gewerkschaft ver.di sieht Bedarf die Einnahmesituation der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Zudem gilt es, durch strukturelle Veränderungen die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten und einen wirtschaftlichen Einsatz der Beiträge der Versicherten zu erreichen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf wird jedoch diesem Anspruch nicht gerecht. Das prognostizierte Defizit wird nicht behoben. Es wird allenfalls – im Wesentlichen durch eine Nullrunde bei Krankenkassen und eine verschärfte Budgetierung bei den Krankenhäusern – auf die Zeit nach 2011/2012 verschoben.

Dagegen stellt der Gesetzentwurf einen erheblichen Eingriff in das Solidaritätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Es handelt sich nicht um eine Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung, sondern um einen Systemwechsel. Es erfolgt ein Umstieg auf rasch anwachsende Kopfpauschalen. Die Lasten werden ungleich allein auf die Versicherten und dort vor allem auf diejenigen mit den niedrigsten Einkünften und Renten verteilt. Der Gesetzentwurf entspricht nicht der Sozialstaatsverpflichtung des Einkommens in Artikel 14 Abs. 2 GG. Dieser wird systematisch über die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Beteiligung am Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger realisiert. Mit der Festschreibung des Arbeitgeberanteils werden die Arbeitgeber aber für die gesamte zukünftige Kostenentwicklung von der Eigentumsverpflichtung befreit.

Auch enthält der Gesetzentwurf keinerlei Maßnahmen, die geeignet sind, strukturelle Probleme im Interesse der Patientinnen und Patienten zu lösen. Jegliche Innovation fehlt. Alte sektorale Strukturen, die in der Vergangenheit zu Schnittstellenproblemen führten, werden vielmehr durch Zugeständnisse an einzelne Akteursgruppen im Gesundheitswesen zementiert.

Die Darstellung, dass eine Reformnotwendigkeit auch bestehe, weil durch steigende Beiträge und in der Folge steigende Lohnkosten Arbeitsplätze gefährdet seien, wird durch Wiederholung nicht richtiger: Der Arbeitgeberanteil an der GKV beträgt nach Berechnung der Handwerkskammer Stuttgart bei einer Handwerkerstunde von 54,15 Euro gerade 98 Cent.

Durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen würde der Arbeitgeberanteil an der Krankenversicherung zwar leicht ansteigen auf 1,02 Euro. Dann aber wird er dauerhaft eingefroren. Eine Gefahr für Arbeitsplätze besteht durch den moderaten Arbeitgeberanteil nicht. Dagegen werden durch das geplante Gesetz Arbeitsplätze in der Gesundheitsbranche durch Nullrunde und verschärfte Budgetierung massiv gefährdet. Es liegen empirisch gesicherte Untersuchungen vor, dass mit jedem Euro Umsatz in der Gesundheitsbranche etwa fünfmal so viele Arbeitsplätze geschaffen werden, wie beispielsweise in der Automobilindustrie.

Sehr kritisch steht ver.di zur Ausgestaltung des Zusatzbeitrags als rasch anwachsende Kopfpauschale. Anstatt die bisherigen in der Bevölkerung nicht akzeptierten Zusatzbeiträge abzuschaffen, werden sie ausgeweitet und den Krankenkassen als mehr Beitragsautonomie angeboten. Tatsächlich ist diese Beitragsautonomie auf die Erhebung des Zusatzbeitrags beschränkt. Eine Maßnahme zu mehr Wettbewerb um Qualität ist das nicht. Allenfalls wird dadurch eine Konkurrenz um bestimmte Mitgliedergruppen mit erheblichen Wettbewerbskosten gefördert. Kassen werden verpflichtet, eine Politik mitzutragen, die den Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung vorantreibt. Der Sozialausgleich muss bis 2014 von den Mitgliedern der GKV alleine erbracht werden. Er entspricht noch nicht einmal den selbstgesteckten Zielen des Bundesgesundheitsministers. Eine Steuerfinanzierung wird erst ab 2015 in Aussicht gestellt. Ob und in welchem Umfang sie tatsächlich kommt soll erst 2014 entschieden werden.

Das Ziel einer hochwertigen Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall für jede Bürgerin und jeden Bürger, unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation, das mit dem Gesetzentwurf erreicht werden soll, wird mit den dann folgenden Gesetzesänderungen erst gar nicht aufgegriffen.

## **Lösung**

Als konkrete Lösung werden im Gesetzentwurf vorgesehen:

1. Eine Ausgabenbegrenzung
2. Die Stärkung der Finanzierungsgrundlagen
3. Ein gerechter Sozialausgleich.

### 1. Ausgabenbegrenzung

Die Ausgabenbegrenzung soll wesentlich durch Krankenkassen und Krankenhäuser geschultert werden.

Bei den Krankenhäusern soll dies 2011 und 2012 mit einer verschärften Deckelung durch eine Halbierung der ohnehin geringen Steigerungsraten und einer Zwangsabsenkung auch bei vereinbarten Mehrleistungen erreicht werden. Problem in den Krankenhäusern sind jedoch vor allem die nicht mit den Krankenkassen vereinbarten Mehrleistungen, die zudem im Folgejahr zwangsweise in den Vereinbarungen berücksichtigt werden müssen. Der Ansatz im Gesetzentwurf ist daher falsch. Verhandlungslösungen zur Menge und Qualität der Leistungen werden damit nicht gefördert.

