

Ursula Engelen-Kefer

Ein nachhaltiges Gesundheitssystem-zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale

In den *USA* hat Präsident *Obama* gerade den Beginn einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung mit vielen Anfeindungen und inhaltlichen Abstrichen durchboxen können. Bislang waren 45 Mio. Amerikaner ohne eine gesetzliche Krankenversicherung. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt liegt mit über 18 Prozent am höchsten im internationalen Vergleich. Welchen Mut *Obama* mit diesem „Tabubruch“ im Kapitalismus der *USA* wagte- ist durch seine verheerende Wahlschlappe bei den jüngsten Kongresswahlen deutlich geworden. Es ist daher nur noch als „böser *Treppenwitz der Geschichte*“ zu bezeichnen, wenn jetzt die Bundesregierung aus *CDU/CSU* und *FDP* beginnt, die seit „*Bismarck*“ bestehende gesetzliche solidarische Krankenversicherung, die 90 Prozent der Bevölkerung im Falle der Krankheit schützt, abzureißen.

Abbau der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet

Dabei dürfte niemand überrascht sein: Bereits in ihrem Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2010 hatte die *FDP* mit aller Klarheit deutlich gemacht: Die Einführung von Kopfpauschalen war eines ihrer wesentlichen Ziele. *Entkoppelung* der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, mehr Arbeitsplätze und *mehr Netto vom Brutto* waren die Zauberformeln, mit der sie einen grandiosen Wahlerfolg von knapp 15 Prozent einfuhr.

.Als die Bundeskanzlerin nach dem Wahlsieg von Schwarz-Gelb am 27. September 2009 Philipp Rösler, *FDP*, zum neuen Bundesgesundheitsminister ernannte, musste auch dem letzten Zweifler klar sein, wohin die Reise in der Gesundheitspolitik geht- in die *Kopfpauschalen* und damit die *Privatisierung*. Und wieder ist es die Zauberformel von der Entkoppelung der Arbeitskosten von den Gesundheitskosten, um mehr Arbeitsplätze zu schaffen- ein Trugschluss, wie die internationalen Erfahrungen zeigen.

Negative Erfahrungen in der Schweiz mit der Kopfpauschale

Im internationalen Vergleich der Industrieländer hat die Schweiz den zweithöchsten Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt: Hier besteht seit vielen Jahren das System der Kopfpauschalen, d.h. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Versicherten alleine aufgebracht. Jeder zahlt – unabhängig von seiner Erwerbstätigkeit und seinem

Einkommen- den gleichen Betrag in die Gesundheitskassen. Allerdings variiert die Höhe dieser Kopfpauschalen nach Regionen bzw. Kantonen. Für Menschen unterhalb einer bestimmten Einkommenshöhe werden steuerliche Zuschüsse geleistet, die ebenfalls nach Kantonen erhebliche Unterschiede aufweisen. Infolge der stark steigenden Gesundheitsausgaben mussten die steuerlichen Zuschüsse der einzelnen Kantone ständig erhöht werden. Die Konsequenzen: Viele Schweizer Bürger ächzen unter den immer höheren Kosten für ihre gesundheitliche Versorgung, Einschränkungen der Gesundheitsleistungen und dem „teuren“ Zwang, private Zusatzversicherungen abzuschließen.

Bereits diese internationalen Vergleiche zeigen: Je höher die Privatisierung des Gesundheitswesens, desto stärker steigen die Gesundheitskosten. Die Bundesrepublik lag mit einem Anteil der Gesundheitskosten von 10,6 Prozent 2006 auf ähnlicher Höhe wie Belgien, Portugal und Österreich und weit unter den USA mit 15,3 Prozent sowie auch niedriger als in der Schweiz mit 11,3 Prozent, allerdings höher als in den Niederlanden und den skandinavischen Ländern.

