



# Die große Blase Gesundheitsreform ist geplatzt

**Pressemitteilung von Gregor Gysi, 05. Oktober 2006**

**Gregor Gysi, Vorsitzender der Fraktion DIE LINKE., erklärt zum Gesundheitsreformkompromiss der großen Koalition:**

Die große Blase Gesundheitsreform ist geplatzt. Herausgekommen ist eine unsoziale Missgeburt. Die große Koalition hat versagt. Die Einigung wird nichtmal bis zur nächsten Wahl tragen. Opfer ihrer Murkserei sind die Patient/innen und gesetzlich Versicherten.

Die SPD hat ihr Wahlversprechen einer Bürgerversicherung zu Grabe getragen und den Einstieg in die Kopfpauschale zugelassen. Bei Einführung der Zusatzprämie werden vor allem die jungen und gesunden Versicherten die jeweilige Kasse wechseln, wodurch sich die Risikostruktur von finanziell angeschlagenen Kassen weiter verschlechtert. Kostensteigerungen werden einseitig auf die Versicherten abgewälzt, der Arbeitgeberanteil wird eingefroren. Das Solidarsystem wird weiter demontiert

Für die Versicherten heißt das: weniger Leistungen und höhere Beiträge. Besonders perfide ist, dass die Überforderungsklausel bis 8 Euro nicht gelten soll. Die AOK hat darauf hingewiesen, dass bei einer Kopfpauschale von 10 Euro schon 62 Prozent der AOK-Versicherten finanziell überfordert seien. Bei acht Euro Kopfpauschale werden insbesondere alleinstehende Hartz IV-Bezieher/innen überfordert, eine Prüfung ihrer Einkommen aber nicht zugelassen.

Das Finanzproblem der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht gelöst, sondern weiter verschärft. Der Gesundheitsfonds ist bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt, die Koalition hält trotzdem daran fest. Im Verschiebebahnhof der großen Koalition haben sich die Interessen der Privatversicherungen und der reichen Länder durchgesetzt.

Es bleibt beim abgeschotteten Markt der Privatversicherungen. Für die Bürgerversicherung müsste aber eine Wechsellmöglichkeit in die Gesetzliche Krankenversicherung geschaffen werden. Das hat die SPD aufgegeben.

Die gesetzlichen Kassen werden durch den Spardruck alle bisherigen Programme, die zwar eine Strukturverbesserung darstellen (Chronikerprogramme, Integrierte Versorgung etc.), aber Mehrkosten verursachen, aufgeben. Die Begrenzung des Ausgleichs der verschiedenen Risiken zwischen den Kassen auf 50 bis 80 Krankheiten verschärft dies noch. Die Leistungen der unterschiedlichen Kassen werden nicht entsprechend ihres Risikoprofils, also dem Anteil an schwer und chronisch kranken Menschen, durch die Versicherungsgemeinschaft ausgeglichen. Die dadurch entstehende finanzielle Schieflage der Kassen müssen die Versicherten tragen.