Die im letzten Jahr nach massivem Personalabbau vor allem in der Pflege durchgeführten Erhöhungen bei den KH werden im Ergebnis zu zwei Drittel rückgängig gemacht. Die Halbierung der Budgetsteigerung erfolgt vor dem Hintergrund, dass zudem die für 2011 vorgesehene Ablösung der Budgetierung durch einen Orientierungswert nicht umgesetzt wird. Damit müssten die Kliniken mit rund 2,5 Mrd. Euro die Hauptlast der geplanten Einnahmebeschränkungen tragen. Neuerlicher massiven Personalabbau in den Krankenhäusern wäre die unweigerliche Folge. Bis zu 50.000 Stellen in der stationären Versorgung sind dadurch direkt gefährdet. In zahlreichen – vor allem auch den patientennahen – Bereichen wird dadurch die Arbeitsbelastung der Beschäftigten im Krankenhaus in unzumutbarer Weise erhöht. Erst 2009 ist nach massiven Protesten das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz dahingehend verändert worden, dass das Statistische Bundesamt gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG erstmals zum 30. 6. 2010 einen Wert für Krankenhäuser vorlegt, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigt (Krankenhauswarenkorb). Dieser Wert ist bislang nicht veröffentlicht worden.

Diese Bestimmung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, mit der bewusst die Finanzausstattung der Krankenhäuser verbessert und die Budgetierung abgelöst werden sollte, wird nicht umgesetzt, obwohl ein Bedarf besteht.

Gerade im Bereich der Krankenpflege haben die Belastungen das Maß des Erträglichen weit überschritten. Nach den aktuellen Erhebungen des Deutschen Instituts für Pflegeforschung kommt es unter diesen Belastungen immer öfter auch zu Gefährdungssituationen für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Nach den Untersuchungen im Rahmen des „DGB Indexes Gute Arbeit“, glauben nur noch 23 Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, dass sie ihren Beruf bis zum Rentenalter ausüben können. Dies liegt weit unter dem Wert der meisten anderen Branchen.

Während in den Jahren 2009 und 2010 durch Übergangsmaßnahmen im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz und durch eine relativ hohe Veränderungsrate sowie im investiven Bereich (Konjunkturprogramm II) der Budgetdeckel entlastet, bzw. gelüftet wurde, säße er dann 2011 wieder eng und fest. Die Finanzausstattung der Krankenhäuser fiel zurück in die Zeit vor dem KHRG.

Der unter den DRGs bestehende ökonomische Anreiz für Krankenhäuser zur Fallzahlsteigerung und eine Nullrunde für die Krankenhäuser, wie sie die geplanten Maßnahmen im Ergebnis darstellen, ist eine explosive Mischung, die Qualität in der Versorgung und gute Arbeit zerstört. Anstelle zweifellos erforderlicher Strukturreformen mit denen eine bedarfsnotwendige und wirtschaftliche Versorgung ermöglicht wird, fallen die vorgesehenen Maßnahmen zurück in eine Kostendämpfung, die sich bereits in den 70er und 80er Jahren als nicht nachhaltig erwiesen hat. Von einer intelligenten Strukturreform ist dies meilenweit entfernt. Die Maßnahme wäre auch ein völlig falsches Signal an junge Menschen, die sich überlegen den Pflegeberuf oder einen anderen Gesundheitsberuf zu ergreifen.

Besonders betroffen von der Budgethalbierung ist die personalintensive Psychiatrie (etwa drei Viertel der Ausgaben sind Personalkosten), die gerade in der Umstellung auf Tagespauschalen ist. Damit gibt es langfristig zu niedrige Pauschalen – zu Lasten des Personals. Die gerade vor wenigen Wochen in Artikel 3 des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften beschlossenen Klarstellungen zu § 6 der Bundespflegegesetzverordnung (Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung) wären ihrer Wirkung beraubt.

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sollen zwei Jahre lang (2011/2012) eingefroren und dadurch je 300 Mio. Euro in 2011 und 2012 weniger ausgegeben werden. Zugleich erhalten die Kassen, u.a. im Zusammenhang mit der Erhebung der Zusatzbeiträge und der Säumniszuschläge vermehrte Pflichtaufgaben. Würde dazu das Personal aus dem bisherigen Bestand eingesetzt, wäre die Beratung für die Versicherten kaum noch zu gewährleisten. Innovative Versorgungsformen blieben auf der Strecke. Zusätzlich würde noch mehr Druck auf Arbeitsplätze, Arbeitsbedingungen und auf Tarifverträge entstehen. Auch vor dem Hintergrund der sparsamen Mittelverwendung im Bereich der Verwaltungsausgaben bei der Gesetzlichen Krankenversicherung – zwischen 5,5 und 6 Prozent – ist eine Doppelnullrunde nicht angezeigt. Im Vergleich dazu werden bei der Privaten Krankenversicherung 14,6 Prozent der Beitragseinnahmen für die Verwaltung benötigt.

Im Gegensatz zu diesen großen Blöcken für die vorgesehene Kostenbremsung wird zwar für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung als Maßnahme die Begrenzung extrabudgetär zu vergütender Leistungen unter Ausschluss von Kostenrisiken genannt, jedoch nicht mit einem konkreten Betrag beziffert. Zwischenzeitlich wurden für die Vertragsärzt/innen deutliche Vergütungserhöhungen mit einem Volumen von mehr als 1 Mrd. Euro vereinbart. Gleichzeitig stellt das BMG in einer gemeinsamen Presseerklärung des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesärztekammer vom 27. August 2010 den Kassenärzten Einnahmeverbesserungen durch eine Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab 2011 in Aussicht, wonach vermehrt durch Kostenerstattung der Patienten Mehreinnahmen generiert werden könnten. Dies ist mit den Änderungsanträgen von CDU/CSU und FDP in diesen Gesetzentwurf eingeflossen.

