



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(25)
vom 20.06.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen des Deutschen Bundestages – Drucksache 15/1177

I. Vorbemerkung

Diese Stellungnahme basiert auf den Positionen der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zu einer möglichen Reform des Gesundheitswesens, u.a. in:

- „Gesundheit und Soziales fördern – Zukunft gestalten“ (Gesundheitspolitische Reformpositionen der Volkssolidarität), Berlin, März 2002,
- „Sozialpolitische Positionen der Volkssolidarität“, Berlin, März 2003,
- den „Qualitätspolitischen Grundsätzen der Volkssolidarität“ und dem „Pflegeleitbild der Volkssolidarität“,
- sowie in bisher erfolgten Stellungnahmen und Veröffentlichungen (vgl. Internet unter www.volkssolidaritaet.de)

II. Gesundheitspolitische Grundsätze der Volkssolidarität

- Die Volkssolidarität erwartet von allen im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien und von der Regierung der Bundesrepublik Deutschland, sich für ein Gesundheitswesen einzusetzen, in dessen Mittelpunkt der Mensch steht. Seinen berechtigten gesundheitlichen Bedürfnissen und Wünschen ist auch durch die vorgesehene Gesundheitsreform Rechnung zu tragen. Individuelle und soziale Gesundheit, Gesundheitspolitik und die Gesundheitsreform sind als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und zu gestalten.
- Grundlegender Anspruch an die Gesundheitspolitik ist eine für alle bezahlbar bleibende Gesundheit. Für die gesundheitliche Versorgung darf es keine sozial bedingten Zugangsbeschränkungen geben. Jeder muss im Bedarfsfall die Hilfe bekommen, die medizinisch und pflegerisch notwendig ist.

Wir fordern deshalb den Erhalt der paritätisch und solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen sowie eine willkürliche, medizinisch und pflegerisch nicht begründbare Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der GKV lehnen wir ab.

- Priorität beim Erhalt der GKV kommt der Sicherung und Erweiterung ihrer Finanzierungs- bzw. Einnahmehasis zu. Wichtige Voraussetzungen hierfür sieht die Volkssolidarität in einer wirksameren Arbeitsmarktpolitik sowie in der Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, u.a. Selbständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht für Erwerbstätige („Erwerbstätigen-“, oder „Bürgerversicherung“). Die private Krankenversicherung als Vollversicherung ist langfristig aufzuheben und auf eine Zusatzversicherung zu begrenzen. Die Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung von Vermögen, Zins- und Miteinnahmen in die Finanzierung der Krankenversicherung sowie deren Entlastung von versicherungsfremden Leistungen werden für unumgänglich gehalten.
- In das Zentrum der Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung zu rücken. Hierfür ist der Ausbau einer integrierten ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung durch die praktische Verwirklichung der Einheit von Prävention, Kuration, Pflege und Rehabilitation eine ebenso wichtige Bedingung wie die bessere Verzahnung von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung. Der Auf- bzw. Ausbau von ärztlichen Gesundheitszentren ist ebenfalls ein wichtiger und notwendiger Entwicklungsschritt.
- Ziel einer menschenwürdigen Gesundheitspolitik muss es sein, die gestiegene Lebenserwartung, das Phänomen der Hochaltrigkeit, die zunehmend größere Differenzierung der geschlechtsspezifischen Alterserkrankungen einschl. der wachsenden Zahl von Demenzkranken, bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen zu berücksichtigen. Es ist zu gewährleisten, dass die Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange in ihrem bisher gelebten Wohnumfeld erhalten bleibt.
- Versorgungs- und Strukturängel, Fehl- und Überversorgung, ineffiziente Arbeitsweisen und Mehrfachausgaben als Ergebnis mangelnder Koordination und Zusammenarbeit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sind zu überwinden. Das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen hat Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf hohem Niveau zu organisieren, Qualitätsziele und Leistungen für die Leistungserbringer zu definieren.
- Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung sind deutlich auszubauen. Die Verstärkung des Präventionsansatzes im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme psychosomatischer Erkrankungen beinhalten. Für Kinder, Frauen, ältere, behinderte sowie sozial benachteiligte Menschen sind spezifische Präventions- und Betreuungsangebote vorzusehen. Ein Präventionsgesetz (möglich als SGB XII) wird für erforderlich gehalten.
- Es gilt, die strukturelle Differenziertheit in der Versorgungsqualität zwischen den alten und den neuen Bundesländern zu überwinden. Versorgungsdefizite sind weiter abzubauen, der sich abzeichnende Ärztemangel in einigen ostdeutschen Regionen ist durch geeignete Maßnahmen, u. a. Anreize für Berufseinsteiger (Tätigkeit in Gesundheitszentralen) entgegenzuwirken. Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Bundesgebiet-Ost ist dem Vergütungsniveau im Bundesgebiet West unverzüglich anzugleichen.
- Notwendig ist auch eine Reform der Strukturen und Funktionsweisen der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Vereinbarte Regelungen sind verbindlicher zu definieren, die Strukturen

