

## Privatisierung macht krank

Bei der gerade verabschiedeten Gesundheitsreform geht es auch um das Gesundheitswesen. Vor allem aber geht es ums Geld. Mit dem Argument der „Kostenexplosion“ wird der Ausstieg aus dem solidarischen Gesundheitssystem als unausweichlich dargestellt. Kaum noch verhüllt ist die Absicht, die paritätisch finanzierte Gesundheitsversorgung abzuwickeln und den Versicherten die Lasten der Krankheit aufzuerlegen.

Nutzlose Arzneimittel dürfen uneingeschränkt weiter verordnet werden (keine Positivliste).

Überteuerte Scheininnovationen dürfen durch das geplante Qualitätsinstitut nicht abqualifiziert werden (Verbot der Kosten-Nutzen-Bewertung). Kassenfusion – kein Thema mehr.

Dafür happige Zuzahlungen, Praxisgebühr, separate Krankengeld- und Zahnersatzversicherung, Streichung und Kürzung von Leistungen. Den Löwenanteil des 66-Milliarden-Sparpakets werden also die Sozialversicherten zahlen müssen, die Arbeitgeber hingegen werden erheblich entlastet.

Das ist die kurze und für alle verständliche Bilanz der „Jahrhundertreform“.

Konsequent an dieser großkoalitionären Sanierungsmaßnahme ist nur eines: Der Bruch mit einem sozialpolitischen Konsens, der viel mehr als nur Beitragsparität beinhaltet. Wie zuvor bei der rot-grünen „Reform“ der Rentenversicherung wird das Krankenversicherungssystem nach neoliberalen Muster radikal umgestaltet, kommt es zu einer gewaltigen Umverteilung von unten nach oben.

Eine Privatisierung des Gesundheitssystems trifft nicht nur Alte, chronisch Kranke und arme Menschen sondern wird auch für BezieherInnen mittlerer Einkommen schmerzhaft. Nunmehr wird Krankheit oder gar Sterben für viele auch zu einer finanziellen Bedrohung: sie zahlen nicht weniger für die Krankenversicherung und haben dann auch noch weniger Leistung.

Werden die Pläne in dieser Form umgesetzt, so ist zu erwarten, dass sich künftig einkommensschwächere Menschen eine für sie notwendige Behandlung gar nicht mehr leisten können. Traurige Tatsache auch in reichen Industrieländern ist: Je geringer die soziale Stellung (gemessen an Bildungsabschluss, Beruf und Einkommen), desto schlechter ist der Gesundheitszustand und desto geringer ist die Lebenserwartung. Das entspricht dem populären Spruch: „Weil du arm bist, musst du früher sterben“. Gerade für diese Menschen ist deshalb eine am Prinzip der Solidarität orientierte Krankenversicherung besonders wichtig, in der für alle Menschen das unkalkulierbare Risiko, krank zu werden, zumindest hinsichtlich der dadurch anfallenden Behandlungskosten solidarisch umgelegt wird. Auf einem solchen Solidarmodell beruht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), denn hier hat jedeR Versicherte – zumindest grundsätzlich – unabhängig von der Höhe ihrer/seiner Beiträge und dem individuellen Krankheitsrisiko einen Rechtsanspruch auf jene Leistungen, die zur Behandlung ihrer/seiner Krankheit erforderlich sind.

**Gesundheitssystem wird auf Kosten der PatientInnen saniert!**

Gleichwohl wird dieses Solidarmodell schon lange ausgehöhlt. Seit Mitte der 70er Jahre, als die GKV aufgrund des Anstieges der Arbeitslosigkeit und der mit ihr rückläufigen Einnahmen in eine Finanzierungskrise geriet, ist der Umfang des Leistungskatalogs verstärkt Angriffen ausgesetzt. Anfang der 90er Jahre leitete die konservativ-liberale Bundesregierung einen tiefgreifenden Wandel ein. Ständige Klagen über angeblich „zu hohe Lohnnebenkosten“ und „nicht mehr finanzierbare Ausgaben“ im Gesundheitswesen dienen seitdem der Legitimation von Markt- und

Wettbewerbselementen im Krankenversicherungssystem. Die Akteure im Gesundheitssystem sollen demnach künftig uneingeschränkt ihren ökonomischen Eigeninteressen folgen. Krankenhäuser und Krankenkassen werden so zu ebensolchen Profitcentern wie Pharmakonzerne und Privatversicherungen. Eine Gesundheitsversorgung, die sich am gesellschaftlichen Bedarf orientiert, spielt in einem solchen Denken eine immer geringere Rolle.

Menschen werden zunehmend – wie bereits in den Privaten Krankenversicherungen praktiziert – individuell verantwortlich für ihre Krankheiten gemacht, um damit eine höhere individuelle Kostenübernahme für Vorsorge und Behandlungen zu verknüpfen. Für jedeN spürbar ist diese zunehmende Privatisierung von Gesundheitskosten dadurch, dass schon seit einigen Jahren für viele Regelleistungen der GKV (Verschreibung von Arzneimitteln, Kur- und Krankenhausaufenthalten etc.) Zuzahlungen in Kauf genommen werden müssen. Darüber hinaus werden immer mehr vormals als medizinisch notwendig definierte Leistungen aus dem Katalog der GKV gestrichen. Dies reichte bisher von „Bagatellerkrankungen“ wie Erkältungen oder leichte Verletzungen über Schwangerschaftstests bis hin zu verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Mammographien), Kuren und Physiotherapien und ist nun bei der völligen Ausgliederung von Zahnersatz angekommen. PatientInnen bleibt hier nur die Möglichkeit, Medikamente oder Behandlungen aus eigener Tasche zu zahlen oder sich zusätzlich privat zu versichern.

