



Bezirk Niedersachsen
und Sachsen-Anhalt

**Mehr Qualität und mehr Solidarität –
Anforderungen an die Reform des Gesundheitswesens**

**Thomas Müller
Bezirksleitung IG Metall
Bezirk Niedersachsen und Sachsen-Anhalt**

(Es gilt das gesprochene Wort)

**Tagung:
Bürgerversicherung contra Kopfpauschale -
Das Gesundheitswesen vor dem Systemwechsel**

Hannover, 10. Februar 2005

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

Ich begrüße Sie und Euch ganz herzlich zu unserer Veranstaltung. Wir freuen uns über das große Interesse. Ursprünglich sollte unser Bezirksleiter Hartmut Meine an dieser Stelle die Begrüßung und eine Einführung in die Veranstaltung vornehmen. Wichtige Gründe haben ihn jedoch gezwungen, heute früheinen Termin in Berlin wahrzunehmen.

Viele in diesem Raum haben über die letzten Jahre die Auseinandersetzung um das Bombardier-Werk in Halle Ammendorf verfolgt. Mitte des vergangenen Jahres hat der kanadische Bombardier-Konzern beschlossen, den Waggonbau-Standort Halle-Ammendorf mit mehr als 600 Arbeitsplätzen zu schließen. Schon einmal hatten IG Metall, Belegschaft und Betriebsrat erfolgreich für den Erhalt gekämpft. Auch jetzt wollen wir das Unternehmen nicht aus der Verantwortung für die Arbeitsplätze in der ohnehin von Massenarbeitslosigkeit gebeutelten Region entlassen.

Dazu hat die IG Metall in Zusammenarbeit mit dem Unternehmensberater Meyer ein eigenes Konzept zum Erhalt möglichst vieler Arbeitsplätze präsentiert.

Die Auseinandersetzung um Alternativen, an denen sich auch das Unternehmen beteiligen muss, spitzt sich jetzt zu. Und das erfordert jetzt die Anwesenheit des Bezirksleiters vor Ort. Deshalb bitten wir , die Abwesenheit von Hartmut Meine zu entschuldigen.

Die IG Metall in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt hat sich wiederholt mit dem Thema Reform des Gesundheitswesens befasst. So auf Veranstaltungen, auf denen wir die kritische Debatte mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen gesucht haben. Ich erinnere aber auch an den gemeinsamen Aktionstag „Für eine gesunde Reform“ von IG Metall und ver.di am 15. Juni 2002.

Auf dem Opernplatz hier in Hannover machten mehr als 8.000 Kolleginnen und Kollegen ihren Unmut über die beabsichtigten Verschlechterungen im Gesundheitswesen deutlich.

Und wieder zeichnet sich eine Reform bei der Krankenversicherung am politischen Horizont ab. Der Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung steht erneut auf der Tagesordnung der sozialpolitischen Debatte. Während es in der Vergangenheit vor allem um Qualität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ging, liegt heute der Fokus auf der zukünftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Krankheit kann jeden treffen, völlig unvorbereitet, jeden Tag. Dennoch darf Krankheit kein individuelles Schicksal bleiben, mit dessen Folgen jeder Einzelne selbst fertig werden muss. Hier kommt es auf die Solidarität der Gesellschaft an. Das Prinzip des Sozialstaates, das Prinzip, dass der Starke für den Schwachen eintritt, gilt selbstverständlich und in Deutschland ganz besonders in der Krankenversicherung.

Die Krankenversicherung steht wie die Rentenversicherung für einen Teil sozialer Sicherung. Sie bietet wie die Arbeitslosenversicherung einen gewissen Schutz vor unverschuldeter Not. Sie weist aber anders als die genannten Zweige der Sozialversicherung ein viel stärkeres Element der Umverteilung und damit der Solidarität auf. Jedenfalls innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen richten sich im Prinzip nicht nach der Beitragshöhe, sondern nach der konkreten Bedürftigkeit im Krankheitsfall. Neben der Umverteilung oder Solidarität zwischen Beziehern höherer und niedriger Einkommen findet zudem über die Kindermitversicherung eine gewollte Solidarität zugunsten von Familien mit Kindern statt.

