



AG Soziale
Sicherungssysteme

Bild: © Laurent Hamels - Fotolia.com

Umfassende Gesundheitsversorgung für alle ist möglich!

„Mehr Eigenverantwortung“ und „mehr Wettbewerb“ – diese Schlagworte bestimmen den Kurs der Gesundheitspolitik. Besser wurde dadurch nichts, dafür wurde es für Kranke

und Versicherte jedes Mal teurer: Praxisgebühr, Zuzahlungen, Leistungsausgrenzungen, Sonder- und Zusatzbeiträge für die Krankenkasse und auch die normalen Beitragssätze steigen.

„Mehr Eigenverantwortung“: Privatisierung des Krankheitsrisikos

Immer mehr Menschen mit kleinen Einkommen fragen sich: Kann ich mir die Behandlung leisten? Dabei nehmen Wohlhabende, die im Durchschnitt gesünder sind, in erheblich größerem Umfang Gesundheitsleistungen in Anspruch als Ärmere, weil letztere u. a. als Folge der Einführung von Zuzahlungen (Praxisgebühr, Medikamente,

Physiotherapie) medizinische Leistungen seltener in Anspruch nehmen.

Galt früher in der gesetzlichen Krankenversicherung der Grundsatz, dass man für seine Beiträge alles bekommt, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, so heißt es seit 2004: „Keine Leistung ohne Zuzahlung“.

„Mehr Wettbewerb“: Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung

Unser Gesundheitswesen wurde als staatlich reguliertes System der öffentlichen Daseinsvorsorge organisiert. Das ist so auch notwendig, weil der Markt sich immer wieder als unfähig erwiesen hat, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Das wirtschaftsliberale Glaubensprinzip „Wettbewerb“, das seit Jahren als politische Wunderdroge zur Lösung aller Probleme auch im Gesundheitswesen angewendet wird, führt zu einer Kommerzialisierung der medizinischen Behandlung, bei der das Wohl der PatientInnen immer weniger Beachtung findet – da diese nicht über eine mächtige Lobby verfügen.

Ökonomische Fehlsteuerung durch unkontrollierten Wettbewerb hat in folgenden Bereichen bereits zu nachhaltigen Verschlechterungen der Gesundheitsversorgung geführt:

Durch den Gesundheitsfond, der alle Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen verwaltet, werden Krankenkassen belohnt, wenn sie entweder junge und gesunde Mitglieder haben, die keine Ausgaben verursachen, oder wenn ihr Anteil an chronisch Kranken steigt, denn bestimmte Diagnosen auf dem Krankenschein lösen deutliche Steigerungen bei den Finanzmittelzuweisungen durch den Gesundheitsfond aus. So entsteht ein Wettbewerb nicht um bessere Leistungen für die Versicherten, sondern um einen Mix aus besonders gesunden und chronisch kranken Mitgliedern, weil die einen nichts kosten und die andern viel einbringen.

Mit der neuen Finanzierung nach Fallpauschalen (DRGs) wurden Krankenhäuser endgültig zu Wirtschaftsunternehmen. Damit sie im Wettbewerb überleben können, müssen sie darauf achten, dass sich die Krankenversorgung „rechnet“. Sachfremde betriebswirtschaftliche Kalküle greifen in das Leistungsgeschehen ein und belasten das Arzt-Patienten-Verhältnis. Der Zwang zur Rentabilität verstärkt den Druck zur Verschlechterung von Arbeits- und Entgeltbedingungen der (überwiegend weiblichen) Beschäftigten im Krankenhaus und zur Verkürzung der Behandlungsdauer bis hin zur berüchtigten „blutigen Entlassung“. Während sich international agierende Krankenhauskonzerne ausbreiten und auf

die hoch technisierte Behandlung betriebswirtschaftlich lukrativer Erkrankungen spezialisieren, ist die wohnortnahe Krankenhausversorgung in ländlichen Regionen gefährdet, da sie nicht mehr mit finanziellem Gewinn erbracht werden kann.

Die Gesundheitsreform der Großen Koalition stellte auch die ambulante Versorgung auf ein Vergütungssystem von „Marktpreisen“ um. Hier war es immer schon ein Problem, dass jede therapeutische Entscheidung des Arztes oder der Ärztin gleichzeitig eine Entscheidung über ihr Einkommen war. Statt nun aber die ambulante Versorgung an den Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten, wird sie einer noch stärkeren Kommerzialisierung unterworfen. „Effizienter“ wird die Krankenversorgung damit nicht.