Lediglich bei der Vergütung der Hausärzte wird ein Sparbetrag genannt. Demnach sollen bis zu 500 Mio. Mehrausgaben durch Begrenzung des Vergütungsniveaus durch Vorgaben zur Ausgestaltung der Hausarztverträge erreicht werden. Mit den Verträgen der Krankenkassen konnte bisher eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten, z.B. durch Vereinbarung von Qualitätsstandards, kürzeren Wartezeiten oder Abendsprechstunden für gesetzlich Versicherte erreicht werden – allerdings in der Regel mit deutlich höheren Vergütungen. Der Gesetzgeber schränkt die Vertragsfreiheit zwischen Hausärzten und Kassen mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen ein. Die Versicherten werden jedoch dadurch nicht entlastet. Vielmehr handelt es sich um eine Umverteilung zwischen Fach- und Hausärzten.

Ebenso ist vorgesehen, dass sich Punktwerte und Gesamtvergütung bei der Zahnbehandlung (ohne Zahnersatz) nur um die Hälfte der Grundlohnrate erhöhen dürfen. Der relativ kleine Betrag (20 Mio. Euro in 2011 und 40 Mio. Euro in 2012) dürfte allerdings zu verschmerzen sein. Einerseits wird den Kassenzahnärzten ebenfalls eine Vergütungsreform mit noch mehr Möglichkeiten Kostenerstattung der Versicherten in Anspruch zu nehmen, durch die genannten Änderungsanträge ermöglicht. Andererseits sollen sie eine gesetzliche Ost/West-Angleichung in den Jahren 2013/2014 in Höhe von jeweils 2,5 Prozent in den neuen Bundesländern und um jeweils 2 Prozent in Berlin erhalten. Sie wären damit die einzige Berufsgruppe, bei denen die Höhe des Ausgleichs vom Gesetzgeber festgelegt wurde. Für andere Berufsgruppen (z.B. Personal in Krankenhäusern) musste der Ausgleich im Wege von Tarifverhandlungen durchgesetzt werden.

## 2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 7,3 Prozent erhöht und auf diesem Niveau eingefroren. Die Versicherten zahlen mit 8,2 Prozent dauerhaft 0,9 Prozentpunkte mehr. Über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen sollen allein durch pauschale Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Die Höhe des Zusatzbeitrags bestimmt jede Krankenkasse selbst (so genannte Finanzautonomie!).

Die Zusatzbeiträge werden zur Kopfpauschale, die jede Krankenkasse unabhängig vom Einkommen der Versicherten in beliebiger Höhe erheben kann. Sie belasten zunächst in besonderem Maße untere Einkommen, später dann auch mittlere Einkommen besonders stark. Die Finanzierung des Sozialausgleichs aus Steuermitteln ist nicht mehr vorgesehen, sie wird lediglich vage in Aussicht gestellt.

Spezifisch getroffen werden die so genannten Aufstocker/innen, deren Erwerbseinkommen nicht existenzsichernd ist. Sie werden ebenfalls mit 2 Prozent ihres Einkommens zusätzlich belastet, obwohl sie und ggf. ihre Familie hilfebedürftig sind. Damit bleiben sie entweder auf dem zusätzlichen Beitrag sitzen, der oberhalb der Kopfpauschale für den Sozialausgleich liegen kann, oder sie sind zu einem ständigen Kassenwechsel mit erheblichem bürokratischem Aufwand gezwungen.

Durch die Erhebung der Kopfpauschale entsteht zusätzliche Bürokratie: Die Bürger/innen sollen und müssen immer häufiger die Kasse wechseln. Und sie müssen mehr Formulare für die Krankenkassen ausfüllen. Die Kassen erhalten völlig neue Aufgaben, für die sie mehr Personal einsetzen und höhere Sachkosten verausgaben müssen. Auch die Lohnbuchhaltung im Betrieb und die Sozialversicherungsträger (BA und DRV) erhalten neue Aufgaben, die mehr Ausgaben mit sich bringen.

Mit den vorgesehenen Änderungen wird keine solide Finanzpolitik bei der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht. Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden belegen, dass mit der Kopfpauschale ein stetiges Ansteigen des zusätzlichen Beitrags verbunden ist. Dort wird der Staatshaushalt immer mehr in Anspruch genommen. Mit dem Modell der Bundesregierung werden außerdem die kleinen und mittleren Einkommen zunehmend strapaziert, sodass ihre durch die Wirtschafts-, Lohn- und Arbeitsmarktpolitik ohnehin geschwächte Kaufkraft zusätzlich gesenkt wird, wodurch wiederum die Binnenkonjunktur geschwächt wird. In Folge dessen müssten die Bürger/innen mit weiterem Sozialabbau und schlechteren sozialen Ausgleichen rechnen, die die Binnenkonjunktur erneut schwächen würden.

## 3. Gerechter Sozialausgleich

Die zusätzliche Belastung durch die Kopfpauschale wird verdoppelt. Sie wird von einem Prozentauf zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens angehoben. Ausgeglichen wird allerdings nicht der tatsächlich gezahlte, sondern ein errechneter

durchschnittlicher Zusatzbeitrag. Es handelt sich also keinesfalls um einen „gerechten Sozialausgleich“.