Damit ist klar: Wer die Axt an grundlegende Prinzipien dieser Versicherung legt, der will nicht nur ein technisch anderes Finanzierungsverfahren; der will die solidarischsten Zweig der Sozialversicherung in Deutschland und damit die Idee des Sozialstaates im Kern verändern.

Der solidarische Schutzmechanismus hat auch heute nichts von seiner Notwendigkeit eingebüßt. Denn auch heute kann keiner auf den Schutz durch die Solidargemeinschaft bei Krankheit verzichten. Wer heute die Absicherung gegen Gesundheitsrisiken auch nur teilweise zur Privatsache machen will, der will, dass sich die Starken aus der Solidargemeinschaft verabschieden. Und die Schwachen können zusehen, wo sie bleiben.

Wer die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zur Not mit Klauen und Zähnen verteidigen will, tut gut daran, existierende Probleme und Schieflage deutlich beim Namen zu nennen. Schließlich sind es ja gerade diese Schieflagen, die den Anlass zur Auseinandersetzung um neue Finanzierungsformen gegeben haben.

Wie steht es also heute um die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung? Schon heute müssen wir feststellen, dass von einer solidarischen Finanzierung keine Rede mehr sein kann.

Das hat im Wesentlichen drei Ursachen:

1. Die Erosion der Einnahmen durch Massenarbeitslosigkeit und Umwandlung von sozialversicherungspflichtiger Arbeit in Minijobs und Scheinselbständigkeit.
2. Die Ausgliederung von immer mehr Leistungen. Die Versicherten müssen folglich immer mehr zuzahlen.
3. Der Wechsel von Gutverdienenden und so genannten „guten Risiken“ in die privaten Krankenversicherungen.

Dazu einige kurze Anmerkungen:

1. Der durchschnittliche Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung ist von 10,5 Prozent vor dreißig Jahren über 13,2 Prozent noch 1995 auf heute 14,3 Prozent gestiegen. Ein nicht unerheblicher Anstieg, wenn auch in einem längeren Zeitraum. Aber von der vielfach behaupteten Kostenexplosion kann dabei überhaupt keine Rede sein. Seit mehr als 20 Jahren bewegt sich nämlich der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an der wirtschaftlichen Gesamtleistung, dem so genannten Bruttoinlandsprodukt, um 6,0 bis aktuell 6,5 Prozent. Auf den Punkt gebracht lautet die Analyse: Im Kern hat die Krankenversicherung kein Ausgaben-, sondern ein handfestes Einnahmeproblem.

Schon seit etlichen Jahren leidet die Grundlage für die Beiträge zu den Sozialversicherungen, wie Renten- und Krankenversicherung, unter einer ausgeprägten Wachstumsschwäche. Die Arbeitseinkommen nehmen im Vergleich zum gesamten Wirtschaftswachstum nur gering zu. Außerdem hinterlässt die jahrelange Massenarbeitslosigkeit in Gestalt von massiven Einnahmeausfällen auch hier ihre Spuren.

2. Immer deutlicher wird die bewährte hälftige Finanzierung der Beiträge zur Krankenversicherung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber unterlaufen. Seit Jahren versuchen uns Politiker mit neoliberalen Begriffen wie „mehr Eigenverantwortung“ jeden neuen Schritt der Privatisierung schmackhaft zu machen. Als wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht schon heute mehr Verantwortung für ihr Dasein übernehmen als andere in dieser Gesellschaft.

Der Begriff „mehr Eigenverantwortung“ dient der Verschleierung. Dahinter verbirgt sich etwas ganz anderes: Ich meine die Zuzahlung zu medizinischen Leistungen. Das reicht von Zuzahlungen für Rezepte über die leidige Praxisgebühr bis hin zu gewaltigen Summen beispielsweise für Zahnersatz.

