

Gemeinsame Pressekonferenz zur Gesundheitsreform von Volkssolidarität Bundesverband e. V. und Sozialverband Deutschland (SoVD)

Pressestatement von Adolf Bauer, Präsident des Sozialverband Deutschland (SoVD)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die parlamentarischen Beratungen zur Gesundheitsreform stehen bevor. Aus diesem Anlass möchten wir mit der heutigen Pressekonferenz erneut eindringlich vor den Folgen dieser Gesundheitsreform warnen. Wir warnen vor den negativen Auswirkungen auf die Patienten und Versicherten - denn um sie geht es doch in erster Linie.

Für die Patienten und Versicherten bringt die Gesundheitsreform vor allem neue Belastungen. Viele Krankenkassen haben zum 1. Januar bereits die Beiträge erhöht. Nach der geplanten Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ist absehbar, dass alle gesetzlichen Krankenkassen früher oder später einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dies geht auch aus dem Gutachten von Dr. Klaus Jacobs hervor, dass er im Auftrag von Volkssolidarität und Sozialverband Deutschland erarbeitet hat und das wir Ihnen Mitte Oktober vorgestellt haben.

Die Große Koalition hat die selbstgesteckten Ziele der Gesundheitsreform verfehlt. Das Hauptziel, eine - auch mittelfristig - tragfähige Finanzierung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, wird nicht erreicht. Stattdessen werden die Krankenkassen in ein zu enges Finanzkorsett gezwängt und in einen ungleichen Wettbewerb gestürzt. Durch den Gesundheitsfonds wird bewusst eine Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung erzeugt. Dies wird die Kassen zu Einschränkungen der Leistungen zwingen. Damit wird der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen durch die Hintertür beschnitten. Die Leidtragenden dieser Reform sind die Patienten und Versicherten. Die Folgen lassen sich auf die Formel bringen: Die Gesundheitsversorgung wird teurer und schlechter!

Die Anhörungen im Deutschen Bundestag haben eindrücklich vor Augen geführt, - darauf wird Herr Kirschner noch genauer eingehen - dass die Gesundheitsreform in weiten Teilen nicht praktikabel ist. Es macht keinen Sinn, ein funktionierendes Gesundheitssystem so umzustrukturieren, dass nachher vieles schlechter ist. Das gilt ganz besonders für den Gesundheitsfonds, der bei allen Experten auf einhellige Ablehnung stößt.

Wir fordern die Große Koalition auf, die morgige Koalitionsrunde zu einem Befreiungsschlag zu nutzen. Die Bundesregierung kann ohne Probleme auf den Gesundheitsfonds verzichten. Dies wäre ein mutiger Schritt. Wir brauchen bei der Gesundheitsreform einen Neuanfang. Auf unsinnige und schädliche Elemente der Reform, wie die Einführung des Verschuldensprinzips, das künftig für die Patienten gelten soll, muss verzichtet werden. Sinnvolle Elemente wie eine Rückkehrmöglichkeit nicht krankenversicherter Bürger in die gesetzliche oder private Krankenkasse sollten verabschiedet werden. Eine kleine aber sinnvolle Reform ist besser als ein missratenes Großprojekt, das zu unüberschaubaren Verwerfungen



Adolf Bauer, Präsident des Sozialverband
Deutschland (SoVD)

im Gesundheitssystem führt.

Die Gesundheitsreform darf nicht länger als Spielball von Machtinteressen der Koalitionspartner missbraucht werden.

Wir appellieren an die Große Koalition und an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages: Es geht um die Gesundheitsversorgung von 82 Millionen Bundesbürgern. Ihre Interessen müssen im Mittelpunkt stehen. Wenn der eingeschlagene Weg nicht zum Ziel führt, ist Neuorientierung das Gebot der Stunde.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Gemeinsame Pressekonferenz zur Gesundheitsreform von Volkssolidarität Bundesverband e. V. und Sozialverband Deutschland (SoVD)

Pressestatement von Präsident der Volkssolidarität, Prof. Dr. Gunnar Winkler

Gleichbehandlung statt "Drei-Klassen-Medizin"