Der Sozialausgleich im Gesetzentwurf ist vielmehr eine Mogelpackung. Statt die Beitragsbelastung tatsächlich bei 2 Prozent für jede Bürgerin und jeden Bürger zu begrenzen, soll die Bundesregierung zukünftig eine Pauschale festsetzen, die als allgemeiner durchschnittlicher Zusatzbeitrag gilt (z.B. 20 € monatlich). Wenn der tatsächliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse höher liegt (z.B. bei 35 €), dann muss die Differenz (von 15 € im Monat) entweder zusätzlich aus der eigenen Tasche gezahlt oder zu einer Krankenkasse mit geringerer Kopfpauschale gewechselt werden. Bei dem Procedere werden außerdem die Kranken im Stich gelassen, wenn sie mitten in einer Behandlung entweder die Krankenkasse wechseln oder draufzahlen sollen.

Die neue Kopfpauschale wird zur stetigen Steigerung freigegeben. Bislang sind die Zusatzbeiträge der Krankenkassen auf 1 Prozent des Bruttolohns oder ohne Einkommensprüfung auf 8 Euro begrenzt. Die neue Kopfpauschale kennt keine Grenzen mehr. Nach einer Einführungsphase werden immer mehr Kassen die Kopfpauschale verlangen, bis es keine Kasse mehr ohne Kopfpauschale gibt. Die Beiträge selbst steigen Jahr um Jahr zunächst allmählich und dann immer schneller an. Das betrifft nicht nur die Gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch den Basistarif der Privaten Krankenversicherung.

Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Bundesmitteln erfolgen. Von 2011 bis 2014 soll er jedoch zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden.

Versprochen war eigentlich, den Sozialausgleich aus Steuermitteln zu finanzieren, um dadurch die unsolidarische Kopfpauschale etwas sozialer zu gestalten. Nunmehr wird ein Mechanismus in Gang gesetzt, mit dem der Sozialausgleich aus dem Gesundheitsfonds finanziert wird, dadurch einen weiteren Mittelbedarf erzeugt und somit die Kopfpauschale in die Höhe treibt. Mittel aus dem Bundeshaushalt stehen nach 2011 dafür nicht zur Verfügung. Erst nach der nächsten Bundestagswahl im Jahr 2014 soll darüber entschieden werden.

Mit der neuen Kopfpauschale wird die soziale Belastung der Bevölkerung erheblich gesteigert und der Abstand zum Beitrag der Arbeitgeber zunehmend vergrößert: Der pauschale, einkommensunabhängige Zusatzbeitrag verdoppelt sich ab Januar 2011 von derzeit 1 Prozent auf 2 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens. Der prozentuale Zusatzbeitrag, den die Versicherten alleine tragen, liegt bei 0,9 Prozentpunkten. Zuzahlungen bei Krankheit (Medikamente, Praxisgebühr, Krankenhausaufenthalte) erfolgen ebenfalls bis zur Höhe von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die zusätzliche Belastung der Bürger/innen kann dann auf rund 5 Prozent und höher steigen.

Nimmt man den regulären Arbeitnehmerbeitrag von zukünftig 7,3 % hinzu, dann ergibt sich eine Belastung von 12,2 % und mehr für die unteren Einkommen. Der Arbeitgeberbeitrag liegt hingegen bei 7,3 % fest.

Insgesamt ist der Entwurf nicht geeignet, die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfähig zu gestalten und das Vertrauen auf eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts zu garantieren.

## **Besonderer Teil:**

Zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs:

### **Zu Artikel 1 Änderung des SGB V:**

#### **Nr. 1 § 4 Abs. 4 Verwaltungsausgaben der Krankenkassen**

In den Jahren 2011 und 2012 sollen die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf dem Stand von 2010 bleiben. Mit der Doppelnullrunde bei den Verwaltungskosten werden die Versicherten und die Beschäftigten der Krankenkassen mehrfach belastet (s.o.).

Bei den Versicherten wird dies zu einer erheblichen Einschränkung bei der Beratung führen, weil deutlich mehr Personal der Krankenkassen zur Bewältigung der zusätzlichen Bürokratie zur Beitragserhebung eingesetzt werden muss. Bei den Beschäftigten wird der Druck auf Arbeits- und Einkommensbedingungen noch weiter zunehmen. So sind die anstehenden Tarifverhandlungen im Jahr 2010 durch diese Nullrunden von vornherein belastet. Gleichzeitig ist durch die Beschäftigten ein erheblicher Mehraufwand zur Bewältigung des durch Kopfpauschale und Sozialausgleich entstehenden Bürokratieschubs zu leisten. ver.di erwartet allein durch diese Aufgabe bundesweit einen Personalmehrbedarf im fünfstelligen Bereich. Die Doppelnullrunde für Krankenkassen lehnt ver.di ab.

#### **Nr. 2 § 6 Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern**

Arbeitnehmer scheiden künftig wieder nach einem Jahr bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze aus der Krankenversicherungspflicht aus.

Dadurch wird ein schnellerer Wechsel zur PKV wieder ermöglicht. Wirkliche Probleme, die durch die beiden unterschiedlichen Versicherungssysteme bestehen, werden jedoch nicht gelöst. Allerdings werden die Gesetzlichen Krankenversicherungen dadurch einkommensstärkere Mitglieder verlieren. Insgesamt bedeutet dies dann nicht mehr, sondern weniger Solidarität. Ver.di lehnt daher diese Regelung und die in Nr. 3 dargestellte Folgeregelung ab.