überschaubarer zu gestalten, Verwaltungsapparate zu verschlanken und die Anzahl der Krankenkassen zu verringern.

- Wir setzen uns ein für eine Minderung des Überangebots an Arzneimitteln, deren Wirksamkeit umstritten ist. Unser Plädoyer ist, die vorhandene „Positivliste“ für Arzneimittel im Sinne medizinisch fundierter und wirtschaftlich begründeter Ordnungsweisen anzuwenden.

Der Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, Medizinprodukte sowie auf Heil- und Hilfsmittel sollte halbiert werden.

Ein „freiwilliger“ Medikamentenpass wird für möglich gehalten, ein Patientenpass nicht.

Die vorgesehene Gesundheitsreform bietet die große Chance, verloren gegangenes Vertrauen in die künftige Sicherstellung einer hochwertigen, bezahlbaren medizinischen Versorgung und pflegerischen Betreuung wiederzugewinnen. Diese Chance darf im Interesse der Menschen nicht vertan werden.

Das dem Gesundheitswesen selbst innewohnende Modernisierungs- und Fortschrittspotenzial ist zu erschließen und zu mobilisieren. Es darf durch die mächtigen Interessengruppen nicht vernachlässigt oder gefährdet werden.

III. Stellungnahme zu wesentlichen Inhalten der Reform

1. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

- * Die Errichtung eines Zentrums für Qualität in der Medizin kann bei der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien und Pflegestandards für ausgewählte Krankheitsbilder im Sinne der Qualitätsentwicklung medizinischer und pflegerischer Versorgung ebenso hilfreich sein wie bei der Beschleunigung der Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis.
Die Einführung eines Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung, auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wird für notwendig erachtet. Was mit dem Pflegeversicherungsgesetz bei der pflegerischen Versorgung hinsichtlich der Qualitätssicherung und –entwicklung gesetzlich festgeschrieben wurde, muss im übertragenen Sinne auch für die ärztliche Versorgung in allen Leistungsbereichen durchgesetzt werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass es nicht wie beim Pflegeversicherungsgesetz zu einem völlig überdimensionierten bürokratischen Aufwand kommen darf.
- * Die vorgesehene Fortbildungspflicht für Vertragsärzte wird begrüßt, insbesondere mit Blick auf die wachsenden fachlichen Anforderungen bei der Versorgung chronisch Kranker im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme sowie des Hausarztes in seiner künftigen Lotsenfunktion. Unbedingt erweitert werden sollte der Fortbildungskatalog um die fachliche Befassung mit **Alterserkrankungen**, ihre Erkennung (z.B. Alzheimer), Vorbeugung und Behandlung sowie Rehabilitation.
- * Anliegen einer in die Zukunft weisenden Gesundheitspolitik muss es sein, Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung im Gesundheitssystem aus gesellschaftlicher Verantwortung heraus deutlich auszubauen. Hierin liegt eine in mehrfacher Hinsicht - auch unter dem Kostenaspekt - große Gesundheitsressource. Diese kann und muss in Gestalt konzertierter Strategien zur Vorbeugung vor Herz-, Kreislauf-, Krebs-, Rheuma-, Osteoporose- und Diabeteserkrankungen, aber auch von demenziellen Krankheitsbildern erschlossen werden. Die Verstärkung des

Präventionsansatzes im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme psychosomatischer Erkrankungen beinhalten.

