



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zu den Anträgen

a) der Fraktion der FDP

Gesundheitsfonds stoppen – Beitragsautonomie der Krankenkassen bewahren
BT-Drs. 16/7737

b) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

**Gesundheitsfonds stoppen – Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
einführen**
BT-Drs. 16/8882

c) der Fraktion DIE LINKE

**Das Gesundheitssystem nachhaltig und paritätisch finanzieren –
Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Teilkaskotarife stoppen**
BT-Drs. 16/10318

Berlin, 15. Oktober 2008

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundeschvorstand
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Das Antragsbegehren

Die Anträge der drei Fraktionen haben zum Ziel die Schaffung eines Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2009 rückgängig zu machen, bzw. den Einführungstermin aufzuheben.

Während die FDP-Fraktion gleichzeitig den einheitlichen Beitragssatz kritisiert und sich für die Beibehaltung kassenindividueller Sätze ausspricht, setzt sich die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für die Einführung eines umfassenden Risikostrukturausgleichs ein. Auch Die LINKE spricht sich für einen Risikostrukturausgleich aus, der die Erkrankungsschwere und -häufigkeit berücksichtigt. Ebenso will sie, dass der Zusatzbeitrag abgeschafft wird, keine Wahltarife mit individuellen Einsparmöglichkeiten für die Versicherten angeboten werden und die Finanzierungsgrundlage im Sinne einer Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger verbreitert wird.

Zur Einführung des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds wurde bereits mit dem GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 beschlossen. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat sich in dem damaligen Gesetzgebungsverfahren für andere Lösungen bei der Finanzierung unseres Gesundheitswesens eingesetzt, die zum Erhalt und Ausbau der bewährten sozialen gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Dazu wird in erster Linie eine gerechtere Finanzierung gebraucht. Deshalb hat sich ver.di für die Bürger/innen-Versicherung engagiert. Solidarität und Parität sind dort die Leitprinzipien: Alle sollen nach ihren Möglichkeiten zur Finanzierung beitragen und die Arbeitgeber sollen in der Kostenverantwortung bleiben. Kapitaleinkünfte müssen in die Finanzierung einbezogen werden damit die Beitragsbelastung der Erwerbseinkommen reduziert wird. Und wir haben uns für eine Finanzierungsform ausgesprochen, die die private Krankenversicherung einbezieht und damit die Solidarität stärkt.

Der Gesundheitsfonds entspricht diesen Zielen nicht: Weder ist im Rahmen des Fonds die Beteiligung der privaten Krankenversicherung noch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung geplant.

Die Finanzsouveränität der von den Versicherten gewählten Selbstverwaltung wird im Kern ausgehöhlt. Der Beitragssatz der Krankenkassen wird vom Gesetzgeber festgelegt. Damit unterliegt er der Gefahr der „politischen“ Beitragsfestsetzung. Es wird somit ein wichtiger gesellschaftlicher Bereich verstaatlicht, der bislang weder tagespolitischen, noch anderen, womöglich sachfremden Einflüssen unterliegt.

Zum Beitragsbedarf

Der jetzt von der Bundesregierung geplante Beitragssatz von 15,5 Prozent zeigt dieses Dilemma auf: Einerseits ist damit die Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum frühestmöglichen Zeitpunkt programmiert. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen, die allein von den Arbeitnehmern geschultert werden müssen, ist vor diesem Hintergrund bereits absehbar. Andererseits war die Bundesregierung nicht in der Lage zu Beginn des Wahljahres 2009 einen auch auf die Zukunft hin kostendeckenden Beitragssatz zu empfehlen. Damit wird den Versicherten neben einem bisher schon alleine – ohne Arbeitgeberbeteiligung – zu leistendem Beitragssatzanteil von 0,9 Prozent und den vielfältigen Zuzahlungen beim Arzt, im Krankenhaus, bei häuslicher Pflege, bei Medikamenten etc. ein weiterer Beitrag ohne Arbeitgeberanteil zugemutet.

Im Weiteren verweisen wir ausdrücklich auf die vom Deutschen Gewerkschaftsbund für alle Gewerkschaften abgegebene Stellungnahme.

Zu den Wirkungen auf Kassen und Leistungserbringer

Die Einführung des Gesundheitsfonds und die mit ihm zusammenhängenden Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung beeinflussen auch Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten bei den Krankenkassen und bei den Leistungserbringern, wie Krankenhäuser, Therapeutische Dienste oder Arztpraxen.