#### **Änderungsantrag 2 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion (§ 13 SGB V - Kostenerstattung):**

Mit der geplanten Änderung werden die Regelungen zur Kostenerstattung in der GKV ausgeweitet, Qualitätssicherung erschwert, Bürokratiekosten erhöht und Regelungen zum Schutz der Patientinnen und Patienten, wie sie im bisherigen Kostenerstattungsverfahren bestehen, aufgehoben.



Bereits bisher gab es die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung. Sie wurde von den Versicherten allerdings nur vereinzelt in Anspruch genommen. Grund dafür ist, dass das Sachleistungsprinzip als eines der Grundprinzipien unseres Krankenversicherungssystems gut in der Bevölkerung akzeptiert ist. Es bietet die Sicherheit für jede Bürgerin und jeden Bürger, dass bedarfsnotwendige Gesundheitsleistungen ohne vorherigen Blick in den Geldbeutel wahrgenommen werden können.

Die Gesetzesänderung und die Begründung suggerieren, dass der Versicherte im Krankheitsfall Leistungspositionen hinterfragen kann und so das wirtschaftliche Handeln und die Qualität des Leistungserbringers kontrolliert. Es wird jedoch eine Freiheit vorgetäuscht, die mit hohen finanziellen Risiken einhergeht.

Zudem dürfte es schwierig sein, dass Patientinnen und Patienten, die von dem behandelnden Arzt im Rahmen seiner Therapiefreiheit durchgeführten Therapien im Hinblick auf deren medizinischer Notwendigkeit beurteilen können. Leistungserbringer hätten somit eine praktisch unbegrenzte Möglichkeit, alle Leistungen zu erbringen – unabhängig davon, ob sie im Einzelfall geeignet, wirtschaftlich oder qualitätsgesichert sind.

Ähnlich wie bei der angebotsinduzierten Nachfrage wird es Leistungserbringern ermöglicht Versicherte zu beeinflussen, Kostenerstattung zu wählen. Viele Ärzte werden großes Interesse an der Kostenerstattung haben. Das ist für sie lukrativer und bietet ihnen mehr Möglichkeiten, den Versicherten zusätzliche Leistungen anzubieten, die von der Kasse nicht erstattet werden. Budgets oder Regelleistungsvolumina wären bei Wahl der Kostenerstattung nicht zu beachten. Es besteht die Gefahr der „honorarorientierten Therapie“, welche sich nicht nach dem medizinisch notwendigen, bzw. sinnvollen, sondern nach den dafür zu erzielenden Honoraren richtet. Des Weiteren würde bei Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kostenerstattung keine Überwachung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgen. Somit würde nicht geprüft:

1. *Indikation* - War die abgerechnete Leistung medizinisch notwendig?
2. *Effektivität* - War die Leistung zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels erforderlich?
3. *Qualität* - Wurde die Leistung in Übereinstimmung mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung, insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben erbracht?
4. *Wirtschaftlichkeit* - Waren die durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel angemessen?

Für die Patientinnen und Patienten wird insbesondere die schriftliche Bestätigung der Beratung durch den Arzt aufgehoben. Die Dokumentation und Unterzeichnung des Beratungsgesprächs, die zum Schutz der Kunden bei Banken gerade eingeführt wurden, soll beim Arzt entfallen. Die Quartalsweise Wechselmöglichkeit der Versicherten zwischen Kostenerstattung und Sachleistung dürfte einen erheblichen Bürokratieschub bei den Krankenkassen veranlassen.

Folgen werden auch die weitere Entsolidarisierung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und eine Angleichung an die Policen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sein.

Schließlich sei daran erinnert, dass Anfang 2009 Ärzte auf die Idee kamen bei gesetzlich versicherten Patientinnen oder Patienten Vorkasse zu verlangen, damit diese schneller behandelt

werden. Ein solches Verfahren war seinerzeit illegal. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag würde es legalisiert – zu Lasten der Versicherten.

Ver.di lehnt daher diesen Änderungsantrag entschieden ab. Das gleiche gilt für die Änderungsanträge 3 und 5

### **Nr.16 § 221 b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich**

Der mit Einführung von Kopfpauschalen erforderliche Sozialausgleich (§ 242b) soll zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 271 Abs. 2) finanziert werden. Über eine teilweise oder vollständige Steuerfinanzierung soll erst 2014 für das Jahr 2015 entschieden werden.

Damit werden die nachhaltigen und ganz erheblichen finanziellen Folgen dieser Gesetzesänderung erst nach der kommenden Bundestagswahl im Jahr 2013 offen gelegt. Der Sozialausgleich entspricht noch nicht einmal den ursprünglichen Ankündigungen des Bundesgesundheitsministers. Der Ausgleich muss von den Versicherten selbst getragen werden. Dadurch werden die Kopfpauschalen ab 2012 noch schneller ansteigen und nach Berechnungen der Universität Duisburg bis 2020 bereits 72 Euro im Durchschnitt betragen – neben dem einkommensabhängigen Beitrag. Mehr als 80 Prozent der GKV-Mitglieder müssten dann einen Sozialausgleich erhalten.

ver.di lehnt den Umstieg von der solidarischen Finanzierung hin zu Kopfpauschalen entschieden ab. Neben der Nr. 16 gilt diese Ablehnung auch für die Nummern 17 bis 19.

