



Rede zum eigenen Antrag: Gesundheitsfonds stoppen

Rede von Frank Spieth, 26. September 2008

**Frank Spieth, gesundheitspolitischer Sprecher
der Fraktion DIE LINKE, zum eigenen Antrag:
"Das Gesundheitssystem nachhaltig und
paritätisch finanzieren - Gesundheitsfonds,
Zusatzbeiträge und Teilkaskotarife stoppen"**

Zu Protokoll

Anrede,

vor 125 Jahren wurde die Gesetzliche
Krankenversicherung in Deutschland geschaffen. Sie
war Vorbild für den Aufbau der Krankenversicherung
in vielen europäischen Ländern. Dieses Erfolgsmodell
wird in seinen Grundfesten seit 20 Jahren erschüttert.
Gerade in den letzten 5 Jahren gab es eine Lawine
von Leistungskürzungen. Mit dem GKV-
Modernisierungsgesetz 2004 - eineinhalb Jahre vor
dem offiziellen Beginn der „großen Koalition“ -
wälzten SPD und Union zusammen mit den Grünen
Gesundheitskosten auf die Versicherten ab. So
wurden einige Leistungen ganz gestrichen und bei
anderen müssen wir jetzt erheblich zuzahlen. Das
Konzept der Schröderschen Agenda-2010-Politik,

„den Armen nehmen, den Reichen geben“, wird auch in der großen Koalition fortgesetzt.

Die neue Sozialstaatsdoktrin lautet „Senkung der Lohnnebenkosten“. Im GKV-Modernisierungsgesetz ist siebenmal das Wort „Lohnnebenkosten“ zu lesen und dass diese für die Arbeitgeber gesenkt werden sollen. Die logische Schlussfolgerung ist, dass Arbeitnehmer und Rentner alleine zahlen.

Konkret wurden das Sterbegeld, das Entbindungsgeld und die Kostenübernahme rezeptfreier Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen.

Nur noch in Ausnahmefällen, bei extrem starken Sehbehinderungen werden die Kosten für Brillen übernommen. Die künstliche Befruchtung wird nur noch zur Hälfte gezahlt und auch maximal mit drei Versuchen statt wie zuvor vier. Sterilisationen werden nur noch übernommen, wenn sie medizinisch notwendig sind. Die Übernahme der Kosten für Fahrten zum Arzt oder ins Krankenhaus wurde gestrichen und/oder erheblich eingeschränkt.

Ganz neu eingeführt wurden Eintrittsgebühren zu Arztpraxen Zahnarztpraxen und zu Notfalldiensten. Diese 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal können sich aufsummieren auf bis zu 120 Euro im Jahr.

Krankenhausaufenthalte und Kuren kosten seither 10 Euro am Tag und bis zu 280 Euro im Jahr. Gleiches gilt für häusliche Krankenpflege. Zuzahlungen für Medikamente wurden auf 5 bis 10 Euro je Packung angehoben. Für Hilfsmittel und Heilmittel muss man ebenfalls 5 bis 10 Euro pro Verordnung hinlegen.

Der Durchschnittsverdiener in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 2600 Euro monatlich kann

bei Anwendung aller vorgenannten Regelungen mit über 600 Euro im Jahr zusätzlich zu seinem Krankenversicherungsbeitrag belastet werden.

Neu ist auch, dass auch die Geringverdiener nun grundsätzlich Zuzahlungen zahlen müssen. Die Härtefallregelung wurde abgeschafft. Würde die Regelung von Norbert Blüm noch gelten, brauchten Menschen mit einem Einkommen bis etwa 1000 Euro nicht zuzahlen. Dank der Politik der Bundesregierung gibt es ohne cash heute keine Behandlung mehr.

Doch damit nicht genug:

Ohne Arbeitgeberbeitrag finanzieren die Arbeitnehmer und Rentner seit Mitte 2005 das Krankengeld und den Zahnersatz. Durch einen juristischen Kniff wurde es möglich, Rentner de facto für Krankengeld zahlen zu lassen, obwohl ein Rentner natürlich niemals Krankengeld bezieht. Dazu wurde ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% des Einkommens eingeführt, den die Versicherten ohne Beteiligung der Arbeitgeber zu zahlen haben. Damit wurde der Grundsatz der paritätischen Finanzierung, also das Prinzip halbe-halbe, erstmals direkt abgeschafft.