Der dringende Ausbau des Gesamtbereiches Prophylaxe/Prävention sollte - auf der Grundlage eines zeitgemäßen, gesellschaftlichen Gesundheitsbewusstseins - durch folgende Anspruchsetzungen gekennzeichnet sein:

- Herausbildung einer verständlichen, altersgerechten, unspektakulären, sachlichen Gesundheitsinformation, Gesundheitsaufklärung sowie entsprechender Möglichkeiten der Gesundheitsberatung,
 - Organisierung eines systematischen Mütter-, Kinder- und Jugendgesundheitschutzes mit längerfristiger ärztlicher Betreuung,
 - Aufbau eines Dispensairesystems für besonders verbreitete Krankheiten und besonders gesundheitlich gefährdete Berufsgruppen mit Langzeitbetreuung,
 - Einrichtung spezifischer Vorsorge-, Betreuungs- und Nachsorgeangebote für Ältere, Behinderte und sozial Benachteiligte mit ärztlicher Begleitung,
 - Ausweitung des bisher unsystematischen Infektionsschutzes der Bevölkerung und Herstellen einer größeren Verbindlichkeit in der Wahrnehmung der diesbezüglichen Angebote,
 - Schaffung eines Systems zur frühzeitigen Förderung bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen.
- * Die Volkssolidarität unterstützt alle Initiativen, die auf die Schaffung eines „Präventionsgesetzes“ (evtl. SGB XII) gerichtet sind, in dem die Ziele der Prävention (für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) zu verankern, die Beteiligten zu benennen, die Zugangswege, die Koordinierung aller Präventionsmaßnahmen und die Mittelaufbringung zu regeln wären.

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- ❖ Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Sinne des Auf- bzw. Ausbaus einer integrierten gesundheitlichen Versorgung zu Überwindung sektoralen Arbeitens und der Gestaltung patientenorientierter Behandlungsabläufe wird ausdrücklich begrüßt. Die Öffnung der Krankenhäuser für im Gesetzentwurf vorgeschlagene Versorgungsgegebenheiten kann nur als ein erster Schritt in die richtige Richtung gewertet werden. Die Perspektive einer wirklichen, integrierten Versorgung verlangt die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung bei allen wesentlichen medizinischen Versorgungsleistungen, sowohl unter strukturellen als auch finanziellen Aspekten. In den sich bereits abzeichnenden medizinisch unterversorgten Regionen ostdeutscher Bundesländer gewinnt dieses Modell eine zusätzliche Bedeutung, es wird zur Notwendigkeit.
- ❖ Das vorgesehene Hausarztssystem, in dem der Hausärztin/dem Hausarzt eine Lotsenfunktion zugewiesen werden soll, wird befürwortet, sofern dadurch nicht zusätzliche Belastungen für Patienten entstehen, insbesondere für chronisch Kranke. Für diesen Patientenkreis darf die beabsichtigte Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung nicht gelten, da bei der Behandlung chronisch kranker Patienten der Fachärztin/dem Facharzt aus medizinischer Sicht ebenfalls eine Lotsenfunktion zugestanden werden sollte. Die Qualifizierung der Hausärzte für dieses System, insbesondere für die „sprechende“, beratende und psychologisch begleitende Medizin darf wohl als wesentliche Voraussetzung für dieses Modell angesehen werden. Fraglich ist auch, ob die hausärztlichen Kapazitäten für dieses Modell überhaupt gegeben sind, zumal in ausgewiesenen Regionen ostdeutscher Bundesländer bereits jetzt strukturelle Defizite in der hausärztlichen Versorgung sichtbar werden (siehe Hinweis bei „Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung“).

- ❖ In der Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Leistungserbringung und in das Einzelvertragssystem wird ein bedeutender Fortschritt auf dem Weg zur Überwindung isolierten haus- und fachärztlichen Arbeitens und zur besseren Auslastung von Versorgungskapazitäten gesehen, falls dies nicht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztevereine aus Gründen egoistischen Besitzstandsdenken unterlaufen wird.