### **Nr.17 § 241 Allgemeiner Beitragssatz**

Der Allgemeine Beitragssatz wird gesetzlich dauerhaft auf den vor dem Konjunkturpaket II geltenden Satz von 15,5 Prozent erhöht. Dabei bleibt der unterschiedliche Beitragsanteil – 7,3 Prozent Arbeitgeber und 8,2 Prozent Arbeitnehmer – bestehen. Gleiches gilt für Rentnerinnen und Rentner entsprechend.

Der unterschiedliche Beitragssatz ist nicht gerechtfertigt. Die paritätische Finanzierung ist wieder herzustellen.

### **Nr.18 § 242 kassenindividueller Zusatzbeitrag**

Bei dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag handelt es sich um die Einführung der Kopfpauschale. Sie wird im Gesetz als „Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag“ bezeichnet. Die Gewerkschaft ver.di lehnt Zusatzbeiträge und insbesondere deren Entwicklung zur anwachsenden Kopfpauschale strikt ab. Vielmehr ist die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung durch die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung und die Einbeziehung von Vermögenseinkünften, die Berücksichtigung von Einkünften auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung aller Einkunftsarten bei allen Bürgerinnen und Bürgern in die Versicherungspflicht zu gewährleisten.

Für Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (Alg II) werden die durchschnittlichen Zusatzbeiträge vom Gesundheitsfonds entsprechend der jeweiligen Anzahl der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse gezahlt. Sofern Bezieher/innen von Alg II außerdem einer nicht existenzsichernden Erwerbsarbeit nachgehen und dementsprechend aufstockendes Alg II beziehen, wird außerdem vom Lohn der übliche Zusatzbeitrag beim Versicherten erhoben, wobei die Regelungen des Sozialausgleichs zur Anwendung kommen.

### **Nr. 19 § 242 a Durchschnittlicher Zusatzbeitrag**

Aufgrund der Schätzung der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben der GKV wird ein fiktiver durchschnittlicher Zusatzbeitrag für das Folgejahr festgelegt. Dieser ist Maßstab für den Sozialausgleich nach § 242 b SGB V. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag soll verschleiern, dass der Bundesgesundheitsminister mit seinem ursprünglichen Ziel eines gerechten Sozialausgleichs gescheitert ist. Ausgeglichen wird nicht der tatsächlich zu zahlende Zusatzbeitrag über der Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, sondern nur die über der Belastungsgrenze liegenden Anteile des durchschnittlichen Zusatzbeitrags.

Die Folge ist: Entweder zahlen die Bürger/innen die verbleibende Differenz selbst oder sie müssen die Kasse immer wieder wechseln. Dadurch entsteht ein erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

### **§ 242 b Sozialausgleich**

Der Sozialausgleich findet nicht in Höhe der tatsächlichen Mehrbelastung der Versicherten statt; er ist vielmehr begrenzt auf den pauschalierten, von der Bundesregierung festgesetzten durchschnittlichen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag.

Die Entlastung der Beitragszahler geschieht auf Kosten der einkommensabhängigen Beitragsbestandteile, indem die Mehrbelastung aus den neuen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen gem. § 242 SGB V bei den prozentualen Beiträgen gem. § 241 SGB V in Abzug gebracht werden.

Übersteigt der pauschalierte durchschnittliche Zusatzbeitrag den prozentualen einkommensabhängigen Versicherungsbeitrag (z. B. bei einem Midi-Job mit 700 Euro Lohn), dann kann die Erstattung im Rahmen der Lohnabrechnung nicht vollständig durchgeführt werden. In diesen Fällen erfolgt am Quartalsende eine zusätzliche Sonderabrechnung durch die Krankenkassen – einschließlich des entsprechenden Bürokratieaufwands für die Beschäftigten und die Krankenkassen. Aber auch für die Betriebe ergibt sich ein größerer Bürokratieaufwand.

Ein erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand für Beschäftigte und Krankenkassen entsteht auch bei den Aufgaben der Krankenkassen zur Berechnung und Verrechnung bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen und uneteter Beschäftigung. Angesichts der weiten Verbreitung und Ausweitung derartiger Beschäftigungsverhältnisse ergibt sich ein enormer Bürokratieaufwand für prekär Beschäftigte, Krankenkassen und die Lohnbuchhaltung. Auch für Bürger/innen, die ihre Beiträge selbst zahlen, die sogen. Freiwillig Versicherten, ergibt sich ein neuer Bürokratieaufwand bei Versicherten und Kassen.

Diesen Aufwand möchte die Bundesregierung übrigens in einem weiteren Gesetz noch steigern. Analog dem SGB II soll in Zukunft die Prüfung sämtlicher Einkommensarten und Vermögenswerte vorgenommen werden, bevor ein Sozialausgleich gewährt wird. Das bedeutet: bei einfachen und mittleren Einkommen würden dann alle Einkunftsarten und sämtliche Vermögen berücksichtigt, bei höheren Gehältern jedoch nur das Erwerbseinkommen. Bei den Krankenkassen müsste eine der Hartz-IV-Verwaltung ebenbürtige Bürokratie eingerichtet werden.

Die einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträge führen in eine Sackgasse. Sie bereiten mehr Probleme und sind sozial zutiefst ungerecht. ver.di lehnt die Kopfpauschale auch in Form der Zusatzbeiträge grundlegend ab.