Dieser Sonderbeitrag kostet die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung 9 Milliarden Euro, also jeden Beitragszahler durchschnittlich zusätzlich 180 Euro pro Jahr.

Mit der „Reform“ 2007, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, wurde der Weg der einseitigen Belastung konsequent fortgesetzt. Der geplante Gesundheitsfonds, der zum 01.01.2009 in Kraft treten soll, wird es nicht schaffen, dass endlich alle für die gleiche Leistung auch den gleichen prozentualen Anteil ihres Einkommens zahlen.

CDU/CSU und SPD haben beschlossen, dass die

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu Lasten der Versicherten gehen. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt es ein komplexes Konstrukt innerhalb des Gesundheitsfonds: Anfang 2009 sollen die Krankenkassen 100% ihrer Ausgaben aus dem Fonds erhalten. Schon Ende 2009 werden die Einnahmen des Fonds dazu nicht mehr ausreichen. Aber die Beiträge werden erst wieder erhöht, wenn die Kosten zu weniger als 95% gedeckt sind. Nach unseren Berechnungen wird dies voraussichtlich 2012 oder 2013 der Fall sein. Da aber die Kostensteigerungen bei Ärzten, Krankenhäusern und Medikamente weiter stattfinden werden, haben die Kassen nur eine Alternative: Sie müssen den sogenannten Zusatzbeitrag erheben. Dies kann auch in Form einer „kleinen Kopfpauschale“ erfolgen. Ab 2010 werden alle Kassen voraussichtlich Zusatzbeiträge von ihren Versicherten verlangen müssen.

Und natürlich: Die Lohnnebenkosten-Senkungs-Ideologie wirkt weiter: Es zahlt erneut nur der Versicherte!

Das sind weitere bis zu 10 Milliarden Euro, die nicht mehr paritätisch finanziert werden. Diese politische Entscheidung belastet jeden Beitragszahler mit durchschnittlich 200 Euro pro Jahr.

Halbe-halbe? Das war einmal!

DIE LINKE ist gegen diesen Gesundheitsfonds, weil er den falschen Weg von rot-grün unter schwarz-rot, fortsetzt. Diese Politik führt zu steigenden Kosten für Arbeitnehmer, Rentner, Arbeitslose, Studenten aber nicht zu einer besseren Gesundheitsversorgung.

Die politisch gewollten Mehrbelastungen kosten insgesamt jeden Beitragszahler zusätzlich durchschnittlich 466 Euro pro Jahr. Die Arbeitgeber freuen sich über satte Entlastungsgeschenke. DIE

LINKE lehnt diese Art der gesetzlich verordneten Umverteilung von unten nach oben ab.

Wir wollen stattdessen eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.

Das heißt: Wir wollen, dass jede und jeder, egal ob angestellt, selbständig, Rentner, Beamter, Pensionär, arbeitslos, Student oder Politiker in der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung abgesichert ist. Jeder zahlt den gleichen Prozentsatz seines gesamten Einkommens als Beitrag. Bei Erwerbseinkommen zahlt der Arbeitgeber wieder die Hälfte der Beiträge.

Wenn dann Alle aus allen Einkommensarten die Gesundheitsversorgung finanzieren, und nicht nur Erwerbstätige und Rentner, dann kann der Beitragssatz deutlich gesenkt werden. Statt mit 15,5% unter den Bedingungen dieses Gesundheitsfonds, käme das Bürgerversicherungsmodell rechnerisch mit 8,6% Beitrag aus und das bei gleichen Leistungen. Da wir die Zuzahlungserhöhungen und Leistungskürzungen der letzten Jahre wieder rückgängig machen und den medizinischen Fortschritt für alle gewähren wollen, ist ein Beitragssatz von etwa 10% für alle erforderlich.

Solidarität rechnet sich!

Vielen Dank!