Ursula Engelen-Kefer

Radikaler Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Mit der jetzt beschlossenen sog. Gesundheitsreform in der Bundesrepublik soll die für 2011 auf 11 Mrd. Euro geschätzte Finanzlücke des bereits jetzt unterfinanzierten Gesundheitsfonds teilweise dadurch geschlossen werden, dass die Beiträge von jetzt 14,9 auf 15,5 Prozent angehoben werden. Allerdings ist das Solidarprinzip bei der Beitragszahlung bereits längst durchbrochen, da die Versicherten schon heute 0,9 Prozent mehr zahlen müssen als die Arbeitgeber mit 7,0 Prozent. In Zukunft werden sie 8,2 Prozent zahlen müssen, die Arbeitgeber nur 7,3.

Dies ist eine schwere *Hypothek* des Gesundheitskompromisses während der Rot-Grünen Koalition. Die finanzielle Solidarität ist damit erheblich zu Lasten der Versicherten aufgeweicht. Sie müssen etwa 60 Prozent der Gesamteinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufbringen; die Arbeitgeber sind mit nur etwa 40 Prozent belastet. Hinzu kommen noch die ständigen Erhöhungen der Zuzahlungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhausaufenthalte und nicht zuletzt die Praxisgebühr von 10 Euro im Quartal.

Ein *radikaler Systemwechsel* zu Lasten der Menschen in der schwarz-gelben Gesundheitsreform von FDP Minister Phillip Rösler erfolgt durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags bei 7,3 Prozent - verbunden mit der Einführung einer „kleinen“ Kopfpauschale. Im Klartext heißt dies: *Die gesamten zukünftigen Kostensteigerungen müssen von den Versicherten allein bezahlt werden- ohne Grenze nach oben. Auch werden diese Zusatzbeiträge nicht mehr solidarisch nach der jeweiligen Einkommenshöhe bemessen, sondern als einheitliche Pauschale von allen Versicherten abgefordert. Damit wird auch die Solidarität zwischen höheren und niedrigeren Einkommen beendet.*

Der versprochene steuerliche Ausgleich, wenn diese Zusatzbeiträge 2 Prozent des Einkommens überschreiten, erweist sich bei näherem Hinsehen als *trügerische* Fiktion. Die Zusatzbeiträge sollen pauschal für alle Kassen berechnet werden und nur danach erfolgt dann der steuerliche Ausgleich. Die tatsächlichen Zusatzbeiträge einzelner Kassen können jedoch erheblich von diesen fiktiven Pauschalen nach oben abweichen. Gerade Niedrigverdiener können somit durch die Zusatzbeiträge erheblich mehr als mit 2 Prozent ihres Einkommens belastet werden.

Ursprünglich sollten zumindest die tatsächlich anfallenden Zusatzbeiträge für ALG II Empfänger erstattet werden. Jetzt ist nur noch der durchschnittliche Zusatzbeitrag erstattungsfähig. Dies bedeutet, daß bei Kassen mit höheren als durchschnittlichen Zusatzbeiträgen die betroffenen Menschen in Hartz IV derartige höhere Zusatzausgaben selbst bezahlen müssen. ALG I Empfänger werden mit den gesamten Zusatzausgaben belastet und ebenfalls besonders unter der ungerechten Erstattungsregelung leiden, wenn der Zusatzbeitrag zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Hier soll nach dem ausdrücklichen Willen der schwarz gelben Regierungskoalition auf dem Rücken der „Ärmsten der Armen“ der Ausgabenwettbewerb unter den Krankenkassen gefördert werden. Wie Untersuchungen deutlich machen, haben gerade Langzeitarbeitslose ein höheres Krankheitsrisiko, sind daher in besonderem Maße auf die gesetzlichen Krankenkassen angewiesen. Sie sind somit am wenigsten in der Lage, Ihre Kasse aus Kostengründen zu wechseln.

Der lapidare Hinweis des Bundesgesundheitsministers, die Versicherten könnten ja die Kasse wechseln, wenn die Zusatzbeiträge übermäßig hoch seien zeugt von erstaunlicher *Ignoranz* bis Ahnungslosigkeit der Realitäten. Viele der betroffenen Menschen in höherem Lebensalter mit chronischen Krankheiten werden kaum in der Lage sein, ständige Wechsel ihrer Krankenkassen vorzunehmen. Für sie heißt es dann schlicht, den bereits zu engen Gürtel noch enger zu schnallen.

