



DGVP Deutsche Gesellschaft für
Versicherte und Patienten e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) e.V.
zur öffentlichen Anhörung am 15. Oktober 2008, 15:30 – 17:00 Uhr der Anträge von

- a) Antrag der Fraktion der FDP
**„Gesundheitsfonds stoppen – Beitragsautonomie der Krankenkassen
bewahren“** (BT-Drs. 16/7737)

- b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**„Gesundheitsfonds stoppen – Morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleich
einführen“** (BT-Drs. 16/8882)

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) e. V. schließt sich den beiden o.g. Anträgen an und fordert die Bundesregierung auf, die Einführung des Gesundheitsfonds sofort zu stoppen.

Richtiger wäre es, zuerst das Gesundheitssystem zu entbürokratisieren und sinnvolle Einsparungspotentiale zu realisieren, bevor die Krankenkassen Beiträge festlegen und der Fonds eingeführt wird. Ansonsten werden die Ausgaben weiterhin steigen und Qualitätseinbußen die Folge sein.

Nach Verabschiedung des Gesetzes haben nahezu alle am Gesundheitssystem beteiligten Institutionen und Verbände massive und ernst zu nehmende Kritik an dem Regierungsvorhaben geäußert. Dem schließt sich die DGVP an. Die DGVP sieht in dem Gesundheitsfond ein Instrument, das nicht geeignet ist, die Finanzierungsprobleme des Systems zu lösen. Das Gegenteil ist der Fall: Der Fonds schafft neue Probleme.

Versicherte, die dem Wettbewerbsgedanken des Ministeriums bisher gefolgt sind und zu einer preisgünstigen Versicherung gewechselt sind, erleben mit dem Fonds eine unzumutbare Beitragserhöhung.

Schon jetzt ist abzusehen, dass die GKV mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent nicht auskommen wird. Hier haben die Versicherungen die Möglichkeit einen Zusatzbeitrag bis zu 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens zu verlangen. Zusatzbeiträge bis zu acht Euro im Monat können ohne Einkommensprüfung erhoben werden – und man kann damit rechnen, dass Kassen diese Summe pauschal erheben. Den Zusatzbeitrag müssen die Mitglieder alleine tragen und an ihre Krankenkasse abführen. Die Arbeitgeber sind finanziell nicht beteiligt. Die Berechnung des Zusatzbeitrags erfordert also nicht nur enormen bürokratischen Aufwand, sie ist gleichzeitig auch eine einseitige Belastung des Arbeitnehmers. Der nun festgelegte Satz von 15,5% ist eine eindeutige Erhöhung der bisherigen durchschnittlichen Beitragshöhe und widerspricht den Zielen der Bundesregierung, die Lohnnebenkosten deutlich zu senken. Auch die Reduzierung des Arbeitslosenbeitrags um 0,5% macht dies nicht wett.

Da die Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen versuchen werden, ohne den Zusatzbeitrag auszukommen, ist davon auszugehen, dass die Kassen angesichts ihrer bereits jetzt angekündigten Unzufriedenheit mit der Beitragshöhe weitere Leistungskürzungen und Rationierungen vornehmen müssen. Es ist zu befürchten,



DGVP Deutsche Gesellschaft für
Versicherte und Patienten e.V.

dass die Rationierung von Leistungen höher bewertet werden wird als die Qualität der Versorgung.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi RSA):

Mit der Einbeziehung von Krankheitsrisiken in den RSA soll die tatsächliche Lastenverteilung zwischen den Kassen gerechter gestaltet werden. Das ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings zweifelt die DGVP an der wissenschaftlichen Fundierung der Auswahlliste, die den vielfältigen Aspekten und Kriterien nicht gerecht wird. Die Krankheitswahrscheinlichkeit oder die Krankheitsanfälligkeit nach Bevölkerungsschichten oder nach regionalen Gegebenheiten lassen sich nur sehr schwer statistisch festlegen, da es keine flächendeckende Gesundheitsforschung in Deutschland gibt. Diese muss eingeführt werden, da nur durch eine solche zu erfassen ist, wie sich die Risiken auf Bevölkerung und Versicherung verteilen.

Zudem wird durch die vorgesehene Begrenzung auf 50 bis 80 kostenintensive chronische Erkrankungen eine Klassifizierung dieser Krankheiten vorgenommen, die nicht gerechtfertigt ist – es werden Krankheiten erster und zweiter Klasse unterschieden. Weiterhin ist zu befürchten, dass Kassen zwar an Patienten interessiert sind, die unter den Morbi RSA fallen, um die zusätzlichen Gelder aus dem Fonds zu erhalten, gleichzeitig aber gezwungen sind, die Aufwendungen für eben solche Patienten im Einklang mit der generellen Leistungsrationierung zu beschränken. Hierunter leidet die Qualität der Versorgung.

Heppenheim, 08.10.2008

Der Vorstand
Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V.