

## **Es gilt das gesprochene Wort!**

**Leni Breymaier**  
**stellvertretende DGB-Landesvorsitzende**

**Statement**  
**Bündnis Gesundheit in Baden-Württemberg**

**Stuttgart, 27.11.2006**

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anhörungen des Bundestages zur Gesundheitsreform sind vorbei. Das Zeugnis, dass die Expertinnen und Experten der Koalition ausgestellt haben, ist vernichtend. Kaum eine Reform der letzten Jahre ist von der Fachwelt in derart breiter Front abgelehnt worden.

Aber nicht nur bei Experten, auch bei den Bürgerinnen und Bürgern, bei den Versicherten, findet die Bundesregierung für diesen Murx keine Zustimmung.

Gemessen an unserem Anspruch, dass die Versorgung besser und die Finanzierung gerechter werden soll, fällt die geplante Reform der Koalition glatt durch.

Doch trotz dieser massiven Ablehnung verkündet die Bundesregierung, dass es bei den Kernpunkten der Reform bleiben soll.

Wer so Politik betreibt, der fördert die Politikerverdrossenheit! Viele Menschen haben anscheinend schon die Hoffnung aufgegeben, dass die Politik ihre Stimme noch hört. Wie anders ist es zu erklären, dass eine Gesundheitsreform, die von der großen Mehrheit abgelehnt wird, dennoch

durchgezogen werden soll.

Es ist zwar gut, dass der Betragseinzug trotz Gesundheitsfonds weiter bei den Kassen bleibt und die höchst problematische geplante Insolvenzregelung bei den Kassen nun höchst wahrscheinlich verändert wird. Das war es dann aber auch schon.

Wir haben uns deshalb auf Initiative des DGB im Land zusammengetan, um die Stimme der Versicherten deutlicher hörbar zu machen.

Wir – das sind

- der DGB-Bezirk Baden-Württemberg
- der Paritätische Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg
- der Sozialverband VdK, Landesverband Baden-Württemberg
- der Landessenorenrat Baden-Württemberg e.V.
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V./ AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. - Landesvertretung Baden-Württemberg

Diese Organisationen repräsentieren Millionen von Versicherten im Land: Allein der DGB-Bezirk Baden-Württemberg hat ca. 830.000 Mitglieder, der VdK 180.000, der Landessenorenrat vertritt 2,7 Millionen Rentnerinnen und Rentner in Baden-Württemberg, im Paritätischen Wohlfahrtsverband sind über 800 Vereine aus allen sozialen Bereichen mit 4000 sozialen Diensten und Einrichtungen vertreten. Der VdAK/ AEV repräsentiert 2,6 Millionen Versicherte.

Diese Organisationen sind, zusammen mit einer Reihe prominenter und sachkundiger

Einzelpersonen, die Erstunterzeichner eines Aufrufs, den wir unter das Motto „90 Prozent Betroffenheit – 100 Prozent Engagement“ gestellt haben.

90 Prozent, das ist der Anteil der Versicherten, die Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sie sind am stärksten von der sogenannten Reform betroffen. Sie werden am meisten darunter leiden.

Für sie wollen wir mit 100 Prozent Engagement dafür trommeln, dass der Gesundheitsreform die Zähne gezogen werden.

Sie haben den Aufruf vorliegen, auf den sich die Erstunterzeichner verständigt haben. Sie können sich vorstellen, dass das bei der komplexen Materie nicht einfach war. Umso stolzer sind wir auf das Ergebnis.

Ich will nur kurz die wichtigsten Punkte nennen:

1. Wir lehnen den Gesundheitsfonds ab – vor allem wegen der einseitigen Belastung der Versicherten und wegen der gesetzlichen Festlegung des Beitrags.
2. Wir sind gegen Zusatzprämien - wegen der zusätzlichen Belastung der Versicherten und wegen der Gefahr von Leistungskürzungen.
3. Wir sind für eine stärkere Steuerfinanzierung für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern – deshalb lehnen wir die Streichung der Steuermittel aus der Tabaksteuer ab und fordern eine Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel.
4. Wir sind für einen echten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

zwischen den Kassen, der alle Krankheitsrisiken einbezieht.

5. Zur Verbreiterung der Finanzierungsbasis müssen auch die Privatversicherten an einer solidarischen und gerechten Finanzierung beteiligt werden, damit nicht weiterhin eine Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen stattfindet.

6. Das Sachleistungsprinzip muss in vollem Umfang erhalten bleiben, Selbstbehalte lehnen wir als Aushöhlung der solidarischen Finanzierung ab.

7. Vorsorgeuntersuchungen dürfen nicht zwangsverordnet werden, Malus-Systeme lehnen wir ab.

Wir wollen mit unserem Bündnis uns stärker vernetzen, uns gegenseitig informieren und unterstützen, auch bei Veranstaltungen. Wir wollen mit einer Stimme gegenüber der Politik sprechen und Einfluss auf den Gesetzgebungsprozeß nehmen. Die Gesundheitsreform darf so nicht Gesetz werden!

### **Zur Steuerfinanzierung:**

Hier hat sich inzwischen etwas getan – und das ist auch gut so. Angesichts der unerwartet hohen Steuerüberschüsse ist vereinbart worden, dass die Steuermittel, die der GKV zur Verfügung stehen, um eine Milliarde weniger gekürzt werden sollen.