Das ist nichts anderes als die zunehmende Abwälzung von Kosten auf die Versicherten und Patienten.

Dabei geht es keinesfalls um die häufig bemühten „Peanuts“. Ganz im Gegenteil: Allein im vergangenen Jahr haben Versicherte und Patienten durch Leistungsbegrenzungen, wie den Entfall des Sterbegeldes, durch Zuzahlungen für zum Beispiel Medikamente und andere Maßnahmen im Rahmen der

Gesundheitsreform sage und schreibe 8,3 Milliarden Euro zur Gesundung der Krankenversicherung aufgewendet. Die im Gegenzug versprochene flächendeckende Absenkung von Krankenkassenbeiträgen blieb dagegen aus. Und die nächsten Schritte sind schon festgelegt:

Mit der Ausgliederung des Krankengeldes und des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen werden die Versicherten noch einmal tief in die Taschen greifen müssen. Für 2005 rechnen wir mit zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Patienten in Höhe von rund 13 Milliarden Euro.

Über den politischen Sinn der bisherigen Reformen im Gesundheitswesen mag man trefflich streiten. Unbestritten aber ist, dass der Umbau des Gesundheitswesens in letzter Zeit immer mehr zu Lasten von Versicherten und Patienten ging.

Das darf in Zukunft kein Kriterium für weitere Reformvorhaben mehr sein. Die Belastungsgrenze der solidarischen Finanzierung ist bei weitem überschritten. Gerade vor diesem Hintergrund ist es völlig unerträglich, wenn sich eine wahrlich nicht schlecht bezahlte AOK-Chefin in diesem Land zusätzlich zu ihrem Gehalt satte Prämien aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten zahlen lässt. Ich denke, die Selbstverwaltung der Kasse hat - nachdem der Vorgang bekannt wurde - mit der notwendigen Konsequenz und Klarheit gehandelt.

3. Und ein dritter Punkt beschleunigt die Erosion der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Erinnerung: Wir haben heute ein zweigeteiltes System der Krankenversicherung. Rund 70 Millionen Menschen gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Etwa 20 Millionen davon sind mitversicherte Familienangehörige. Lediglich etwas mehr als 8 Millionen Menschen hingegen sind in einer privaten Krankenversicherung versichert. Diese Zahl steigt jedoch beständig. Jahr für Jahr wechseln rund 360.000 Versicherte von der gesetzlichen hinzu den privaten Krankenkassen. Jedes Jahr kommen den gesetzlichen Krankenkassen Hunderttausende Besserverdienende, „gute Risiken“ wie es im Versicherungsjargon heißt, jenseits der Versicherungspflichtgrenze von heute rund 3.900 Euro abhanden.

Hier wird noch einmal deutlich, in welchem dramatischen Ausmaß die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung zusehends schrumpft. Hier ist die Entsolidarisierung in Zahlen zu greifen. Das Bild der „Zwei-Klassen-Medizin“ ist längst kein Zerrbild mehr, sondern traurige Wahrheit.

Schon längst ist auch in der Krankenversorgung die soziale Ungleichheit angekommen. So ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern der untersten Einkommensschicht um sechs Jahre geringer als bei Männern aus dem obersten Einkommensviertel. Höchste Zeit also, bei der Reform des Gesundheitswesens wieder einen einheitlichen Versorgungsstandard und eine gerechte Finanzierung in den Mittelpunkt zu stellen. Das Einkommen darf nicht darüber entscheiden, welche Gesundheit sich jemand leisten kann oder nicht.

Dazu gehört auch die zukunftsfähige, solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen steht in nächster Zeit zweifellos vor einem Systemwechsel. Ohne einschneidende Veränderungen der Grundlagen der

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann das Qualitätsniveau und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens nicht gehalten, geschweige denn verbessert werden.