Insgesamt handelt es sich keinesfalls um einen „gerechten Sozialausgleich“, wie in der Begründung betont wird. Vielmehr ergeben sich erhebliche Verwerfungen und Ungerechtigkeiten, die sich in den nachstehenden Berechnungsbeispielen zeigen. Gerade bei Menschen mit kleinen Erwerbseinkünften oder Renten entsteht durch die Erhebung der Zusatzbeiträge in Form der Kopfpauschale und des „ungerechten Sozialausgleichs“ der größte Druck zum Kassenwechsel. Gerade diese Bevölkerungsgruppe ist jedoch häufig auch auf eine gute und erreichbare Beratungsstruktur ihrer Krankenkasse angewiesen. ver.di sieht daher in den geplanten Maßnahmen auch den Aufbau von Versorgungsbarrieren für diese Menschen, die bei Weiterverfolgen dieser und weiterer Maßnahmen in diesem Gesetzentwurf in eine Drei-Klassen-Medizin münden.

Beitragsbelastungen nach dem GKV Finanzierungsgesetz ab 2011			
<i>Überschreitet die durchschnittliche Kopfpauschale 2 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens, wird der einkommensabhängige Beitrag entsprechend reduziert.</i>			
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
1.000 €	82 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 5 €		<i>Belastungsgrenze: 20 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	77 € +	40 € =	<b>117 €</b>
		Entspricht	<b>11,7 Prozent</b>
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
1.000 €	82 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 5 €		<i>Belastungsgrenze: 20 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	77 € +	0 € =	<b>77 €</b>
		Entspricht	<b>7,7 Prozent</b>
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
2.000 €	164 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		<i>Belastungsgrenze: 40 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	164 € +	40 € =	<b>204 €</b>
		Entspricht	<b>10,2 Prozent</b>
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
2.000 €	164 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		<i>Belastungsgrenze: 40 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	164 € +	0 € =	<b>164 €</b>
		Entspricht	<b>8,2 Prozent</b>
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
4.000 € *	307,50 €	40 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		<i>Belastungsgrenze: 80 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	307,50 € +	40 € =	<b>347,50 €</b>
		Entspricht	<b>8,69 Prozent</b>
sozialverspflicht. Einkommen	GKV Beitrag 8,2 %	Individuelle Kopfpauschale	Durchschn. Kopfpauschale
4.000 € *	307,50 €	0 €	25 €
Sozialausgleich	- 0 €		<i>Belastungsgrenze: 80 €</i>
<b>Gesamtbeitrag</b>	307,50 € +	0 € =	<b>307,50 €</b>
		Entspricht	<b>7,69 Prozent</b>

\*Beitragsbemessungsgrenze 2010 = 3.750 €

## **Zu Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes:**

### **Nr. 1 § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets**

Es wird ein Abschlag für zusätzlich vereinbarte Mehrleistungen der Krankenhäuser 2011 von 30 Prozent, ab 2012 ein Abschlag auf Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung zwischen Krankenhäusern und Kassen. Dadurch sollen 350 Mio. Euro in 2011 und 270 Mio. Euro in 2012 weniger für die Krankenhausbehandlung ausgegeben werden.

Die ungehemmte Fallzahlsteigerung in den Krankenhäusern geht zu Lasten vor allem der pflege- und versorgungsbedürftigen Patienten und erfolgt in der Regel zu Lasten des Krankenhauspersonals. Erforderliche Anpassungsqualifikationen im Bereich der Versorgung oder der Hygiene unterbleiben. Dies geht zu Lasten der Qualität und der Sicherheit der Versorgung. ver.di sieht durch die generelle Regelung insbesondere Krankenhäuser benachteiligt, die aufgrund eines zusätzlichen oder geänderten Versorgungsbedarfs Leistungen an diesen Bedarf anpassen müssen. Regionale Entwicklungen, die z.B. durch Schließung von Abteilungen anderer Häuser ausgelöst werden, werden genau so behandelt, wie die gezielte und versorgungspolitisch höchst umstrittene Generierung lukrativer Fälle. Der Ansatz ist daher falsch und behindert sinnvolle Vereinbarungen mit den Kassen. Verhandlungslösungen zur Menge und Qualität der Leistungen werden damit nicht gefördert.

### **Änderungsantrag 8 der CDU/CSU- sowie der FDP-Fraktion zu Artikel 8 Nr. 1 (§ 4 KHEntgG – Pflegestellen-Förderprogramm):**

Das Pflegestellen-Förderprogramm für die Krankenhäuser sollte dazu führen den massiven Stellenabbau in den Krankenhäusern zu stoppen und in besonders belasteten Bereichen neue Stellen im Pflegedienst zu schaffen. Diese Erwartungen wurden jedoch im ersten Geltungsjahr 2009 nicht erfüllt. Die abgerufenen Mittel blieben gut 30 Mio. Euro unter den dafür bereit stehenden Geldern. Zudem konnten im ersten Bericht zur Umsetzung des Programms keine Angaben gemacht werden, ob die rechnerisch mit den abgerufenen Mitteln finanzierbaren 5.480 Stellen auch tatsächlich geschaffen wurden. Dies hing mit der Weigerung zusammen, Transparenz über die Stellenbesetzung herzustellen. Personal-, Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen wurden häufig entsprechende Vereinbarungen verweigert.