Sehr geehrte Damen und Herren,

selten hat ein Vorhaben einer Bundesregierung eine so breite gesellschaftliche Ablehnung erfahren wie die "Gesundheitsreform" der Großen Koalition. Die Volkssolidarität und der Sozialverband Deutschland sind Teil jener "Großen Koalition", die diese "Gesundheitsreform" ablehnt. Nicht, weil wir irgendwelche egoistischen "Lobby"-Interessen vertreten, sondern weil wir uns **gegen einen Bruch mit Grundprinzipien einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung und die daraus erwachsenden Folgen für die 72 Millionen gesetzlich Versicherten und Patienten** wenden. Ich möchte das an zwei Punkten deutlich machen:

Erstens. **Wir brauchen eine Reform des Gesundheitswesens, die die notwendige Finanzbasis für die gesundheitliche Versorgung ermöglicht und zugleich eine gerechtere Verteilung der Gesundheitslasten sichert.** Die demographischen Prozesse und die damit einhergehenden Krankheitsstrukturen, die Anforderungen des wissenschaftlichen Fortschritts in der Medizin und stagnierende Einnahmen aus Arbeitseinkommen machen eine solche Reform dringend notwendig.

Dieser Anforderung wird die Große Koalition jedoch in keiner Weise gerecht.

Sie führt einen Gesundheitsfonds ein, dessen einzige Aufgabe darin besteht, die Belastung der Versicherten mit zusätzlichen Beiträgen zu ermöglichen. Bei künftigen Kostensteigerungen werden allein die gesetzlich Versicherten zur Kasse gebeten - mittelfristig mit etwa 7 Milliarden Euro. Dagegen bleiben Arbeitgeber und privat Krankenversicherte außen vor. Und das trotz steigender Unternehmensgewinne und Vermögenseinkünfte.

Gleichzeitig bleibt die Steuerfinanzierung deutlich hinter früheren Versprechen zurück. Unter dem Strich führt die "Gesundheitsreform" der Großen Koalition zu einer **Unterfinanzierung der GKV, welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigt.**

Besonders verheerend könnte sich dies in Ostdeutschland auswirken. Hier altert die Bevölkerung stärker und steigt die Morbidität in den nächsten Jahren weiter an. Gleichzeitig reduzieren die Langzeitfolgen der überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeit, niedrigerer Einkommen und massiver Abwanderung das Beitragsaufkommen zur GKV in den neuen Ländern nachhaltig. Von den zwischen 1991 und 2005 abgewanderten 2,3 Millionen Ostdeutschen zahlt der Großteil heute Beiträge in Ländern wie Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Hier ist also nicht weniger, sondern mehr Solidarität notwendig. Wir wenden uns gegen "regionale Aufrechnungen" - entscheidend ist: das Niveau der gesundheitlichen Versorgung



darf nicht vom Wohnort abhängen.

Zweitens. **Wir wollen eine Reform, die sich am Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes orientiert und entsprechende Vorgaben unserer Verfassung einhält.** Auch hier beschreitet die Große Koalition einen falschen Weg.

Ihr Gesetzentwurf für ein GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz setzt insbesondere Anreize für einen Wettlauf um die niedrigsten Kosten bei der Leistungserbringung. Die vorgesehenen Wahltarife, Selbstbehalte und Kostenrückerstattungen sind vor allem Instrumente, um junge, gesunde und gutverdienende Versicherte zu binden. Dieser Weg begünstigt Formen der Risiko-Selektion und der Rationierung zum Nachteil von chronisch Kranken, älteren Patienten und Menschen mit Behinderungen. Diese Gruppen sowie alle Menschen mit geringen Einkommen sind die eigentlichen Verlierer dieser "Gesundheitsreform". Wovon sollen eigentlich die etwa 10 Millionen Menschen Zusatzbeiträge bezahlen, die als Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, als Geringverdiener oder Kleinrentner schon jetzt in Armut leben? Wir wollen nicht, dass aus der heutigen "Zwei-Klassen-Medizin" eine "Drei-Klassen-Medizin" wird, bei der Millionen von Menschen bestenfalls noch eine Grundversorgung erhalten.

Das Sozialstaatsgebot - Artikel 20 Absatz 4 Grundgesetz - verpflichtet staatliches Handeln, dafür Sorge zu tragen, dass sich Krankenkassen als ausführende Organe des grundgesetzlichen Auftrags am gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbedarf des Patienten orientieren. Dieser Auftrag kann und darf nicht durch einen Dumping-Wettbewerb um die niedrigsten Kosten ersetzt werden.