Die Große Koalition hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), deren Kassen seit 1993 dem Marktwettbewerb unterworfen sind, nach dem Vorbild der Privaten Krankenversicherung (PKV) umgebaut. Kostenerstattung, Selbstbehalte, Wahltarife, Rabattverträge, Beitragsrückgewähr – sämtliche Wettbewerbsinstrumente der PKV wurden jetzt auch in der GKV eingeführt. Diese Instrumente begünstigen einseitig die Wohlhabenden und Gesunden.

Einen weiteren Schub der Privatisierung im Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren die gesetzlich verankerte Schuldenbremse der öffentlichen Haushalte auslösen: Einerseits können sich die kommunalen Krankenhausträger die oft zuschussbedürftigen Krankenhäuser zur Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung nicht mehr leisten, andererseits winken durch den Verkauf der Kliniken an private Investoren verlockende Zusatzeinnahmen, mit denen sich mögliche Haushaltsdefizite ausgleichen lassen.

Indem die GKV der PKV immer ähnlicher wird, wächst die Gefahr, dass die GKV vom Europäischen Gerichtshof als Wirtschaftsunternehmen statt als Solidarsystem eingestuft und dem marktliberalen EU-Wettbewerbsrecht unterworfen wird. Damit wäre die letzte Stunde des öffentlich-rechtlichen Solidarsystems eingeläutet. Dies ist politisch so gewollt, seit die EU sich mit den Beschlüssen des Gipfels von Lissabon im Jahr 2000 verpflichtet hat,



die Interessen der Finanzanleger vorrangig zu fördern.

Recht still geworden ist es um die anfänglichen Versprechen, die Stellung der PatientInnen als „König Kunde“ politisch zu stärken. Denn wie immer am Markt ist Kunde, wer bezahlt – also die Krankenkassen. Unter dem allgemeinen Kostendruck nutzen

die Kassen ihre Marktmacht vor allem dazu, die Gesundheitsversorgung billiger zu machen. Die Stellung der PatientInnen nähert sich eher der eines Rohstoffs („Patientengut“), mit dessen Verarbeitung das Geschäft gemacht wird.

Das Ergebnis: Umverteilung zu Gunsten des Kapitals

Für die Politik der Privatisierung und Kommerzialisierung sowie der daraus folgenden Entsolidarisierung des Gesundheitswesens gibt es gar keine Notwendigkeit. Die Mythen einer „Kostenexplosion“, von „zu hohen Lohnnebenkosten“ oder von der „demografisch“ bedingten „Unbezahlbarkeit“ der solidarischen Krankenversicherung dienen nur den Verteilungsinteressen des Kapitals. Massenerwerbslosigkeit, prekäre Beschäftigung, Sanierung der öffentlichen Haushalte auf Kosten der Sozialversicherungen und zurückbleibende Lohnentwicklung schwächen seit Jahrzehnten die Einnahmen der Sozialversicherungen zu Gunsten der Unternehmensprofite. Die dadurch verursachte Dauerkrise bei den Sozialkassen wurde und wird als Vorwand dazu missbraucht, den weiteren Rückzug

der Arbeitgeber aus der Finanzierung zu organisieren, indem die finanziellen Belastungen einseitig auf Kranke und Versicherte verschoben werden.

Beitragsmittel der GKV müssen ausschließlich für die medizinische Versorgung ausgegeben werden. Private Versicherungen können mit ihrem Geld machen, was sie wollen, wenn sie nur die vertraglich zugesicherten Leistungen erbringen. Damit eröffnet die Kommerzialisierung der Versorgung dem Kapital neue Anlagefelder, um an den nationalen und internationalen Finanzmärkten Gewinne zu erwirtschaften. Der große Coup für die Finanzwirtschaft und insbesondere für die Versicherungsbranche wäre die rechtsförmliche Privatisierung unserer gesetzlichen Sozialkassen.

Die Alternative:

Umverteilung für ein solidarisches Gesundheitswesen

Deutschland ist eines der reichsten Länder der Welt. Wir fordern, dass entsprechend des Verfassungsgrundsatzes von der „Sozialpflichtigkeit des Eigentums“ der enorme Reichtum angemessen für ein solidarisches

Gesundheitswesen herangezogen wird, um die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zu stabilisieren.