Negativ für die Versicherten wird sich auswirken, dass in Zukunft bei Arztrechnungen das *Prinzip der Vorkasse* gewählt werden kann. Dies ist für die Ärzte günstiger, als die vorgegebene Abrechnung der Sachleistungen mit der Krankenversicherung. Es besteht mithin die Gefahr, dass beim ärztlichen Behandlungsaufwand teilweise auch

danach unterschieden wird, ob die Versicherten bereit zur Vorkasse sind oder nicht. Viele Versicherte mit niedrigen Einkommen werden sich die Vorkasse nicht leisten können und werden zu Patienten nicht nur zweiter, sondern dritter Klasse herabgestuft.

Hohe Verschwendungen im Gesundheitswesen

Gerade im Gesundheitswesen gibt es nicht nur erhebliche Ungerechtigkeiten bei der Verteilung der Mittel auf Ärzte, Krankenhäuser, Medikamente und sonstige Leistungen sondern auch ein hohes Maß an Verschwendung. Wie in allen vorherigen sog. Gesundheitsreformen enthalten auch die jetzigen Reformgesetze für das Arzneimittelwesen sowie die gesetzliche Krankenversicherung - trotz gegenteiliger Versprechungen von Bundesgesundheitsminister Phillip Rösler- keine ernst zu nehmenden Einschränkungen.

Einige der wichtigsten *Beispiele* sind: -

- die immer undurchschaubarer werdende Flut an *Arzneimitteln*, deren im nationalen und internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Kosten und Kostensteigerungen;
- die Intransparenz und Ungerechtigkeiten bei der Verteilung der *Honorare* durch die Kassenärztlichen Vereinigungen;
- die hohen Gesundheitskosten durch *mangelnden* Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben;
- die weitgehend fehlende systematische *Prävention* in der Gesundheitsversorgung; die ausufernde und teure Medizintechnik mit nicht immer erkennbarer Verbesserung der Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung.

Um hierbei die Kosten zu begrenzen, bedarf es der *gemeinsamen* Anstrengungen von Krankenkassen sowie beider Seiten der Tarif- bzw. Sozialparteien. Diese gemeinsame auch finanzielle Verantwortung hätte aus- und nicht abgebaut werden müssen.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung geht in ihrer jetzt beschlossenen Reform in die umgekehrte Richtung und wird damit das Gegenteil von ihrer Propaganda erreichen: die Entkoppelung der Arbeits- von den Gesundheitskosten wird einen neuen Schub zusätzlicher Ausgaben mit sich bringen, ohne dass hierdurch die vorhandenen Verschwendungen und Ungerechtigkeiten oder Qualitätsmängel beseitigt werden können. Im Gegenteil: Die Zwei- und Dreiklassen Medizin und damit die weitere Spaltung unserer Gesellschaft schreitet mit noch größeren Schritten voran.

Ursula Engelen-Kefer

Mehr Solidarität durch Bürgerversicherung

Die demographisch bedingte Zunahme der älteren Menschen sowie die Steigerung des Lebensalters, aber auch des medizinisch-technischen Fortschritts machen mehr und nicht weniger Solidarität auch in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Deshalb ist das Prinzip der Bürgerversicherung für die gesetzliche Krankenversicherung der einzig gangbare Weg, um eine einheitliche sowie qualitativ ausreichende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen.

So ist es nicht zu rechtfertigen, dass nur Arbeiter und Angestellte und ihre Arbeitgeber bis zur Beitragsbemessungsgrenze in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen. Vielmehr müssen auch die oberen Einkommensbezieher, die Selbständigen, Politiker und Beamten an dieser Solidarität der Gesundheitsversorgung beteiligt werden.

Die Einkommensbezogenheit und Parität der Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern ist wieder herzustellen. Dazu muss der Sonderbeitrag allein zu Lasten der Versicherten von 0,9 Prozent auf beide Seiten aufgeteilt oder von den Arbeitgebern ebenfalls ein zusätzlicher Beitrag von 0,9 Prozent erhoben werden. Damit könnten ein Teil der finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung gelöst und die Solidarität wieder hergestellt werden.