Daher sehen sich die Volkssolidarität und der SoVD ernsthaft veranlasst, den Abgeordneten des Deutschen Bundestages im Hinblick auf die "Gesundheitsreform" zu sagen: **Bedenken Sie bei Ihrer Entscheidung, dass Sie in erster Linie dem Grundgesetz und seinem Sozialstaatsgebot verpflichtet sind. Der Bestand der Großen Koalition kann keinen höheren Rang haben als der Auftrag des Grundgesetzes! Orientieren Sie sich an der Mehrheit der Bevölkerung! Wagen Sie einen Neuanfang für eine zukunftsfähige solidarische Gesundheitsreform!**

Die Volkssolidarität und der SoVD erneuern dazu ihre Vorschläge:

- Erstens müssen auch die Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (3.562,50 Euro monatlich) zur Finanzierung der Gesundheitskosten beitragen. Dazu sollte die Beitragsbemessungsgrenze auf die für die gesetzliche Rentenversicherung geltende Höhe angehoben werden. Dieser Schritt wäre bereits jetzt realisierbar.
- Zweitens muss die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung überwunden werden. Es kann nicht sein, dass sich Jahr für Jahr mehr als 150.000 Besserverdiener aus dem Solidarsystem verabschieden, weil ihr Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Eine Reform muss dazu beitragen, diesen Prozess zu beenden.
- Drittens müssen weitere Einkommensarten in die Finanzierung einbezogen werden. Die Einkommen aus Vermögen und unternehmerischer Tätigkeit wachsen schneller als Löhne und Gehälter. Hier muss eine Reform ansetzen, um unser Gesundheitssystem nachhaltig zu finanzieren.
- Viertens muss ohne Verzögerungen ein morbiditäts-orientierter Risikostrukturausgleich (RSA) kommen, wie er ursprünglich ab 2007 eingeführt werden sollte. In diesen RSA ist die private Krankenversicherung einzubeziehen.

Wir brauchen ein **gesamtdeutsches Konzept für die Finanzierung der GKV, das die wachsenden Verwerfungen in der regionalen Einkommensentwicklung berücksichtigt und denen mehr Solidarität abfordert, die entsprechend hohe Einkommen erzielen** - unabhängig davon, wo sie anfallen, sei es in Bayern oder in anderen Regionen der Republik.

Gemeinsame Pressekonferenz zur Gesundheitsreform von Volkssolidarität Bundesverband e. V. und Sozialverband Deutschland (SoVD)

Pressestatement von Klaus Kirschner (SPD), ehemaliger Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

Die Zielsetzungen der Großen Koalition für die Gesundheitspolitik, werden im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 beschrieben. Es heißt dort u. a.:

- die dauerhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens durch stabile Finanzstrukturen sichern.
- Erforderlich ist ein Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert.
- ... fairer Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherung und gesetzlichen Krankenkassen....
- Vereinfachung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, so dass die Zielgenauigkeit erhöht und die Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden. ...
- Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können, ...



Die Eckpunkte vom 04. Juli 2006 präzisieren diese Ziele. Dort heißt es u.a.:

"Im internationalen Vergleich ist das Deutsche Gesundheitswesen wettbewerbsfähig und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass

- die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt,
- die Qualität der Versorgung erheblich variiert und
- die Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden."

Was findet sich davon im Gesetzentwurf wieder?

Grundsatz: der Patient hat im Mittelpunkt zu stehen- steht er wirklich im Mittelpunkt? Die zentrale Frage lautet deshalb: welche Folgen für die Patientenversorgung haben die im "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)" geplanten strukturellen Maßnahmen?

Stehen, wie es die §§ 2 und 12 SGB V beschreiben, die "medizinisch notwendigen Leistungen, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, den medizinischen Fortschritt berücksichtigend", auch in Zukunft und zwar für Alle, wie bisher zur Verfügung? Ist die bedarfsgerechte Versorgung, auch in Bezug auf die demografische Entwicklung, durch das SGB V auch zukünftig gewährleistet?

Zum Risikostrukturausgleich: Die Versorgung der Patienten im medizinisch notwendigen Umfang ist mit dem geplanten

Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der die Morbiditätsrisiken völlig unzureichend abbildet, nicht mehr gewährleistet. Dies steht auch in Widerspruch zu dem, was im Koalitionsvertrag angekündigt wurde.

Zum Fonds: die Rationierung der notwendigen medizinischen Versorgung, ist bei einer nur 95%tigen (globalen) Finanzierung des Fonds, die fatale Konsequenz einer solchen systematisch falschen Unterfinanzierung. Die Folge: Satzungsleistungen werden gestrichen (bspw. Haushaltshilfen, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Gebärdendolmetscher) und auch Ermessensleistungen, wie bspw. Reha, werden in jedem Einzelfall auf den besonderen Prüfstand gestellt.

