



Presseinformation

Nr. 355/2006

Kiel, Montag, 4. Dezember 2006

Gesundheit/Gesundheitsreform/Protesttag

Wolfgang Kubicki, MdL
Vorsitzender

Dr. Heiner Garg, MdL
Stellvertretender Vorsitzender

Dr. Ekkehard Klug, MdL
Parlamentarischer Geschäftsführer

Günther Hildebrand, MdL

Heiner Garg: „Nichts als Etikettenschwindel“

Der stellvertretende Vorsitzende der FDP-Fraktion im Schleswig-Holsteinischen Landtag, **Dr. Heiner Garg**, nimmt heute in Flensburg am nationalen Protesttag gegen die Gesundheitsreform teil. Auf Einladung der Kassenärztlichen Vereinigung, Kreisstelle Flensburg Stadt wird er **heute um 14:30 Uhr** im Fliednersaal des Diakonissenkrankenhauses Flensburg mit Patienten und Medizinern über die Auswirkungen der Gesundheitsreform diskutieren.

Zum heutigen Protesttag sagte der liberale Gesundheitspolitiker:
„Der Gesetzentwurf zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ruiniert den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein.

Er sorgt dafür, dass

- sich die ambulante Versorgung in der Fläche verschlechtern wird,
- Krankenhäuser in Schleswig-Holstein in den Ruin getrieben werden,
- zusätzliche, freiwillige Angebote der Kassen gestrichen werden,
- Patienten höhere Eigenbeteiligungen bei den Rettungsfahrten tragen müssen.

Von einer echten Reform im Gesundheitswesen sind wir weiter entfernt denn je. Stattdessen wird den Bürgerinnen und Bürgern in einer noch nie da gewesenen Weise das Geld aus der Tasche gezogen.

Freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte werden zu staatlich dirigierte Hampelmännern degradiert. An die Stelle der freien Arztwahl und der Therapiefreiheit tritt die rationierte Zuteilungsmedizin“, so Garg.

Garg forderte alle Bürgerinnen und Bürger auf, sich an diesem Protestaktionen zu beteiligen: „Jetzt ist es notwendig zu zeigen, was man von einer solchen Reform hält. Deshalb unterstütze ich diesen nationalen Protesttag. Denn Alternativen, wie die strukturellen Probleme - insbesondere die Probleme der Finanzierung - des Gesundheitssystems gelöst werden könnten, zeigen die Beschlüsse der FDP Schleswig-Holstein, wie sie auf dem Parteitag am 2. Dezember 2006 einstimmig beschlossen worden sind.“

Anlage: Beschluss des Landesparteitages der FDP Schleswig-Holstein

FDP Landesparteitag am 2. Dezember 2006

Zukunftsfähige Reform des Gesundheitssystems

Antragsteller: Dr. Heiner Garg, MdL, Christine Aschenberg-Dugnus, Dominik Völk,
Jan-Hendrik Strunk, LFA Gesundheit

Der Landesparteitag wolle beschließen:

Der Landesparteitag bittet die FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, einen Gesetzentwurf für eine zukunftssichere und demografiefeste Reform des Gesundheitssystems in den Deutschen Bundestag einzubringen.

Dabei soll nach dem Willen der FDP Schleswig-Holstein ein völlig neu zu schreibendes SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) den Charakter eines Rahmengesetzes aufweisen. Innerhalb eines klar definierten ordnungspolitischen Rahmens wird die Ausgestaltung den Partnern der Selbstverwaltung überantwortet – den Leistungserbringern und Kostenträgern.

Der Patient muss zukünftig als Souverän im Mittelpunkt der konkreten gesundheitspolitischen Handlungen der Partner der Selbstverwaltung stehen.

Der zu schaffende ordnungspolitische Rahmen muss daher die Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger an einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherstellen.

Darüber hinaus ist die Finanzierung des Systems vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu stabilisieren und langfristig zu sichern, ohne den Faktor Arbeit weiter zusätzlich zu belasten.

Ein neu formuliertes SGB V hat sich an folgenden Rahmenbedingungen zu orientieren:

- **Konzentration der medizinischen Leistungen auf das, was wirklich notwendig ist:** Hierzu ist von Sachverständigen ein neu zu definierender Leistungskatalog zu erarbeiten. Dieser schließt ambulante und stationäre medizinische Leistungen ebenso ein, wie ggf. Heil- und Hilfsmittel. Der Leistungskatalog ist in regelmäßigen Abständen auf medizinische, pharmakologische und medizinisch-technische Notwendigkeiten und Innovationen zu überprüfen. Das neu formulierte SGB V nimmt auf diesen Leistungskatalog Bezug. Damit wird der ursprüngliche Sinn einer funktionierenden Krankenversicherung wieder hergestellt: Die Absicherung eines jeden Einzelnen vor nicht tragbaren Kosten im Krankheitsfall und die dafür notwendige Umverteilung zwischen gesunden und kranken Mitgliedern.
- **Versicherungspflicht eines jeden Einzelnen auf eben diesen Leistungskatalog:** Jeder Bürger ist verpflichtet, bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Gesundheitsversicherungsschutz abzuschließen, der mindestens die im Leistungskatalog festgelegten Regelleistungen umfasst.