Privatversicherung in Solidarausgleich einbeziehen

In keinem anderen Land gibt es eine solche krasse Zweiteilung der medizinischen Versorgung - wie in der Bundesrepublik- durch das Nebeneinanderbestehen und die Konkurrenz um die guten Risiken zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als einer weiteren Vollversicherung. Dies verfestigt die zwei Klassen Medizin zwischen gesetzlich und privat Versicherten.

Ein Mindestfordernis wäre mithin, dass für gesetzlich und privat Versicherte gleichermaßen die notwendigen Gesundheitsleistungen erbracht werden müssen. Die zu Diskriminierungen gegenüber den gesetzlich Versicherten führenden zwei bis dreifachen Gebührensätze (und darüber hinaus) in der privaten Krankenversicherung müssen abgeschafft und die privaten Krankenversicherungen in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden. Dann zählt bei der finanziellen Ausstattung der jeweiligen Kasse nicht mehr das Einkommen des Versicherten, sondern seine gesundheitlichen Risiken und somit Anforderungen an gesundheitliche Leistungen.

Darüber hinaus ist in der privaten Krankenversicherung die notwendige Transparenz über die finanzielle Lage, die teilweise ungerechtfertigt hohen Verwaltungskosten sowie die erheblichen Steigerungen der Beitragssätze und die enorme Belastung ihrer Mitglieder mit höherem Lebensalter herzustellen. Die Versicherten müssen erheblich besser informiert werden, was auf sie zukommt, wenn sie den Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wählen.

Da immer mehr Einkommen aus Kapitalerträgen gewonnen werden- wenn auch höchst einseitig in unserer Gesellschaft verteilt- müssen auch diese Einkünfte zur Beitragsbemessung und herangezogen werden. Natürlich muss hier eine ausreichende Freigrenze gelten, damit nicht die unteren und mittleren Einkommen auch noch mit ihren kleinen Ersparnissen für die gesetzliche Krankenversicherung zahlen müssen.

Wirksame Bekämpfung der Verschwendung

Erheblich besser genutzt werden müssen die Einsparpotentiale, insbesondere bei den Herstellern von Arzneimitteln, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten sowie die sog. Leistungserbringer von medizinischen Leistungen. Dabei müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Verteilung der Ärztehonorare grundsätzlich in Frage gestellt und gerechter gestaltet werden. Ebenfalls ist die Verteilung der Ärzte auf großstädtische und ländliche Regionen neu zu gestalten. Der sich bereits jetzt abzeichnende und drastisch zunehmende Mangel an ärztlicher Versorgung in ländlichen Gebieten muss angegangen und abgestellt werden.

Unabdingbar ist die Verbesserung der Qualität gesundheitlicher Leistungen sowie ein Paradigmenwechsel von der vorwiegend kurativen Medizin in die Rehabilitation und vor allem Prävention. Hier bestehen erhebliche Nachholbedarfe in der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik. Dies erfordert eine erheblich bessere Zusammenarbeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Flankierung durch Arbeitsmarktpolitik

Unabhängig von diesen Reformnotwendigkeiten im Gesundheitswesen bedarf es flankierender Maßnahmen in der Arbeitsmarktpolitik. Die ständige Erosion des Normalarbeitsverhältnisses durch die Explosion der 400 Euro Jobs, aber auch die Steuer- und Beitragsfreiheit von immer mehr betrieblichen Sozialleistungen führen zu milliardenschweren Löchern bei den Einnahmen der gesetzlichen Sozialversicherung und damit auch der Krankenversicherung. Hinzu kommt, dass die aus Steuern gezahlten Beiträge für die annähernd sieben Millionen Hartz IV Empfänger viel zu niedrig sind im Verhältnis zu den gesundheitlichen Leistungen. Sie müssten daher erheblich erhöht werden.

Fazit: Die Bürgerversicherung würde dazu führen, dass die Beitragsbelastung der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zurückgeführt sowie die erforderlichen Qualitätsverbesserungen bei der Gesundheitsversorgung der Menschen

vorgenommen werden könnten. Dies ist wahrlich des Schweißes der Edlen wert.