Zum Zusatzbeitrag: durch die Einheitspauschale des Fonds, die nicht den individuellen Finanzbedarf der Krankenkassen abdeckt, wird mit dem notwendigerweise zu erhebenden Zusatzbeitrag durch die Hintertür der von CDU/CSU favorisierte Einstieg in das "Kopfprämiensystem" eingeführt. Der Zusatzbeitrag ist zudem für Krankenkassen nicht managementfähig, da dieser im Zusammenhang mit der geplanten Überforderungsklausel von der zufälligen Einkommenslage ihrer Mitglieder abhängig ist. Der Zusatzbeitrag wird daher letztlich die GKV heutiger Prägung zerstören, da nach kurzer Zeit mit Insolvenzen größerer Versorgerkrankenkassen gerechnet werden muss. Das führt zum Verlust des Vertrauens weiter Bevölkerungsteile in die GKV.

Zur Selbstverwaltung: Mit der Installierung des Fonds und der Festsetzung des Einheitsbeitrags durch die Bundesregierung, wird die soziale Selbstverwaltung auf eine Statistenrolle zurückgedrängt. Ihre zentrale Legitimation, nämlich das Haushaltsrecht und damit die Verantwortung zur Höhe des Beitragssatzes der einzelnen Krankenkasse nach dem jeweiligen Finanzbedarf, wird ad absurdum geführt. Dies ausgerechnet in Zeiten, wo die Politik mehr bürgerschaftliches Engagement propagiert.

Zum Wettbewerb: der Gesetzentwurf ist geprägt von einer eindeutigen Tendenz der Verstaatlichung, Zentralisierung und Vereinheitlichung. 70 Prozent des Ausgabenvolumens der GKV werden künftig durch einen zentralen Dachverband und der Beitragssatz für alle Krankenkassen wird staatlich vorgegeben. Das plurale GKV-System soll offenbar in eine Deutsche Einheitskrankenversicherung verwandelt werden.

Zu Wahlleistungstarifen und Kostenerstattung: Die geplanten Wahlleistungstarife bedeuten eine Weichenstellung in ein anderes Krankenversicherungssystem, weg von der solidarischen Finanzierung hin zur Privatisierung der Krankheitskosten. Das ist ein Fremdkörper in einer solidarischen Krankenversicherung. Nur Junge und Gesunde werden Wahlleistungstarife wählen können! Mit der vorgesehenen Neuregelung der Kostenerstattung, anstatt des bewährten Sachleistungssystems, besteht die Gefahr, dass das Wartezimmer zum Honorarverhandlungszimmer wird.

Zu den Sanktionen bei Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen: Erstmals wird in der solidarischen Krankenversicherung das Verschuldensprinzip eingeführt. Wer nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt wird bei schwerster chronischer Erkrankung mit höheren Zuzahlungen bestraft. Das ist auch nach Gesundheits-Expertenmeinung nicht sachgerecht. Statt zu Bestrafen gilt es aufzuklären und zu motivieren.

Fazit: Wird der vorliegende Entwurf Gesetz, wird die Tür von der heute schon existierenden, wenn auch geleugneten 2-Klassen-Medizin, zur 3-Klassen-Medizin geöffnet. Die gesetzliche Krankenversicherung wird unsolidarischer und teurer.

Gemeinsame Pressekonferenz zur Gesundheitsreform von Volkssolidarität Bundesverband e. V. und Sozialverband Deutschland (SoVD)

**Pressestatement von Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe,
Medizinsoziologe und Sozialmediziner J.W. Goethe-
Universität Frankfurt a. M.**

Wettbewerb um kostengünstige Versicherte

Der unvollständige Risikostrukturausgleich im geplanten GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetz (GKV-WSG) führt zu ungleichen Wettbewerbsvoraussetzungen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang nur daran, dass die AOK rund 60 Prozent aller Empfänger von Arbeitslosengeld II versichert. Außerdem gehören ihr rund 58 Prozent aller von Zuzahlungen befreiten Versicherten an.

