

Diskussionsveranstaltung

"Gesundheit nachhaltig gestalten"

Statement von:

Ulrike Mascher

Vizepräsidentin des
Sozialverbandes VdK Deutschland e.V. und
Vorsitzende des Sozialverbandes VdK Bayern

**"Anforderungen an eine nachhaltige Gesundheitsreform aus der
Perspektive chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen"**

Mittwoch, 28. Juni 2006
im Hotel Aquino, Tagungszentrum, Katholische Akademie,
Hannoversche Straße 5b, 10115 Berlin

Anforderungen an eine nachhaltige Gesundheitsreform aus der Perspektive chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

erste Eckpunkte der Gesundheitsreform nehmen in diesen Tagen konkretere Formen an. Dennoch bleibt vieles unklar, sowohl was die Leistungsseite als auch die Finanzierungsseite angeht.

In einer solchen Situation ist es sinnvoll, sich noch einmal die Ziele einer solchen Reform vor Augen zu führen. Was soll eigentlich erreicht werden durch die Reform des Gesundheitswesens? Ich will dies aus der Perspektive derjenigen schildern, deren Versorgung für das Gesundheitswesen aus qualitativer wie aus finanzieller Sicht zentral sein sollte: Die wachsende Zahl chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen.

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland sollten folgende Ziele Richtschnur einer Reform sein, die den Namen verdient:

Eine Bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur für chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen schaffen (Effektivität)

Verschwendungsanreize beseitigen (Effizienz)

Nachhaltige Finanzierung sichern und die Lasten der Finanzierung gerecht verteilen

1. Bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstruktur für chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen schaffen

Zu einer bedarfsgerechten Versorgung gehört zunächst, dass Patientinnen und Patienten die notwendigen Leistungen auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse erhalten, die sie brauchen. Weiteren Einschnitten in den Leistungskatalog erteilt der Sozialverband VdK eine klare Absage.

Wir brauchen eine stärkere Integration der strikt getrennten Versorgungsbereiche. Ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung. Die niedergelassenen Ärzte haben ein Monopol in der ambulanten Versorgung, Krankenhäuser können nur in Ausnahmefällen ihre Patienten weiterbehandeln, wenn sie aus dem Krankenhaus kommen. Auch ist die Zusammenarbeit zwischen Akutversorgung, Prävention und Rehabilitation unzureichend und zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen.

Ein Weg zu einer besseren Verzahnung ist, die Krankenhäuser stärker für die ambulante Behandlung zu öffnen und durch die Bereinigung der Budgets auch Anreize für die Umsetzung zu schaffen. Entsprechende Signale aus dem Bundesministerium für Gesundheit begrüßt der Sozialverband VdK ausdrücklich.

Auch die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation muss verbessert werden:

Die Rehabilitation fristet gegenüber der Akutversorgung nach wie vor ein Schattendasein.

Angesichts der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen und der Alterung der Gesellschaft kommt der Rehabilitation eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheit zu. Deshalb muss die Rehabilitation zu einer Pflichtleistung ausgebaut und in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

Ob und in welchem Umfang Krankenkassen gute, integrierte Versorgungsangebote für chronisch kranke und behinderte Menschen anbieten, hängt auch davon ab, wie der Wettbewerb der Krankenkassen ausgestaltet wird. Bislang findet der Wettbewerb nur um den Beitragssatz, nicht um Qualität statt. Dies führt dazu, dass die Krankenkassen eher mit allerlei Zusatzangeboten gut verdienende, gesunde Versicherte anlocken als gute Versorgungsangebote für chronisch kranke und ältere Versicherte aufzubauen, die – so das Kalkül – den Beitragssatz nach oben treiben. Wir fürchten, dass durch den Gesundheitsfond die Risikoselektion noch verschärft wird. Durch die kleine Gesundheitsprämie werden die Kosten für die Krankenversicherung noch deutlicher, die Wechselbereitschaft der jungen und gesunden Versicherten sich weiter erhöhen. Für die verbleibenden bleiben höhere Beiträge und eine schlechtere Versorgung.

Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist in jedem Fall unverzichtbar.

Entscheidend ist auch mehr Transparenz für die Versicherten über Versorgungsangebote und deren Qualität – und zwar Träger und Anbieter unabhängig.

2. Verschwendungsanreize beseitigen

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Effizienzreserven, die gehoben werden können. Die geschilderten Vorschläge zur Beseitigung der Schnittstellenprobleme, die Stärkung von Prävention und Rehabilitation, mehr Transparenz des Versorgungsgeschehens verbessern aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland nicht nur die Versorgung, sie sparen langfristig auch Geld.

Daneben liegen eine ganze Reihe von strukturellen Reformvorschlägen auf dem Tisch, die endlich umgesetzt werden müssen:

Wir begrüßen, dass Kassenarten übergreifende Fusionen zugelassen werden sollen. Momentan gibt es rund 270 Ersatz-, Betriebs- und Ortskrankenkassen, die alle ähnliche Leistungen erbringen. Deshalb ist es richtig, dass Zusammenschlüsse erleichtert werden.

Zu einer höheren Effizienz des Mitteleinsatzes kann auch mehr Wettbewerb der Leistungserbringer durch Einzelverträge beitragen.

Erlauben Sie mir aus aktuellem Anlass noch einen anderen Hinweis: Aus Sicht des Sozialverbandes VdK sollte stärker mit Anreizen für Versicherte gearbeitet werden. Ab ersten Juli können Patienten, die sich für besonders preisgünstige Medikamente entscheiden, die Zuzahlung sparen. Bereits jetzt ist ein erheblicher Preiskampf im Generika-Markt ausgelöst worden. Das zeigt doch, dass positive Anreize wirkungsvoller sind als Sanktionen.