Eingespart wird nach den Plänen von Ministerin Schmidt und ihren Konsenspartnern in Wirklichkeit nichts. Denn die als „Kostendämpfungsmaßnahmen“ bezeichneten Leistungseinschnitte senken in der Regel nicht die Gesamtkosten, sondern nur die von der Kasse zu tragenden Kostenanteile. Damit aber findet eine Kostenverschiebung zu Lasten der Kranken statt. Privatisierung gefährdet somit die Qualität der medizinischen Versorgung insofern, als dass diese aufgespalten wird in eine hochwertige Versorgung für Reiche und eine schlechtere für den Großteil der Bevölkerung.

Gegen eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin!  
Versicherungsprivilegien für Besserverdienende abschaffen!

Um eine an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Gesundheitsversorgung zu garantieren und die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen, muss ein am Prinzip der Solidarität orientiertes Gesundheitssystem beibehalten und ausgebaut werden. JungdemokratInnen/Junge Linke kämpfen daher gegen eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin, in der nur eine stark reduzierte Grundversorgung für die Mitglieder der gesetzlichen Kassen gewährleistet wird. Optimale Gesundheitsversorgung ist ein öffentliches Gut, auf das jeder Mensch ein Recht haben muss und das deshalb nicht vom Einkommen der/des Einzelnen abhängig sein darf. Allen Menschen muss unabhängig von ihrem Alter, ihrem Gesundheitszustand und der Höhe ihres Versicherungssatzes in gleicher Weise geholfen werden. Der Staat muss für dieses Gesundheitssystem die Gesamtverantwortung tragen.

Eine solche solidarische Gesundheitssicherung ist durchaus möglich und bezahlbar. Statt marktliberaler Steuerungsinstrumente sind Instrumente notwendig, die den Profitinteressen privater LeistungsanbieterInnen im Gesundheitssystem entgegen wirken. Der deutsche Arzneimittelmarkt, den die PatientInnen mit ihren Beiträgen finanzieren, verbraucht jährlich etwa 24 Milliarden Euro. Davon entfallen etwa 4 Milliarden auf nutzlose Produkte oder

Scheininnovationen, für die oft preiswertere wirkstoffgleiche Medikamente, sog. Generika, zur Verfügung stehen. Positivlisten mit von unabhängiger Seite geprüften Arzneimitteln oder die Verschreibung von Wirkstoffen wären hier ein richtiger Schritt hin zu einer stärkeren Regulierung des Pharmamarktes. So könnten die Kosten des Gesundheitssystems durch Abschöpfung der enormen Profite von Pharmakonzernen und anderer privater Profiteure im Geschäft mit Krankheit bzw. Gesundheit sinnvoll reduziert werden.

Das größte Finanzierungsproblem der gesetzlichen Kassen ist jedoch die Schrumpfung ihrer Beitragsbasis auf Grund von Massenarbeitslosigkeit und niedrigen Tarifabschlüssen während gleichzeitig die Besserverdienenden in die Privatversicherungen, die am Risikostrukturausgleich nicht beteiligt sind, abwandern. Die Sozialversicherung muss daher vor allem auf ihrer Einnahmenseite gestärkt werden!

Dafür ist es notwendig, die rational nicht begründbaren Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen abzuschaffen. Denn die Beitragsbemessungsgrenze sorgt dafür, dass Einkommen oberhalb dieser Grenze nicht bei der Berechnung des Beitragssatzes berücksichtigt wird, also sozialversicherungsfrei bleibt. Die Versicherungspflichtgrenze hingegen ermöglicht es, dass Menschen mit einem höheren monatlichen Einkommen nicht mehr zwangsweise Mitglied in der GKV sein müssen. Vor allem gesunde, alleinstehende und junge Beschäftigte mit besserem Einkommen können so gezielt von den Privaten Krankenversicherungen abgeworben werden. Menschen mit sogenannten „schlechten Risiken“ (z. B. Alte, chronisch Kranke) sowie Versicherte mit niedrigen und mittleren Einkommen verbleiben hingegen in der GKV. Es liegt auf der Hand, dass diese Praxis für die GKV zwangsläufig niedrigere Einnahmen, höhere Kosten und damit wiederum höhere Beitragssätze verursacht. Darüber hinaus muss ein Ziel einer solidarischen und effizienten Gesundheitspolitik die Einführung einer einzigen, allgemeinen Krankenkasse unter öffentlicher Kontrolle sein.

Generell würden der Abbau von Arbeitslosigkeit und höhere Tarifabschlüsse die Kassen finanziell nicht unerheblich entlasten. Unter der Prämisse, dass durch Arbeitszeitverkürzung Vollbeschäftigung realisierbar wäre, würde auch die Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung wieder tragfähiger – eine weithin geforderte „Entkopplung vom Faktor Arbeit“ ist aus dieser Perspektive jedenfalls keine „systemische Notwendigkeit“. Es wäre aber auch ein freier Zugang zu Gesundheitsversorgung als Teil einer steuerfinanzierten Sozialen Grundsicherung denkbar.

Gesundheit ist keine Ware!

Gegen die Privatisierung des Gesundheitssystems!

Für ein solidarisches Gesundheitssystem!

Individuelle Kostenfreiheit der Gesundheitsversorgung!