Wettbewerb zwischen den Kassen soll nach dem GKV-WSG über einen möglichen Zusatzbeitrag ("kleine Kopfpauschale") einzelner Kassen stattfinden. Dieser kann erhoben werden, wenn die jeweilige Kasse nicht mit der von dem Gesundheitsfond zugewiesenen Pauschale auskommt. Der Zusatzbeitrag wird alleine von den jeweiligen Versicherten bezahlt. Es handelt sich dabei um eine zusätzliche Kostenbeteiligung der Versicherten. Zusätzlich zur bereits bestehenden individuellen "Selbstbeteiligung" soll eine kollektive "Selbstbeteiligung" eingeführt werden. Die Arbeitgeber sind daran nicht beteiligt. Das bewährte Prinzip der paritätischen Finanzierung wird damit noch weiter aufgeweicht. Die Arbeitgeber sind von steigenden Ausgaben in der GKV künftig nicht mehr betroffen. Die Versicherten können aufgrund der Erhebung eines Zusatzbeitrags die Kasse wechseln. Die so genannten "schlechten Risiken" (chronisch Kranke und Alte) werden dabei gegenüber den "guten Risiken" (Gesunde und Junge) benachteiligt. Um keine Zusatzbeiträge erheben und damit Wettbewerbsnachteile in Kauf nehmen zu müssen, ist zu erwarten, dass die Kassen verstärkt Risikoselektion und Leistungskürzungen (z.B. Präventions- und Rehabilitationsleistungen) vornehmen werden.

Durch die geplante Einführung eines Zusatzbeitrags wird das Finanzrisiko der gesetzlichen Krankenkassen allein auf die Versicherten verlagert. Das betrifft besonders die unteren Sozialschichten und die chronisch Kranken. Mehr Wettbewerb im Gesundheits- und Sozialwesen führt in der Regel zu verstärkter gesellschaftlicher Polarisierung. Die sozial Schwachen sind dabei stets die Verlierer.

Kasseninsolvenzen

Mit dem GKV-WSG sollen sämtliche Krankenkassen für insolvenzfähig erklärt werden. Die bisher geltenden Insolvenzausschlüsse auf Landesebene werden auf diese Weise aufgehoben. Bezüglich der Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkassen kommt es damit zu einem Paradigmenwechsel: Anstelle der solidarischen kassenarteninternen



Haftungsverbände mit körperschaftlich verfassten Verbänden, die Garant der Sicherstellung der Vergütung der Leistungserbringer und damit der Gesundheitsversorgung der Versicherten sind, findet dann nur noch eine anteilmäßige Befriedigung der Gläubiger gemäß der Insolvenzordnung statt. Die Insolvenz großer Kassen wird auf Seiten der Leistungserbringer zu Anschlussinsolvenzen führen. Und das wiederum hat erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen, insbesondere im stationären Bereich.

Die Einführung des Insolvenzrechts kann damit auf der Seite der Leistungserbringer dazu führen, dass Behandlungen nur noch gegen Vorkasse gewährt werden, um sich gegen das Insolvenzrisiko abzusichern.

Darüber hinaus rückt die Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen diese immer mehr in die Nähe von privaten Unternehmen. Es verbleiben den Krankenkassen zunehmend weniger Strukturelemente, die sie vor dem europäischen Wettbewerbsrecht und damit ihrer Privatisierung schützen.

■ Geriatrische Rehabilitation

Die Entwicklung der Rehabilitation im letzten Jahrzehnt gilt als ein wesentlicher Fortschritt in der Versorgung von kranken Menschen. Rehabilitation ist ein geeignetes Mittel, ältere Menschen vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren, diese zu vermindern oder zeitlich aufzuschieben. Die Lebensqualität von älteren Menschen wird deutlich zunehmen, wenn die geriatrische Rehabilitation ausgebaut wird. Seit langem sind in diesem Bereich Überschneidungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bekannt. Es ist deshalb positiv zu bewerten, dass das geplante GKV-WSG zur geriatrischen Rehabilitation Stellung nimmt. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessensleistung in eine Pflichtleistung umgewandelt wird. Angesichts der großen Bedeutung von Rehabilitation für ein selbst bestimmtes Leben sollte dafür eingetreten werden, dass die gesamte medizinische Rehabilitation als verpflichtende Leistung der gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben wird.

Bereits heute liegen Hinweise auf eine äußerst restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Hinblick auf Rehabilitationsleistungen vor. Es ist deshalb zu befürchten, dass solche positiven Neuregelungen mit der Einführung eines strukturell unterfinanzierten Gesundheitsfonds nicht umgesetzt werden.