- **Kontrahierungszwang der Versicherungsanbieter auf diesen Leistungskatalog:** Jeder Bürger hat bei Geburt einen Anspruch darauf, mindestens im Umfang des Leistungskataloges unabhängig von seinem Gesundheitszustand und Geschlecht ohne Risikozuschläge versichert zu werden. Die Versicherungsunternehmen haben kein Kündigungsrecht. Damit wird ein lebenslanger Versicherungsschutz im Rahmen des Leistungskataloges gewährleistet.
- **Echte Solidarität durch die Gesamtheit aller Steuerzahler:** Jeder, der sich diesen Versicherungsschutz nicht leisten kann – seien es z.B. kinderreiche Familien oder auch ältere bis hochbetagte Menschen – erhält aus Steuermitteln finanzierte, zweckgebundene Transferleistungen – ggf. bis zur vollen Höhe der äquivalent kalkulierten Prämie für den Leistungskatalog. Ziel ist es, jede Bürgerin/jeden Bürger in die Lage zu versetzen, den vorgeschriebenen Grundsicherungsschutz bei einem Krankenversicherungsanbieter ihrer/seiner Wahl erwerben zu können.
- **Entscheidungsfreiheit jedes einzelnen:** Bei welchem Anbieter der einzelne den vorgeschriebenen Grundsicherungsschutz als Versicherungsleistung erwirbt, bleibt jedem Versicherungsnehmer selbst überlassen. Ebenso kann jeder Versicherungsnehmer freiwillig über den Leistungskatalog hinausgehende zusätzliche Leistungen absichern. Die Kosten für eventuell abgeschlossene über den Grundsicherungsschutz hinausgehende Versicherungsleistungen trägt jeder Versicherungsnehmer selbst. Für diese zusätzlichen Leistungen gilt, dass Selbstbehalts- und Prämienrückerstattungsregelungen individuell frei verhandelbar sein müssen.
- **Alle Versicherungsanbieter werden private Versicherungsunternehmen:** Das bedeutet die Auflösung der ideologisch zementierten Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Für die heutigen gesetzlichen Krankenkassen werden die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit sie sich in private Versicherungsunternehmen umwandeln können.
- **Wechsel vom Umlagesystem in ein kapitalgedecktes System mit entsprechenden Altersrückstellungen, die zwischen den Versicherern übertragbar sein müssen:** An die Stelle einkommensproportionaler Beiträge treten vom Erwerbseinkommen entkoppelte risikoäquivalent kalkulierte Versicherungsprämien. Altersrückstellungen sorgen dafür, dass die Finanzierung der Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg kalkulierbarer wird – sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherungsgeber. Dabei ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ehemals gesetzlichen Krankenversicherungen, für deren Versicherten in der Vergangenheit keine Altersrückstellungen gebildet wurden, Ausgleichsforderungen gegenüber dem Bund in ihre Bilanz einstellen können. Diese Ausgleichsforderungen müssten dann über die Zeit bedarfsabhängig aus dem Bundeshaushalt getilgt werden. Durch die Übertragbarkeit der Altersrückstellungen ohne Nachteile für die Versicherten wird der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen ermöglicht.
- **Stärkung der Patientensouveränität durch Einführung des Kostenerstattungsprinzips anstatt des derzeitigen Sachleistungsprinzips:** Damit wird einer der Hauptakteure im Gesundheitswesen nicht länger außen vor gelassen: Der aufgeklärte und gut informierte Versicherungsnehmer und Patient. Für die erbrachte medizinische Leistung erhält künftig der Patient eine Rechnung, die er zu begleichen und bei seiner Versicherung zwecks Kostenerstattung einzureichen hat. Individuell ausgehandelte Bonus-, Selbstbehalts- oder Rückerstattungsregelungen bleiben hiervon unberührt. Das setzt selbstverständlich voraus, dass Versicherungsnehmer und Patienten die freie Wahl haben, welchen medizinischen Leistungserbringer sie konsultieren (freie Arztwahl).
- **Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten:** Die heutige Koppelung der Beiträge an die Erwerbseinkommen passt weder zur Situation des Arbeitsmarktes noch zur demografischen Entwicklung. Deshalb wird bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und Beamten der Arbeitgeberzuschuss zum Grundsicherungsschutz als Bestandteil des Lohnes/Gehaltes bzw. der Bezüge einkommensneutral ausgezahlt. Das stärkt das Bewusstsein des Versicherungsnehmers für den Preis der Gesundheitsleistung. Gleichzeitig bedeuten künftig steigende Gesundheitsausgaben nicht mehr automatisch steigende Lohnnebenkosten.