

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Monika Knoche und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksachen 13/4615, 13/5099 –

Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG)

Der Bundestag wolle beschließen:

- I. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
den Gesetzentwurf in Gänze zurückzuziehen. Der Gesetzentwurf ist in seinen Auswirkungen unsozial, in seinen ökonomischen Berechnungen weitgehend unstimmig, sachlich falsch und gesundheitspolitisch kontraproduktiv.

- II. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das Beitragsentlastungsgesetz und die darin enthaltenen Kürzungsvorschläge richten sich explizit gegen Kranke und gliedern gesundheitlich notwendige Leistungen aus der Sachleistungsgewähr aus. Den weit gefächerten Kürzungskatalog als einen Beitrag zu mehr Wachstum und Beschäftigung auszuweisen, ist absurd. Außerhalb der von der Regierung präferierten Vorfahrt für die Selbstverwaltung wird mit diesem Kürzungspaket dirigistisch in die Beitragsatzfindung der gesetzlichen Krankenversicherungen eingegriffen, um kurzfristige Beitragssatzsenkungen vorzuschreiben. Wie die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 12. Juni 1996 unmißverständlich zeigte, stößt dieses simple aber folgenschwere Sozialdumping auf entschiedenen Widerstand bei den Kassen, Patientinnen und Patienten und den Sozialpartnern. Die von der Regierung vorgebrachten ökonomischen Argumente tragen nicht. Die Schwächen im industriellen und sozialen Innovationsgeschehen werden durch dieses Gesetz nicht behoben. In seiner Wirkung würde es zu weiteren Externalisierungen sozialer Kosten zu Lasten der Versicherten und Kranken führen.

Exemplarisch für die Aufkündigung des gesundheitspolitischen Konsenses ist die beabsichtigte Streichung des Zahnersatzes für Jugendliche. Die faktische Abschaffung der Präven-

tion wie auch die Kürzung des Krankengeldes konterkarieren das zivilisatorische Selbstverständnis, das bislang zielgebend für die Gesundheitspolitik ist.

Vom Sparen oder von einem gewissenhaften Umgang mit Ressourcen kann keine Rede sein.

Der Kürzungskatalog ist eine Aufweichung der beitragshältigen Finanzierung. Die sog. Einsparungen hätten die Versicherten als Zusatzkosten ohne Arbeitgeberanteil oder als Einbußen in voller Höhe allein zu tragen. Das ist mit den Grundzügen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht vereinbar.

Die Reduzierung des Arbeitgeberanteils bedarf – soweit es als Standortargument vorgebracht wird – der Rechtfertigung. Denn im internationalen Vergleich liegt der prozentuale Arbeitgeberanteil in Deutschland mit 50,7 % unter dem der USA mit 56 % oder Japan mit 52 %.

Wie die Sachverständigenanhörung des Deutschen Bundestages am 12. Juni 1996 darlegte, fehlt jegliche wirtschaftswissenschaftliche Seriösität und sozialpolitische Plausibilität.

Die Berechnungsgrundlagen des Kürzungskatalogs halten einer Überprüfung nicht stand. So ist durch die Vorverlegung des Fälligkeitstermins der Beitragszahlungen der Arbeitgeber eine Einsparung von 1,250 Mio. DM angegeben. Doch handelt es sich bei dieser Maßnahme nur um ein schlichtes Vorziehen der Liquidität, nicht jedoch um eine tatsächliche Mehreinnahme. Weiter wurde nicht bedacht, daß eine Senkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle sich negativ auf die Beitragszahlungen bzw. Einnahmeseite der Krankenkassen in Höhe von ca. 500 Mio. DM auswirkt, weil sich die Bemessungsgrundlage vermindern würde. Damit würden rechnerisch maximal 360 Mio. DM statt 860 Mio. DM erreicht.

Die Summe der Einsparungen aus dem Kürzungspaket beläuft sich nach Expertenmeinung auf ca. 3 Mrd. DM und nicht wie ausgewiesen auf 7,5 Mrd. DM.