Der bei Verabschiedung des Gesetzes rechtlich gestärkte Auf- bzw. Ausbau von Gesundheitszentren birgt ein erhebliches Erneuerungspotenzial für eine patientenfreundliche Gesundheitsversorgung in sich, für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung bis hin zu deutlichen Möglichkeiten einer integrierten Versorgung innerhalb ambulanter Versorgungsleistungen. Schnittstellen zwischen der medizinischen und pflegerischen Versorgung können dadurch transparenter und ggf. besser beherrschbar werden. Darüber hinaus bieten Gesundheitszentren jüngeren Ärztinnen und Ärzten gute Möglichkeiten des Berufseinstiegs und nicht zuletzt können sie ärztliches Handeln von übermäßiger Bürokratie zum Nutzen der Patienten befreien.

Die Volkssolidarität hebt aufgrund ihres Transformationswissens und ihrer Transformationserfahrungen von einem Gesundheitssystem in ein anderes hervor, dass Gesundheitszentren bei entsprechender gesundheitspolitischer Ausgestaltung medizinisch, strukturell und wirtschaftlich-finanziell bedeutende Entwicklungspotenziale aufweisen. Das Gesetz sollte Anreize zur Förderung des Auf- bzw. Ausbaus von Gesundheitszentren beinhalten.

- ❖ Eine besondere Herausforderung für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz stellt für die Volkssolidarität die Sicherung der Versorgungsqualität bei chronischen und Alterserkrankungen dar. Die Qualität der gerontopsychiatrischen und geriatrischen Versorgung sollte im Gesetz aus unserer Sicht stärker verankert werden. Für erforderlich halten wir
 - den Ausbau der Früherkennung und Frühbehandlung von Alterserkrankungen durch eine stärkere medizinische Beachtung altersspezifischer Risikofaktoren,
 - die altersgerechte Ausrichtung von Behandlungsmethoden in der akuten, präventiven und rehabilitativen Medizin und in der pflegerischen Betreuung,
 - Angebote zur integrativen Rehabilitation Älterer als Kombination verschiedener Therapien, mit ärztlicher Begleitung und der Koordination der Pflegeleistungen, weitestgehend als ambulante Leistungsangebote,
 - altersgerechte Programme zum Erhalt lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zur möglichst langen selbständigen Lebensführung,
 - die besondere Berücksichtigung der sozialen und geistig-seelischen Betreuung sowie
 - eine altersgerechte Gesundheitsinformation und –beratung.

3. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

- Die Schwerpunkte zur Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems werden als Schritt zur weiteren Ausschöpfung der Leistungsreserven im Gesundheitswesen angesehen. Bedenken ruft die Einführung von Fallpauschalen in der ambulanten Versorgung hervor, weil sich die „Einpassung“ von geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern in das Fallpauschalensystem bereits jetzt als außerordentlich kompliziert darstellbar erweist und in der Umsetzung im stationären Bereich sofort die diesbezüglichen Grenzen erkennbar wurden.
- Die Schaffung von Vergütungsanreizen zur Erfüllung effizienter Versorgungsformen wird seitens der Volkssolidarität mit Blick auf den erstrebenswerten Auf- bzw. Ausbau in besonderer Weise begrüßt, weil dies deutliche Impulse für eine Struktur- und Qualitäts-

verbesserung im Sinne einer ganzheitlichen ambulanten Versorgung, für langfristige Kostendämpfung und für die Tätigkeitsaufnahme junger Ärztinnen und Ärzte stehen würde.

4. Modernisierung der Steuerung des Systems

Die Vorstellungen zur Modernisierung der Steuerung des Systems werden durch die Volkssolidarität mit folgenden Anspruchssetzungen unterstützt:

- Qualifizierung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen unter besonderer Berücksichtigung der Belange der in den ostdeutschen Bundesländern tätigen Krankenkassen sowie der Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Versicherter,
- Verschlankung der Verwaltungsstrukturen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und gleichermaßen bei den Krankenkassen durch entschiedenen Abbau von überdimensionierten, bürokratischen Kontrollmechanismen sowie drastische Reduzierung der Zahl von Krankenkassen.

5. Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte

Die vorgesehenen gesetzlichen Schritte zur Verbesserung, Stärkung und Vergrößerung der Patientensouveränität und der Patientenrechte werden von der Volkssolidarität mit Skepsis aufgenommen. Erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit bzw. Wirksamkeit sind anzumelden.

