



Für ein solidarisches Gesundheitssystem:

Die Ortskrankenkassen wurden im Jahr 1884 unmittelbar nach der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 durch Reichskanzler Otto von Bismarck gegründet. Anfangs gab es 8.200 von ihnen, denen die Arbeiter zugewiesen wurden, wenn sie nicht anderweitig zu versichern waren. Ab 1892 konnten auch Angestellte und Heimarbeiter neben gewerblichen Arbeitern Mitglied werden.

Politik und Wirtschaft im damaligen Kaiserreich verfolgten mit der sozialen Absicherung die gleichen Ziele: Für die ermüdende und körperlich schwere Fabrikarbeit brauchte man gesunde und zufriedene Arbeiter, die nicht gegen die bestehenden Herrschafts- und Besitzverhältnisse aufbegehrten. Dafür machte man sich Forderungen der Sozialdemokratie zu Eigen.

Das Argument, dass der soziale Frieden bewahrt werden müsse, begleitete auch die Wiederherstellung beziehungsweise den Neuaufbau der verschiedenen Sozialversicherungssysteme nach dem Zweiten Weltkrieg. So beschloss die provisorische Versammlung Frankreichs am 5.7.1945 das Ziel einer Sozialversicherung sei „den Arbeitern die Sorge um die Unwägbarkeiten {der} Zukunft zu nehmen (...), die bei ihnen das Gefühl der Unterlegenheit entstehen lässt, aufgrund des Klassenunterschieds zwischen den Besitzenden, die sich ihrer selbst und ihrer Zukunft sicher sind, und den Arbeitern, die das Elend beständig vor Augen haben“.

Im Jahre 1948 wurde dann das „Recht auf Gesundheit“ von der WHO festgeschrieben und 1978 noch einmal durch den Zusatz „Recht auf Gesundheit für alle“ ergänzt.

Doch ist das „Recht auf Gesundheit“ wirklich zur Realität geworden?

Drei Gesundheitssysteme konkurrieren zur Zeit in der Welt.

- 1) Das koloniale Gesundheitssystem: pyramidenartig aufgebaut bietet es mobile Ambulanzen, öffentliche Krankenhäuser und an der Spitze wenige hoch spezialisierte Unikliniken. In dieses System exportieren die ehemaligen

Kolonialherren ihre Behandlungsmethoden, ohne eine länderspezifische Anpassung vor zu nehmen.

- 2) Das postsowjetische System besteht aus großen, nicht wohnortnahen Krankenhäusern. Nach dem Zusammenbruch des Ostblocks kollabierte auch dieses System und die durchschnittliche Lebenserwartung in Russland sank von 69 Jahren 1990 auf 67,5 Jahre 2007.
- 3) In den Industrieländern müssen wiederum drei Systeme unterschieden werden.
 - a. Nationale, staatlich finanzierte Gesundheitsdienste (z.B. Schweden Großbritannien, Italien, Spanien)
 - b. Sozialversicherungssysteme mit gesetzlichen oder privaten Kassen. Hier teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beitragskosten (z.B. Deutschland, Frankreich, Niederlande)
 - c. Systeme, die vorwiegend privat organisiert sind und in denen es keine gesetzliche Versicherung gibt (z.B. einige mitteleuropäische Länder).

In Schweden, Norwegen und Großbritannien gibt es eine garantierte Kostenfreiheit auf Basisleistungen. Die medizinischen Einrichtungen sind öffentlich. Die meisten Ärzte beziehen daher vom Staat oder der Kommune ein festes Gehalt. In diesem System gibt es etwa halb so viel niedergelassene Ärzte wie in Frankreich oder Deutschland, die nach einem Leistungskatalog honoriert werden. Es liegt auf der Hand, dass in Zeiten schrumpfender öffentlicher Haushalte die Wartelisten für medizinische Behandlungen immer länger werden: 2001 bekamen in Großbritannien 22 Prozent der Patienten erst nach mehr als drei Monaten einen Sprechstundentermin im Krankenhaus, und 27 Prozent warteten ein halbes Jahr auf ihre Operation. Seitdem hat die Labour-Regierung, die Mittel für das Gesundheitssystem aufgestockt (mehr Stellen für Ärzte und Krankenschwestern, Gehaltserhöhungen, Investitionen). Die Situation hat sich gebessert, ist aber nach wie vor schlechter als in Schweden oder Norwegen. Dort gibt es eine hochwertige medizinische Versorgung für alle.