DIE SOLIDARISCHE BÜRGERVERSICHERUNG

Mit dem Solidaritätsprinzip der Sozialversicherungen unvereinbar ist insbesondere,

- dass wohlhabendere Bevölkerungsgruppen – ManagerInnen, PolitikerInnen, Selbstständige und ArbeitnehmerInnen mit hohen Monatseinkommen (d.h. über der Versicherungspflichtgrenze) – sich aus der Solidargemeinschaft der GKV in die PKV verabschieden können.
- dass der volle Beitragssatz nur auf Einkommen bis ca. 3825 € (Beitragsbemessungsgrenze) erhoben wird, so dass die prozentuale Belastung für die GKV-Mitglieder umso geringer wird, je höher das Einkommen über dieser Grenze liegt.
- dass Vermögenseinkommen (aus Geldanlagen, Aktien- oder Immobilienbesitz) bei der Beitragserhebung unberücksichtigt bleiben und nur Arbeitseinkommen zu Beiträgen herangezogen werden. Das begünstigt die BezieherInnen von Vermögenseinkommen.
- dass sich die Arbeitgeberseite zu Lasten der Versicherten aus der hälftigen Beitragsfinanzierung zurückzieht, seit der Prozentsatz ihrer Beitragszahlung durch Gesetz eingefroren wurde.

Deshalb

- sind alle BürgerInnen – auch Wohlhabende, Reiche und Beamte – in die Solidargemeinschaft einzubinden; die Versicherungspflichtgrenze ist aufzuheben.
- sind die Beiträge ungeschmälert auch auf hohe und höchste Einkommen zu erheben; die Beitragsbemessungsgrenze wird damit abgeschafft.
- sind alle Vermögenseinkommen aus Geldanlagen, Aktien- oder Immobilienbesitz in die Beitragspflicht einzubeziehen, unter Berücksichtigung großzügiger Freibeträge.
- setzen wir uns für eine Unternehmensabgabe ein, die insbesondere die leistungsstarken und vor allem auch wenig personalintensiven Unternehmen angemessen an der Finanzierung der sozialen Gesundheitssicherung beteiligt, um die Verantwortung der Arbeitgeber für die soziale Sicherung weiterhin zu gewährleisten.

Das Ergebnis: Zuzahlungsfreie, umfassende und gerechte Gesundheitsversorgung für alle

Mit den Mehreinnahmen werden die Rücknahme der unsolidarischen Leistungsausgrenzungen, Praxisgebühren, Zuzahlungen, Sonder- und Zusatzbeiträge sowie Qualitätsverbesserungen der Gesundheitsversorgung für alle finanziert. Eine positive Nebenwirkung: Es kann zusätzliche Beschäftigung im Gesundheitswesen entstehen.

Gesundheit ist keine Ware! Mit der solidarischen Bürgerversicherung wird eine gleiche und umfassende öffentlich-rechtliche Krankenversicherung für alle geschaffen. So kann die Kommerzialisierung des Krankenversicherungsmarktes beendet und in die öffentliche Daseinsvorsorge zurück geholt werden.

Helfen Sie mit!

Gute Ideen zählen nur, wenn sie von so vielen Menschen eingefordert werden, dass die Politik sie nicht mehr ignorieren kann.

Helfen Sie mit und werden Sie Mitglied bei Attac, um der Zerstörung des solidarischen Gesundheitswesens Einhalt zu gebieten und für die solidarische Bürgerversicherung zu werben!

Wer oder was ist Attac?

Attac ist ein breites Netzwerk, das sich den Sachzwängen der Globalisierung widersetzt. In über 30 Ländern haben sich Menschen und Organisationen aus der Umwelt-, Friedens- und internationalen Solidaritätsbewegung, aus Kirchen und Gewerkschaften zu Attac zusammengeschlossen. Allein in Deutschland machen schon über 25 000 Menschen mit. Attac streitet für ein faires Welthandelssystem, gegen die Übermacht der Finanzmärkte und gegen die lokale und weltweite Verteilungs-Ungerechtigkeit. Das Netzwerk entwickelt Alternativen für ein solidarisches und umweltverträgliches Miteinander. Attac steht für vielfältige und kreative Aktionsformen: von Bildungs- und Diskussionsveranstaltungen bis zum Protest bei internationalen Gipfeln oder spektakulären Aktionen des zivilen Ungehorsams. Zum Thema Bürgerversicherung arbeitet in Attac die Arbeitsgemeinschaft Soziale Sicherungssysteme (www.attac.de/sozsich).

Weitere Adressen und AnsprechpartnerInnen finden sich im Internet unter www.attac.de oder können telefonisch im Bundesbüro erfragt werden:

Attac, Münchener Straße 48, 60329 Frankfurt/M. – Tel.: 069-900 281-10, Fax: -99 – info@attac.de