Mit dem Änderungsantrag wird das Ziel verfolgt, die Transparenz bei der Umsetzung des Programms zu verbessern. Den Krankenkassen sollen von den Krankenhäusern testierte Daten zur Verfügung gestellt werden über die Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel. ver.di begrüßt diesen Schritt, hält jedoch eine weitere Ergänzung für dringend erforderlich.

In Absatz 10 Satz 5 (schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung) sollte nach dem Wort Pflegepersonal eingefügt werden: „in ausdrücklich benannten Bereichen mit erhöhtem pflegerischem Aufwand“. Damit würde gewährleistet, dass nicht etwa Pflegepersonalstellen, die aufgrund von zusätzlichen – von den Kassen über das vereinbarte Budget hinaus finanzierten –

Leistungen entstanden sind, unter das Förderprogramm fallen. Dies wäre im Sinne der ursprünglichen Intention des Programms und dessen Weiterentwicklung ab dem Jahr 2012.

Die Aufnahme dieses Zusatzes im Gesetz würde zu einer wirkungsvollen Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms beitragen. Die Betriebsparteien sind sehr gut in der Lage transparente, praxisnahe und wirksame Vereinbarungen zu treffen, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden sind. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft bietet ausdrücklich dabei ihre Hilfe an.

### **Nr. 3 § 10, Abs. 4 Vereinbarung auf Landesebene**

Für die Jahre 2011 und 2012 wird die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts jeweils auf die halbe Veränderungsrate begrenzt.

Mit der Regelung wird die seit 18 Jahren bestehende Deckelung der Krankenhausentgelte nochmals verschärft. Gleichzeitig wird die für 2011 vorgesehene Ablösung der Budgetierung durch einen Orientierungswert (s.o.) nicht umgesetzt.

Diese Lasten, die sich nach unseren Berechnungen auf rund 2,5 Mrd. Euro summieren, stellen neuerlich die Gefahr von Personalabbau in patientennahen Bereichen dar. Dadurch wird die Arbeitsbelastung der Beschäftigten im Krankenhaus in unzumutbarer Weise erhöht. Mit der vollständigen Umsetzung der leistungsorientierten Fallpauschalen (DRGs) sollte ursprünglich auf die Budgetierung verzichtet werden, da die beiden Systeme nicht kompatibel sind. Seit Jahren bewirkt das nebeneinander von DRGs und Budgetierung eine Fehlsteuerung zu Lasten von Qualität und Sicherheit in der Krankenhausversorgung. Dies wurde bereits in mehreren Studien nachgewiesen (Simon, FH Hannover 2008 / Braun et al. 2010 / Isford, Köln 2010)

Die geplante Gesetzesänderung verstärkt diese Fehlsteuerung und wird daher von ver.di abgelehnt.

### **Zu Artikel 9 Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes:**

#### **§ 12 Höchstbeitrag im Basistarif Auskunfts- und Vorlagepflicht**

Mit der Neuregelung des VAG erfährt der Basistarif, und damit auch der ermäßigte Basistarif, eine stetige Anhebung. In der Folge bleibt im Rahmen der Grundsicherung die Lücke zwischen dem zu zahlenden ermäßigten Basistarif und den seitens der Grundsicherungsträger erstatteten Beitragsanteilen enorm. Erforderlich sind hingegen eine Absenkung des Basistarifs auf die Höhe des aus der Grundsicherung gezahlten Beitrags und ein Sozialausgleich innerhalb der Privaten Krankenversicherung.

### **Zu Artikel 10 Änderung der Bundespflegesatzverordnung:**

Für die Krankenhäuser im Bereich der Bundespflegesatzverordnung ist für die Jahre 2011/2012 ebenfalls die halbierte Veränderungsrate anzuwenden.

Besonders betroffen von der Budgethalbierung im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung ist die personalintensive Psychiatrie, die gerade in der Umstellung auf Tagespauschalen ist. Damit

gibt es langfristig zu niedrige Pauschalen in diesem sehr personalaufwändigen Bereich (s.o.). Unter diesen Bedingungen kann §17d KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen - nicht in dem vorgesehenen Zeitplan umgesetzt werden. Wegen der negativen Wirkungen auf die Personalbesetzung müsste dann mit erheblichen Versorgungsengpässen in der flächendeckenden psychiatrischen Versorgung gerechnet werden.

ver.di lehnt daher die vorgesehene Änderung ab.

### **Antrag „Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen“ der Fraktion DIE LINKE**

Mit diesem Antrag will DIE LINKE den Bundestag beauftragen, die Bürgerversicherung einzuführen.

ver.di begrüßt die Initiative. Auch wenn es unrealistisch erscheint, dass die Koalitionsfraktionen CDU/CSU und FDP diese erforderliche Weiterentwicklung unseres solidarischen Sicherungssystems ernsthaft prüfen und einem riskanten Systemwechsel vorziehen, hält es ver.di für erforderlich, dass auch im Parlament über eine sinnvolle und von den Bürgerinnen und Bürgern, die – anders als die meisten Parlamentarier/innen im Bundestag - zu fast 90 Prozent in den gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung nachgedacht wird. Immerhin stehen auch die Sozialausschüsse von CDU und CSU den Überlegungen für eine Bürgerversicherung nahe. Eine parteiübergreifende Initiative für die Weiterentwicklung der GKV zu einer nachhaltigen Bürgerinnenversicherungen unterstützt ver.di ausdrücklich.

Im Übrigen verweisen wir auch auf die Stellungnahme des DGB als Dachorganisation für alle Gewerkschaften.