Die Zahlen der Bundesregierung zu den Fehlbelegungen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung – BMA sind veraltet und stammen aus einer Studie von Infratest aus dem Jahre 1986. In der Zwischenzeit (1990 bis 1994) wurden durch Liegezeitverkürzungen und den Bettenabbau um 70 000 ca. 24 Millionen Pflegetage reduziert. Die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten stieg um ca. 7 % auf 14,6 Millionen pro Jahr an. Das vorgegebene Einsparpotential ist auch vor dem Hintergrund des bereits stattgefundenen Bettenabbaus als unrealistisch zu bezeichnen.

Insbesondere kraß unsozial ist die Streichung von Zahnersatzleistung für nach dem 1. Januar 1979 Geborene mit dem Ziel, 425 Mio. DM zu sparen. Die schleichende Ausgrenzung bei der Zahnprothetik trifft nachweislich besonders Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Schichten.

Hier soll erstmals das Verschuldensprinzip in die GKV eingeführt werden. Es handelt sich um einen klaren Systembruch. Bisher galt, daß Zahnlosigkeit oder auch nur das Fehlen einzelner Zähne eine Krankheit im Sinne der GKV ist. Zahnärztliche Behandlung ist insofern eine Rehabilitationsleistung und eine prophylaktische Maßnahme, weil durch die Nichtbehandlung die übrige Zahnschubstanz geschädigt wird.

Jugendliche können nicht für biographische Besonderheiten ihrer Kindheit rechtlich und moralisch verantwortlich gemacht werden. Vielmehr liegt es in der Verantwortung der Bundesregierung, flächendeckend und effizient Zahnprophylaxe einzuführen.

Das Kassenbrillengestell mit dem Argument, es handle sich ohnehin um einen unbeträchtlichen Betrag, abzuschaffen, ist ignorant. Die soziale Bedeutung der Kassenbrille zeigt sich schon darin, daß im Osten Deutschlands 25 bis 30 % und im Westen 10 bis 12 % aller Brillen Kassenbrillen sind.

Die Absenkung des Krankengeldes ist ein besonders tiefgreifender Einschnitt in historisch erreichte Standards. Mit ihr wird die Existenzgrundlage von kranken Menschen und ihren Familien nachhaltig beeinträchtigt. Gerade bei Menschen mit niedrigem Einkommen ist eine 10%ige Kürzung dieser Lohnersatzleistung eine große soziale Härte. Krankengeld wird erst gezahlt, wenn die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig und damit in der Regel schwer erkrankt ist. Insofern ist eine Mißbrauchsdiskussion unzutreffend.

Die im Beitragsentlastungsgesetz vorgesehene erhebliche Ausweitung der Zuzahlungen insbesondere zu Arzneimitteln und stationären Krankenhausaufenthalten unterlaufen das Ziel, einen gleichberechtigten Zugang aller Versicherten zu den Leistungen zu garantieren. Die bestehenden Sozial- und Überforderungsklauseln sind unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten als unzureichend zu bezeichnen. Zuzahlungen haben keine Steuerungswirkung auf die Leistungsanspruchnahme. Speziell für Menschen mit chronischen Krankheiten und mit Behinderungen wirken sich Zuzahlungen strukturell wie ein zweiter Versicherungsbeitrag aus.

Wenn für Selbsthilfegruppen (§ 20 SGB V – Gesundheitsförderung) die Förderung von festdefinierten Krankheitsbildern abhängig gemacht wird, wie es mit dem Änderungsantrag der Koalition beabsichtigt ist, wird gerade dadurch einem emanzipatorischen Selbsthilfeverständnis der Boden entzogen und die Förderung von Eigenkompetenz von Erkrankten auf rein schulmedizinische Krankheitsbilder verengt.

Die große gesundheitspolitische Aufgabenstellung der Gesundheitsförderung bliebe demnach nicht mehr förderfähig im Sinne der jetzigen Regelung und wäre eine gesundheitspolitische Bankrotterklärung.

Bonn, den 26. Juni 1996

Monika Knoche

Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion

