

Rede von Antje Jansen zu TOP 43: Krankenkassen- überschüsse sinnvoll nutzen

92/2012

Es gilt das gesprochene Wort.

Kiel, 23. März 2012

Antje Jansen zur sinnvollen Nutzung der Krankenkassenüberschüsse

„Frau Präsidentin, meine Damen und Herren,

Im Gesundheitsfonds sind Milliardenüberschüsse aufgelaufen. Das hat die sofortige Begehrlichkeit des Finanzministers geweckt, der jetzt glaubt, in den Jahren 2010 und 2011 insgesamt zwei Milliarden Euro zu viel in den Gesundheitsfonds eingezahlt zu haben.

Das, meine Damen und Herren, empfinden wir als unverschämt. Der Bundesfinanzminister will sich hier aus den Mehreinnahmen der Krankenkassen bedienen. Und das heißt nichts anderes, als dass er sich bei den Versicherten und direkt aus deren Beitragszahlungen bedienen will. DIE LINKE lehnt den Rollgriff des Finanzministers in die Überschüsse der Krankenkassen ab.

Wir kritisieren seit langem die Irrungen und Wirrungen einer forcierten neoliberalen Gesundheitspolitik. Die zunehmende Auflösung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die Ausgliederung von ganzen Bereichen aus den kassenfinanzierten Gesundheitsleistungen, die Praxisgebühr und die Zusatzbeiträge sind nur die offenkundigsten Beispiele.

Wir waren nicht für die Einführung des Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds trägt nicht dazu bei, die gesetzliche Krankenversicherung auf eine dauerhafte und stabile Finanzierungsgrundlage zu stellen. Weder wird die private Krankenversicherung einbezogen noch die Beitragsbemessungsgrenze angehoben. Andere Einkommensarten werden ebenfalls nicht berücksichtigt. Noch nicht einmal der Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten, den die Versicherten alleine zahlen müssen, wurde abgeschafft. Die Zeit ist reif für eine Versicherung, in die alle für alle einzahlen. Darum können wir der Forderung im Antrag der GRÜNEN auch nicht zustimmen:

DIE LINKE streitet für eine solidarische und stabile Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen. Aber die Abschaffung des Gesundheitsfonds ist die falsche Antwort. Wir wollen, dass der Gesundheitsfonds weiterentwickelt wird zu einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.

Die aktuellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherungen will DIE LINKE dafür nutzen, die Praxisgebühr und auch die Medikamentenzuzahlungen endlich wieder abzuschaffen.

Die Praxisgebühr hat keine positiven Wirkungen, sondern nur negative Folgen. Man muss nicht mehr groß evaluieren, ob die Praxisgebühr tauglich sei als »Steuerungsinstrument überflüssiger Arztkontakte«. Die neu vorliegenden näheren Zahlen zu Arztkontakten je Patient widerlegen das zur Genüge.

Die Praxisgebühr hat genau das erreicht, was immer absehbar war: Menschen mit geringem Einkommen gehen wegen der Praxisgebühr trotz Beschwerden nicht rechtzeitig zum Arzt beziehungsweise zur Ärztin oder verzichten ganz auf eine Behandlung. Die Praxisgebühr führt zur ungleichen Gesundheitsversorgung zwischen Arm und Reich und ist ein Baustein der Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland. Das, meine Damen und Herren, ist der Hauptgrund, warum wir sie abschaffen wollen.

Die weiteren Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen müssen nach unserer Meinung im System verbleiben. Dieses Geld soll in eine bessere Krankenversorgung fließen.

Wir haben hier schon oft genug darüber geredet, welche Nachteile sich für unsere Krankenhäuser und für die Versorgung der Patientinnen und Patienten daraus ergeben, dass Schleswig-Holstein am unteren Ende der Landesbasisfallwerte liegt. Der Landtag war sich im Großen und Ganzen auch einig: Hier muss Abhilfe geschaffen werden mit der Einführung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwertes. Das nützt unmittelbar einer großen Zahl von Versicherten in den benachteiligten Bundesländern, zu denen Schleswig-Holstein gehört.

Wir würden damit etwas mehr Luft ins System bekommen. Wir würden damit Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich ausbremsen, würden den Druck auf Privatisierungen, auf Personaleinsparungen und Arbeitsverdichtungen abmildern. Anders als die SPD in ihrem Antrag wollen wir mehr als die Wiedereinführung einer »zweiten Konvergenzphase« zur Erreichung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes. Nach unserer Auffassung soll die Vereinheitlichung auf dem aktuell höchsten Niveau stattfinden. Und wir wollen, dass die Entwicklung der Kostensätze endlich den realen Kosten folgt und die Veränderungsrate nach dem Warenkorbmodell ermittelt wird.

Die sogenannten Überschüsse der Krankenhäuser sind nicht die Verfügungsmasse des Finanzministers. Sie sind auch nicht das Geld der Krankenkassen. Dieses Geld gehört den Versicherten.

Vielen Dank.“