Die Schaffung eines Amtes der/des Beauftragten für die Belange der Patienten sowie das vorgesehene Beteiligungsrecht für eine Verbesserung der Patientenverfügung in den „Bundesausschüssen“ verkörpern Momente institutionalisierter Demokratie, ohne tatsächlich etwas bewirken zu können, weil keine dementsprechende Ausstattung mit Entscheidungskompetenzen vorgesehen ist. Allein die Definition bzw. Festlegung darüber, was denn „Patientenorganisationen“ sind und wer die Auswahl trifft, birgt undemokratische Vorgehensweisen und erneute Ausgrenzungen in sich.

Es ist äußerst kritisch anzumerken, dass der Gesetzentwurf keine Aussagen zur Verbesserung der Patientensouveränität und Patientenrechte älterer Menschen beinhaltet, was angesichts der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen und Chancen als deutliches Defizit des Gesetzentwurfs anzusehen ist. Die Volkssolidarität verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Initiative zur Schaffung eines „Bundesseniorenvertretungsgesetzes“, dessen Textentwurf der Bundesregierung vorliegt.

Hinsichtlich der Selbsthilfeförderung schließt sich die Volkssolidarität den Positionen des Paritätischen Gesamtverbandes in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf vom 02. 06. 2003 an.

Im Gesetz sollte die Selbsthilfe bzw. Selbsthilfeförderung um den Begriff der „Seniorenselbsthilfe“ erweitert bzw. ergänzt werden.

6. Bonus für Versicherte

Bonusmodelle, wie sie das Gesetz vorsieht, werden von der Volkssolidarität begrüßt, sofern sie praktisch handhabbar sind, chronisch Kranke dadurch nicht benachteiligt werden und sich der Verwaltungsaufwand eingrenzen lässt, so dass ein Kostendämpfungseffekt auch tatsächlich eintritt.

Hervorzuheben und zu unterstützen ist die Schaffung von Anreizen für die Teilnahme an Präventionsprogrammen und Vorsorgeuntersuchungen.

7. Verbesserung der Transparenz

- Der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte steht die Volkssolidarität sehr skeptisch bis ablehnend gegenüber, wobei Rationalisierungseffekte nicht von der Hand zu weisen sein dürften.
Eine grundlegende Voraussetzung, die bisher der Öffentlichkeit hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit noch nicht vermittelt werden konnte, für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist der Missbrauchsausschluss durch Dritte und die alleinige Entscheidungshoheit über die Verwendbarkeit der Daten durch die/den Versicherte(n).
- Der Einführung einer Patientenquittung wird seitens der Volkssolidarität zugestimmt.

8. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

- * Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung können bei entsprechender Ausgestaltung ein Schritt zur Kostendämpfung sein. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität dürfte davon nicht zu erwarten sein.
- * Die Einführung einer Positivliste für wirksame Arzneimittel steht nach wie vor aus. Sie müßten endlich wirksam werden, um die finanziellen Belastungen im Arzneimittelbereich besser steuern zu können. Auch die Preisbildung bei Arzneimitteln, medizinischen Geräten sowie Heil- und Hilfsmitteln und Handelsspannen gehört auf den Prüfstand, ohne dass dabei der Leistungskatalog eingeschränkt wird. Festbetragsregelungen und Obergrenzen können als Steuerungsinstrumente den Preisanstieg begrenzen.
- * Wir fordern eine schnelle Halbierung der Mehrwertsteuer für Arznei- sowie für Heil- und Hilfsmittel. Dies würde die GKV und die Patienten direkt entlasten.

10. Neuordnung der Finanzen

a) Zur Einnahmesituation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Hauptursache der Finanzkrise der GKV ist bekanntlich die dramatische Verschlechterung ihrer Einnahmen, weshalb die Kräftigung der Finanzierungsgrundlagen wesentliches Anliegen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist. Von daher müsste die „Neuordnung der Finanzierung“ zuvorderst auf die Stärkung der Einnahmebasis ausgerichtet sein, und nicht in erster Linie – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – durch Leistungsausgrenzung, Leistungskürzung und Leistungsbeschränkungen.