Derzeit ist es ruhig geworden um die Frage der Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ruhe ist trügerisch. In der Debatte stehen sich gegensätzliche, ja zunächst unvereinbare Positionen zur Reform gegenüber. So hat der Parteivorstand der SPD die Eckpunkte einer Bürgerversicherung beschlossen. Im Kern geht es darum, den Kreis der heute Versicherten um Beamte, Selbständige und Freiberufler und um andere Einkunftsarten wie Kapitaleinkommen zu verbreitern.

Dem steht das Konzept einer einkommensunabhängigen, personenbezogenen Kopfpauschale gegenüber, wie es derzeit vor allem von Arbeitgeberseite vertreten wird. Dabei zahlen, unabhängig von ihrem Einkommen, der gut verdienende Manager und die einfache Angestellte einen einheitlichen Beitrag zur Krankenversicherung. Der Beitrag der Arbeitgeber soll eingefroren und so künftige Kostensteigerungen einseitig auf die Versicherten abgewälzt werden. Ungerechte Beitragslasten sollen mit Steuermitteln ausgeglichen werden. Allein dafür wäre ein Betrag zwischen 38 und 44 Milliarden Euro erforderlich.

Und wenn es nach dem Willen der FDP geht, soll das System der gesetzlichen Krankenversicherung gleich ganz abgeschafft und vollständig durch private Versicherungsanbieter ersetzt werden.

Nach monatelangem Streit einigten sich CDU und CSU auf das Modell einer so genannten „Gesundheitsprämie“ als gesundheitspolitischen Kompromiss. Mit der Verwässerung des ursprünglichen Kopfpauschalen-Modells hat sich die Union ganz offenkundig selbst ins gesundheitspolitische Abseits manövriert. Selbst der Präsident der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, Dieter Hundt, hat mit der Bezeichnung „*gemischt lohnabhängige-Arbeitgeberbeitrags-Fondssteuerergänzungsfinanzierte-Teilpauschalprämie*“ wenig mehr als öffentliche Häme für das Unionsmodell übrig. Ob der notdürftige Kompromiss überhaupt innerhalb der Union dauerhaften Bestand hat, bleibt eine offene Frage.

Wenn man einschlägigen Meinungsumfragen glauben darf, ist die Entscheidung längst für die Bürgerversicherung gefallen. Hier schneidet das Modell Bürgerversicherung regelmäßig sehr gut ab: So ermittelte jüngst eine Umfrage des Meinungsforschungsinstitut Emnid eine Zustimmung von mehr als 78 Prozent unter allen Befragten für die Bürgerversicherung.

Doch machen wir uns nichts vor, spätestens im Vorfeld der Bundestagswahl im Jahre 2006 wird die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung in all ihrer Brisanz auf der politischen Tagesordnung stehen. Spätestens dann wird die Frage Bürgerversicherung oder Kopfpauschale ein entscheidendes Thema sein. Viele Vorentscheidungen fallen jedoch schon weit davor.

Die politische Situation wird zudem erschwert: Als wenn der Streit zwischen den Parteien noch nicht genügt, ist das Politikfeld Gesundheit traditionell die unübersichtliche Arena unterschiedlichster Interessen. Apotheker und Pharmaindustrie gegen Gesundheitspolitiker im Streit um die Deckelung von

Arzneimittelkosten. Krankenkassen gegen Ärzte im Streit um Vergütung und Honorare. Letztere versuchen nicht selten, wie aktuell niedersächsische Kieferorthopäden, ihre Interessen mit durchaus unkonventionellen Mitteln durchzusetzen. Und nicht zuletzt private Assekuranzen, die den Verlust eines milliardenschweren Versicherungsmarktes wittern.