Wer sich um einen effizienten Mitteleinsatz bemüht, der muss vor dem geplanten Gesundheitsfond schaudern: Der Gesundheitsfond wird zu mehr und teurer Bürokratie führen, wenn die Krankenkassen neben dem Einzug der Beiträge über den Arbeitgeber ein individuelles Einzugsverfahren bei den Versicherten einschließlich Inkasso aufbauen müssen. Ich kann nur davor warnen, im Schnellverfahren weit reichende Eingriffe vorzunehmen, deren Wirkung man nicht überschaut.

3. Nachhaltige Finanzierung sichern und die Lasten der Finanzierung gerecht verteilen

In der Öffentlichkeit ist immer wieder von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Rede, wenn über neue und steigende Defizite berichtet wird. Und gewiss müssen wir uns bemühen, unnötige Ausgaben zu vermeiden und die vorhandenen Mittel effizient einzusetzen. Es wird allerdings auch gerne übersehen, dass die Krankenversicherung wie alle anderen Sozialversicherungen auch ein erhebliches Einnahmeproblem hat.

Das Statistische Bundesamt hat jüngst die Zahlen für die gesamte Sozialversicherung veröffentlicht. Danach wuchsen die Ausgaben 2005 um 0,6 Prozent und damit deutlich schwächer als die Wirtschaft insgesamt. Die Einnahmen dagegen sanken um 0,5 Prozent. Diese Lücke zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Wirtschaftswachstum beobachten wir seit Jahren. Der Sozialverband VdK unterstützt deshalb nachhaltig Überlegungen, Steuern zur Finanzierung heranzuziehen. Dies macht die GKV ein Stück unabhängiger von den Löhnen und bezieht auch diejenigen in die Finanzierung mit ein, die sich bislang nicht beteiligen, beispielsweise Beamte und Selbständige.

Völlig unverständlich ist der steuerpolitische Schlingerkurs der Bundesregierung. Erst werden die Zuschüsse aus der Tabaksteuer gestrichen und eine erhebliche Finanzierungslücke gerissen. Anschließend entdeckt man den ordnungspolitischen Charme einer solchen Lösung. Hier ist eine nachhaltige und verlässliche Politik erforderlich.

Entscheidend ist, dass die Lasten der Finanzierung gleichmäßig auf alle Schultern verteilt werden. Deshalb erteilt der Sozialverband VdK dem Einfrieren des

Arbeitgeberbeitrags eine Absage. Die Kosten des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels werden damit einseitig den Versicherten aufgeladen, vermutlich über eine zusätzliche Kopfpauschale. Aus der kleinen Kopfpauschale wird schnell eine große werden, so dass gerade die niedrigen Einkommensbezieher überdurchschnittlich belastet werden. Noch völlig unklar ist, ob es dafür einen sozialen Ausgleich geben wird.

Ebenso unsolidarisch ist eine weitere Erhöhung der Zuzahlungen für die Patientinnen und Patienten. Es ist gerade einmal gut zwei Jahre her, dass durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erhebliche Belastungen durch Zuzahlungen und Praxisgebühr vorgenommen wurden. Bereits heute verzichten Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und niedrigem Einkommen aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische Leistungen. Eine Abschaffung der Chroniker-Regelung wäre vor diesem Hintergrund unverantwortlich.

Ein weiterer Baustein eines Gesamtkonzepts für die Finanzierung muss auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Höhe der Rentenversicherung sein. Jeder Versicherte soll nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Systems beitragen. Wer ein höheres Einkommen erzielt, muss auch einen höheren Beitrag leisten. Deshalb ist es erforderlich, auch die Einkommen jenseits von rund 3500 Euro mit Beiträgen zu belegen – zumindest bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung.

Abschließend will ich noch auf die Rolle der privaten Krankenversicherung eingehen. Es gehört zu den auch gegenwärtig wieder bemühten Legenden, dass sich die private Krankenversicherung durch besonders intensiven Wettbewerb und Wahlfreiheit auszeichnet. Das Gegenteil ist richtig. Innerhalb der PKV ist schon nach einer kurzen Versicherungszeit der Wechsel praktisch unmöglich, da die Altersrückstellungen nicht mitgenommen werden können und komplett neu aufgebaut werden müssten. Um tatsächlichen Wettbewerb innerhalb der PKV zu schaffen, muss die Portabilität der Altersrückstellungen ermöglicht werden.

Doch eine Reform, die Solidarität und tatsächlichen Wettbewerb zwischen PKV und GKV anstrebt, sollte noch weiter gehen. Der Sozialverband VdK hält es für entscheidend, dass gesetzliche und private Krankenkassen zu gleichen Bedingungen nebeneinander bestehen können, was bedeutet:

Alle Bürger müssen sich in diesen Krankenkassen versichern und von diesen aufgenommen werden, es gilt ein einheitlicher Leistungskatalog und die Beiträge werden unabhängig vom Risiko des Versicherten erhoben. Beide Versicherungszweige zahlen in einen morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich ein. Damit würde das heute bestehende Rosinenpicken der PKV beendet und ein echter Wettbewerb zwischen beiden Zweigen ermöglicht. Der Sozialverband VdK verkennt nicht, dass es kein leichtes Unterfangen ist, das seit Jahrzehnten bestehende Nebeneinander der Versicherungszweige zu beenden. Es ist jedoch ein unverzichtbarer Bestandteil einer grundlegenden Reform.

Vielen Dank!