Also führt - entgegen der Auffassung, dass es der Markt ist, der alles richtet - nicht etwa das staatliche System als solches zum Desaster, sondern die Untätigkeit desselben. Außerdem sind die gesamten Gesundheitskosten eines Landes häufig niedriger, wenn gesetzliche Krankenkassen die Regel sind und der private Anteil an den Gesamtausgaben möglichst gering ist, wie etwa in Schweden mit 18,3 Prozent oder in

Japan mit 18,7 Prozent im Vergleich zu Deutschland mit 23,1 Prozent und den USA mit sogar über 50 Prozent. Die Ungleichbehandlung ist trotz der hoch spezialisierten Medizin in den USA gewaltig: weiße Frauen aus den reichsten Wohnvierteln haben eine Lebenserwartung von 86 Jahren, während schwarze Frauen aus den ärmsten Vierteln kaum das 70. Lebensjahr erreichen.

Die Absicht von CDU/CSU und FDP, sich immer weiter von einem solidarisch, staatlich finanzierten Gesundheitssystem entfernen, wie es der Koalitionvertrag vorsieht, ist sehr bedenklich.

Immer weitere Details der Reformpläne werden bekannt. So möchte die Bundesregierung die lohnabhängigen Beiträge zur GKV auf 15,5% erhöhen, wobei die Arbeitnehmer 8,2% der Kosten tragen sollen und die Arbeitgeber nur 7,3%. Des Weiteren sollen die lohnabhängigen Beiträge bei den 15,5% festgeschrieben werden und die zukünftigen Kostensteigerungen im Gesundheitssystem über Zusatzbeiträge finanziert werden, die eine Kasse nach Bedarf erheben kann. Patienten, bei denen der Zusatzbeitrag 2% des beitragspflichtigen Einkommens überschreitet, soll die Differenz von durchschnittlichem Zusatzbeitrag und den 2% des beitragspflichtigen Einkommens bei Lohn- bzw. Rentenauszahlung erstattet werden.

Vieles deutet darauf hin, dass die Bundesregierung über das Erheben von Zusatzbeiträgen nun durch die Hintertür die Kopfpauschale einführen will. Alle Kostensteigerungen müssen durch Zusatzbeiträge finanziert werden, weil die lohnabhängigen Beiträge bei 15,5% eingefroren werden sollen.

Die Konsequenzen einer Kopfpauschale von 29€, wie es der Entwurf der FDP vorsah, wurde vom Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln analysiert. Dem zufolge würden Menschen mit mittlerem oder geringerem Einkommen deutlich stärker belastet werden. Für Versicherte, die 1000€ im Monat verdienen, stiege der Gesamtbeitrag zur Krankenversicherung um 20€. Das entspricht einer Erhöhung des Beitragsatzes von 14,9% auf 16,9%. Erst ab einem Monatsbrutto von 3500€ brächte die Kopfpauschale eine finanzielle Entlastung.

Sollten zusätzlich die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung eingefroren werden, wie es der Plan der Bundesregierung vorsieht, müsste jede Milliarde Euro, um die sich die Gesundheitsausgaben erhöhen, von den rund 50 Millionen Versicherten

getragen werden. Bei ihnen stiege dann pro Milliarde Euro die Pauschale um 20€. Das zeigen Ergebnisse der Untersuchung der Kopfpauschalen in den Niederlanden und der Schweiz.

Zwischen 2007 und 2010 haben sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland um 20 Milliarden Euro erhöht. Das hätte also schon einen Pauschalbeitrag von 400€ zur Folge.

Daher stehen wir für die Einführung der gemeinschaftlich solidarisch finanzierten Bürgerversicherung, in der alle Bürger pflichtversichert würden. Diese Versicherung hätte eine breite finanzielle Basis und der ungleiche Wettbewerb zwischen GKV und PKV könnte beendet werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich vor allem junge, gesunde Menschen („gute Risiken“) in der PKV zu günstigen Tarifen versichern und so dem für sie teuren Solidarausgleich ausweichen. In der GKV kam es in der Folge zu einer „negativen Auslese“ und damit zu weiteren Belastungen und Steigerungen des Beitragssatzes. Um für Beihilfeberechtigte keine Nachteile entstehen zu lassen, sollte für sie eine kostenneutrale Lösung gefunden werden.

Um die Finanzierung der GKV auf sicherere Füße zu stellen, sollte überlegt werden, die Beitragsentwicklung an die Entwicklung des BIP zu koppeln. Dazu wäre es sinnvoll, die Erträge aus Kapitaleinkünften ebenfalls zur Beitragsbemessung heran zu ziehen.

Die Forderung eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems ist essentiell für den sozialen Frieden einer Gesellschaft. Eine Gesellschaft wird niemals „den Arbeitern die Sorge um die Unwägbarkeiten {der} Zukunft“ nehmen können, wenn der Arbeiter sich noch im Zustand größter Schwäche Sorgen um seine ausreichende Versorgung machen muss.

Dem „Recht auf Gesundheit“ entspricht man nicht, indem man den Zugang zu medizinischer Versorgung durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen immer weiter erschwert und ökonomisiert.