Dabei darf allerdings kein falscher Eindruck entstehen: Es ist keineswegs so, dass der GKV

eine Milliarde geschenkt wird. Es wird nur eine Milliarde weniger genommen. Das bedeutet, die Kürzung bzw. Streichung der Tabaksteuermittel der GKV um 1,5 Mrd. Euro in 2007 und weiterer 2,5 Mrd. Euro, wird im nächsten Jahr lediglich gedämpft.

Wir sagen, das reicht nicht aus – und fordern die Bundesregierung auf, die Kürzung in vollem Umfang rückgängig zu machen. Damit wäre der Druck auf die Beitragssätze geringer – und außerdem wäre das angekündigte Ziel der Koalition, die Steuerfinanzierung ab 2008 stufenweise auszubauen, sehr viel glaubwürdiger.

Es macht doch keinen Sinn, das, was man ausbauen will, vorher einzureißen. Der Ausbau der Steuerfinanzierung ist – nicht zuletzt wegen der Belastungen der GKV durch gesellschaftliche Aufgaben und die immer neuen Verschiebebahnhöfe – richtig und wichtig. Doch das darf nicht auf den Sankt Nimmerleinstag verschoben werden. Zumal die ursprüngliche Begründung für die Streichung der Tabaksteuermittel – die Maastricht-Kriterien – angesichts der Steuerüberschüsse nicht mehr zieht.

### **Zum Gesundheitsfonds:**

Er ist ein Monstrum, das weder Otto Meier noch Lieschen Müller verstehen – weil sie es nicht verstehen können. Die Bundesregierung behauptet, mit dem Fonds gäbe es keine Leistungskürzungen und keine Erhöhung von Zuzahlungen oder Praxisgebühren. Das stimmt zwar – vorerst.

Nicht, dass das jetzt jemand missversteht: Die Zuzahlungen und die Praxisgebühr werden

nicht abgeschafft, die zahlen wir in der alten Höhe weiter.

Doch das Perfide am Gesundheitsfonds ist, dass die Belastungen trotzdem einseitig auf die Versicherten abgewälzt werden. Nur nicht gleich und auf einen Schlag, sondern allmählich, aber sicher. Dafür sollen jetzt, mit diesem Gesetz, die Weichen gestellt werden.

### **Zum Zusatzbeitrag:**

Dahinter steht die politische Grundentscheidung, dass ein Großteil der zukünftigen Kostensteigerungen schlicht und einfach privatisiert wird. Und diese Grundentscheidung halten wir für grundfalsch.

Wenn sich die Koalition schon auf einen Gesundheitsfonds versteift, müssen die Ausgaben vollständig aus diesem Fonds finanziert werden. Alles andere ist eine weitere – und zwar irreversible – Privatisierung der Krankenversicherung. Denn was 2009 noch „mindestens“ 95 % sind, sind wenige Jahre später eher 75 % als 105 %.

Darüber sollten wir uns alle im Klaren sein. Schließlich hat die Bundeskanzlerin schon „Leipzig II“ angekündigt. Und „Leipzig I“ – das war die Kopfpauschale. Wir wollen aber keine Kopfpauschalen: Weder für die Gesundheit, noch – und der Vorstoß der CDU ist wie ein Wink mit dem Betonpfeiler – für die Pflege.

### **Ein Wort noch zum so genannten Wettbewerb:**

Das hat sowohl mit der Qualität als auch mit der Finanzierung zu tun. Wir sind für Wettbewerb,

wenn es um die Verbesserung der Qualität der Versorgung geht. Dieser so genannte Wettbewerb, den der Gesundheitsfonds in Gang setzt, würde sich allerdings ausschließlich um die so genannten guten Kunden drehen.

Der Run um die so genannten besten Risiken, um die Versicherten mit den geringsten Ausgaben, um die zahlungskräftigen „Kunden“ - dieser Run würde sich extrem verschärfen. Dann werden Kranke in Zukunft – so wie Arbeitslose heute schon – nur noch als „Kunden“ behandelt. Doch wer krank ist, ist kein Kunde – es darf nicht nach dem Motto gehen: „Welche Leistung hätten Sie denn gern?“

Wer krank ist, braucht die bestmögliche Behandlung – und zwar unabhängig davon, ob er oder sie aus Sicht der Kasse ein „guter“ oder ein „schlechter“ Kunde ist. Den Zugang zu qualitativ guten Leistungen brauchen alle, unabhängig vom Geldbeutel.

Dieser Grundsatz der Gesetzlichen Krankenversicherung steht auf der Kippe – auch durch Selbstbehalte und Rückzahlungen, die Versicherte erhalten sollen, wenn sie keine Leistungen in Anspruch nehmen. Das ist dann endgültig die Pervertierung von Wettbewerb.

Damit wird der solidarischen Krankenversicherung nicht nur noch mehr Geld entzogen. Damit konzentriert sich der Wettbewerb ausschließlich darauf Leistungen zu vermeiden. Doch das hat mit Wirtschaftlichkeit, Effizienz oder gar Qualität der Versorgung gar nichts mehr zu tun.

Dazu kommt die schleichende Abkehr vom Sachleistungsprinzip, die mit dieser Reform eingeleitet werden soll. Damit wird die Zwei-

Klassen-Medizin nicht überwunden, sondern  
auch in die GKV getragen.