Zur Verbesserung der Einnahmebasis der GKV fordert die Volkssolidarität

- eine aktive Arbeitsmarktpolitik, die zu mehr Beschäftigung führt und den Niedriglohnsektor, der für die Finanzierung der GKV ebenfalls kontraproduktiv ist, nicht weiter anwachsen lässt,
- die Einbeziehung aller Erwerbstätigen ab dem 18. Lebensjahr in die Gesetzliche Krankenversicherung (u. a. Selbständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete) auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht für Erwerbstätige (vgl. "Bürgerversicherung") entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft,

- die Aufhebung der Pflichtversicherungs- und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung auf das Niveau der Rentenversicherung,
- die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen und deren Finanzierung aus Steuermitteln,
- die Einbeziehung von Vermögen, Zins- und Mieterlösen in die Beitragsbemessung sowie
- die perspektivische Umwandlung der privaten Krankenversicherung (PKV) als derzeitige „Vollversicherung“ in eine private Zusatzversicherung für Leistungen, die das medizinisch und pflegerisch Notwendige überschreiten und über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen.

Nach Auffassung der Volkssolidarität ist eine stabile, dauerhafte und damit zukunftsfeste Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungssysteme nur durch die Ausweitung der gesellschaftlichen Solidarität im Sinne der Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise und höherer Einkommen möglich. Eine Alternative zur „Bürgerversicherung“ ist nicht erkennbar.

Der Gesetzentwurf bleibt hinsichtlich der Verbesserung der Einnahmesituation der GKV weit hinter dem Notwendigen und den Bedarfen zurück und trägt von daher mehr die Zeichen einer Symptombekämpfung denn einer Ursachenbeseitigung für bestehende Finanzierungsschwierigkeiten.

b) Zur Ausgabensituation in der GKV

Die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen, die keinen Bezug zur Krankheit haben, findet die Zustimmung der Volkssolidarität, sofern ihre Finanzierung aus Steuermitteln gewährleistet wird.

Die Herausnahme nicht versicherungspflichtiger Medikamente aus der Leistungspflicht der Krankenkassen kann nicht befürwortet werden, weil die dadurch prognostizierten Einsparungen allein von den Versicherten zu tragen wären. Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieses Vorgehen nicht Reaktionen im Verschreibungsverhalten von Ärzten hervorbringt, die alle Einsparungsabsichten zunichte machen.

Die Absicht, alle Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit von Rentnern, die in der GKV versichert sind, mit dem vollen Beitragssatz zu belegen, würde zu ungerechtfertigten Belastungen führen. Für Rentner in den ostdeutschen Bundesländern, die mangels Möglichkeiten zur Vermögensbildung in früheren Jahren und niedrigeren Renten (87,6 % des Rentenwertes West) einer selbständigen Tätigkeit zur Stabilisierung ihres Alterseinkommens nachgehen, wären besonders betroffen und erleben das neben dem sozial ungerechtfertigtem Niveauunterschied bei den Renten als erneute Ungerechtigkeit.

Die Herauslösung des Krankengeldes aus der GKV und dessen vorgesehene allseitige Finanzierung durch die Versicherten lehnt die Volkssolidarität grundsätzlich ab. Dadurch würde die paritätische Finanzierung der Gesundheits- bzw. Krankheitskosten durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber weiter zu Lasten der Versicherten abgebaut, obwohl nicht wenige Arbeitnehmer durch ihre Erwerbsarbeit erkranken und sich diese Entwicklung insbesondere bei psychosomatischen Erkrankungen verstetigt.

11. Neugestaltung von Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Die Volkssolidarität ist entschieden gegen die vorgesehene Neugestaltung der Zuzahlungen,

- weil weitere Selbstbeteiligungen und erhöhte Zuzahlungen die Inanspruchnahme

gesundheitlicher Leistungen vermindern und damit das Krankheitsrisiko vergrößern, was wiederum zu höheren finanziellen Anforderungen führt,

- weitere Selbstbeteiligungen und erhöhte Zuzahlungen sozial ungerecht sind, weil sie Kranke, sozial Benachteiligte, Hilfsbedürftige und Ältere relativ höher belasten,
- Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen schwächen die Zahlungs- bzw. Kaufkraft der Betroffenen und wirken hinsichtlich der Wirtschaftswachstums kontraproduktiv.