So ist mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 mit einer verstärkten Fusion aber auch mit Schließungen von Krankenkassen zu rechnen. Der bisher hochwertige und wohnortnahe Service für die Versicherten und die Arbeitsplätze für die Beschäftigten der Krankenkassen sind unter dem finanziellen Druck in höchstem Maße gefährdet. Gerade Krankenkassen mit einem hohen Anteil älterer, kranker und beratungsintensiver Versicherter haben einen großen Beratungs- und Bearbeitungsaufwand, z .B. bei Anträgen auf Zuzahlungsbefreiung, bei der Hilfsmittelversorgung, bei der Rehabilitation u. a. Es ist nicht davon auszugehen, dass Kassen diesen für ihre Versicherten erforderlichen Service aufrecht erhalten werden, wenn ein Zusatzbeitrag droht.

Völlig in Schieflage gerät das solidarische Sicherungssystem wenn andererseits sogenannte Internetkassen, die kaum persönliche Betreuung leisten, ihren Versicherten noch Prämien auszahlen können.

Mit diesen offensichtlich gewollten Veränderungen sind auch der Abbau und eine Verlagerung von qualifizierten Arbeitsplätzen verbunden. Vor allem die durch Familie in ihrer Mobilität eingeschränkten Arbeitnehmer/innen sind von dieser Entwicklung betroffen.

ver.di hat bereits an anderer Stelle einen qualitätsorientierten Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherungen gefordert. Dies ist zum Schutz der Beschäftigten und im Sinne einer umfassenden Versorgung und Beratung für die Versicherten auch geboten.

Der Fonds wirkt auch auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen. Die im Gesetz angelegte Unterfinanzierung – der Fonds kann auf eine Ausgabendeckung von 95 Prozent absinken – wird eine Vielzahl neuer Versorgungsformen nicht mehr ermöglichen. Gerade für aufwändige und langfristig angelegte Verträge mit regionalen bevölkerungsbezogenen Ansätzen im Rahmen der integrierten Versorgung wird mit dem Fonds eine weitere Hürde geschaffen. Obwohl sie eine deutliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung darstellen und durch ihre stark präventiven Ansätze in der Lage sind, Krankheitsfolgekosten zu reduzieren waren bereits bisher wegen der von Anfang an befristeten Förderung integrierter Versorgung solche Vertragsformen nur in sehr geringem Umfang entwickelt worden. Unter Fondsbedingungen ist ein Rückzug aus der integrierten Versorgung insgesamt zu erwarten.

Auch traditionelle Versorgungsbereiche geraten unter einen erhöhten Kostendruck. So waren bereits im Vorfeld der Fondseinführung die erforderlichen finanziellen Verbesserungen z.B. für die Krankenhausversorgung immer unter dem Blick auf die Beitragssatzhöhe geführt worden. Die qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten oder gute Arbeitsbedingungen der Beschäftigten spielen nur noch eine untergeordnete Rolle.

Eine auf die Zukunft gerichtete Gesundheitspolitik wird durch den verengten Blickwinkel auf die Finanzierung gefährdet.

Schlussfolgerungen

Aus den dargelegten Gründen hält die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di den Fonds in der vorliegenden Form nicht für geeignet die Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung sicher zu stellen. Die Einführung des Gesundheitsfonds rückgängig zu machen hilft aber auch nicht weiter. Vielmehr muss es darum gehen kurzfristig die Krankenkassen mit den erforderlichen Mitteln auszustatten, um eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.

Wir brauchen klare Vorgaben für eine gute Versorgung im Krankheitsfall. Dazu gehören Kompetenz, am Patienten orientierte Abläufe und qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl. Solche Vorgaben müssen verbindliche Voraussetzung in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sein.

Hier sehen wir dringenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Initiativen, wie die Einrichtung von Expertengruppen zur Personalbemessung, wie sie nach dem Pflegegipfel der Bundesgesundheitsministerin vereinbart wurden, könnten zielführend sein, wenn sie tatsächlich in absehbarer Zeit zu Gesetzen oder Verordnungen führen.

Mittelfristig ist eine Bürger/innenversicherung erforderlich, wie sie bereits oben skizziert wurde. Bis zu deren Realisierung ist der Staatszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu erhöhen. Der DGB hat bereits in seiner Stellungnahme auf das Problem hingewiesen, dass für ALG II Empfänger/innen kein ausgabenadäquater Beitrag an die Krankenkasse überwiesen wird. Eine Anhebung des derzeitigen Satzes auf den durchschnittlichen Ausgabenbedarf der Krankenkassen von ca. 250 Euro pro Versichertem würde die Versichertengemeinschaft insgesamt um 4,5 Mrd. Euro jährlich entlasten.

Gesellschafts- und familienpolitische Leistungen, die der Staat den Krankenkassen aufgibt, brauchen eine höhere staatliche Förderung als derzeit vorgesehen.