Heute wollen wir die gesundheitspolitische Debatte auf die Kontroverse zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale zuspitzen. Ich mache keinen Hehl daraus, dass sich die IG Metall, wie zuletzt im Arbeitnehmerbegehren, für ein Konzept der solidarischen Gesundheitspolitik ausspricht. Das heißt konkret: Wir wollen ein Modell der solidarischen Bürgerversicherung.

Dennoch wollen wir heute die unterschiedlichen Konzepte kritisch auf den Prüfstand stellen. Dazu haben wir, wie es bei uns üblich ist, sachkundige und hoffentlich ebenso diskussionsfreudige Experten eingeladen.

Zunächst möchte ich Professor Karl Lauterbach vom Institut für Gesundheitsökonomie auf unserer Tagung begrüßen. Die Freude darüber, dass es gelungen ist, Herrn Lauterbach für unsere Tagung zu gewinnen, ist gleich zweifach: Zum einen angesichts der Vielzahl von Terminanfragen an einen der renommiertesten Gesundheitsexperten in Deutschland und zum anderen möglicherweise angesichts des gerade überwundenen Karnevals in Köln. Verehrter Herr Professor Lauterbach, herzlich willkommen im karnevalistisch beinahe unberührten Hannover.

Anschließend wird uns Andrea Nahles das Konzept der Bürgerversicherung der SPD darstellen. Andrea hat auf Grund ihrer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema und dem hohen Anteil am SPD-Konzept bereits in einigen Medien anerkennend den Titel „Miss Bürgerversicherung“ erhalten. Liebe Andrea, auch dir ein herzliches Willkommen auf unserer Tagung.

Ganz besonders möchte ich Herrn Dr. Volker Hansen von der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände begrüßen. Er wird das Konzept der Gesundheitsprämie darstellen und hat die angesichts der „Mehrheitsverhältnisse“ auf dem Podium nicht ganz leichte Aufgabe übernommen, sich dazu der Diskussion zu stellen. Herr Dr. Hansen, ich heiße Sie herzlich willkommen in Hannover.

Sicherlich werden einige, leider vergeblich, nach einer Vertreterin oder einem Vertreter der CDU in der Diskussionsrunde Ausschau gehalten haben. Gern hätten wir auch einen Vertreter oder eine Vertreterin aus den Reihen der CDU auf unserer Tagung begrüßt. Dazu haben wir bei der Landesregierung angefragt. Trotz intensiver Bemühungen und vielfältiger Terminangebote sah sich die von uns eingeladene Sozialministerin Ursula von der Leyen nicht in der Lage hier und heute ihre gesundheitspolitische Position darzustellen. Das ist mehr als bedauerlich. Wir hoffen nicht, dass dies ein Zeichen dafür ist, dass die Ministerin vor einer Diskussion mit und bei der IG Metall über die Zukunft der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kneift.

Im Laufe des Vormittages wird der Kollege Heinz Stapf-Finé, Sozialpolitik-Experte beim DGB Bundesvorstand, zu uns stoßen und an der Podiumsdiskussion teilnehmen.

Ferner möchte ich ganz herzlich Heinz-Hermann Witte begrüßen, DGB-Landesvorsitzender a.D. und Staatssekretär im niedersächsischen Sozialministerium a.D., der die Moderation der Podiumsdiskussion übernommen hat. Wir glauben, wir haben damit wirklich einen Experten verpflichtet. Lieber Heinz: herzlich willkommen.

Ich freue mich ganz besonders, dass auch etliche Vertreter aus der Landespolitik und aus Einrichtungen und Verbänden des Gesundheitswesens den Weg zu unserer Tagung gefunden haben, die ich hier nicht im Einzelnen begrüßen kann. Deshalb an alle Gäste ein herzliches Willkommen, verbunden mit der Bitte an alle, dort, wo wir Diskussionsmöglichkeiten anbieten, diese auch zu nutzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, ich freue mich auf eine interessante Tagung und spannende Diskussionen. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit. Ich bitte nun Herrn Professor Lauterbach um das Wort.