

Nach der „Reform“ ist vor der Reform



Dr. H. Hellmut Koch,
Präsident der BLÄK

Die überparteiliche Konsensrunde zur Gesundheitsreform hat ihre Arbeit beendet. Unter dem enormen Problemdruck in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben die Parteien wieder zusammengefunden – elf Jahre nach dem historischen Kompromiss von Labenstein. Und selten ist der Gesundheitspolitik so viel mediale Aufmerksamkeit geschenkt worden wie dieser Tage.

Jenseits aller für die Ärzte negativen und teilweise unakzeptablen Details, die auch nach der Konsensrunde in einem „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ stehen werden, haben die Rürup-Kommission und die vielfältigen Diskussionsrunden und Kommentare rund um diese Gesetzesvorlage jedenfalls eine positive Wirkung gehabt. Sie haben das öffentliche Bewusstsein dafür geschärft, dass die gesetzliche Krankenversicherung in allererster Linie ein Einnahmeproblem und ein Demographieproblem hat.

Bürgerversicherung als „Königsweg“?

Nach dem Abschluss der interfraktionellen Verhandlungen über die Gesundheitsreform 2004 gerät zunehmend die künftige Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung vom Jahr 2007 an in den Mittelpunkt der Diskussion. Dabei melden sich vermehrt Befürworter einer allgemeinen Bürgerversicherung zu Wort. In diese hätten auch Selbstständige, die Angehörigen der Freien Berufe sowie Beamte und Politiker entsprechend ihrem gesamten Einkommen einzuzahlen – von daher wohl am treffendsten als „Sozialsteuer“ zu benennen. Über diesen Weg könnte – je nach Bemessungsgrenze – deutlich mehr Geld ins System kommen. Es muss jedoch zunächst der zu erwartende Wegfall von etwa fünf Milliarden Euro kompensiert werden, der dadurch entsteht, dass die Krankenversicherung als Vollversicherung hinfällig wird und die bisherigen Privatpatienten zu GKV-Preisen versorgt werden. Und wenn es hierzu im Beschluss der Rürup-Kommission heißt, langfristiges Ziel sei eine „Vollversicherung aller mit dem medizinisch Notwendigen durch die GKV sowie Zusatzversicherungen für die so genannte Lu-

xusmedizin durch die privaten Krankenkassen“, wird natürlich auch klar, dass konzeptionell mehr als eine Sozialsteuer dahinter steht, nämlich unter anderem auch die Definition von Grundleistungen als Gegenstand dieser Bürgerversicherung – ein meines Erachtens im Kernbereich der Krankenversorgung nicht mit Aussicht auf allgemeine Akzeptanz zu leistendes Unterfangen.

Bürgerversicherung oder Kopfpauschale – eine Scheindiskussion

Unter dem Modell der Kopfpauschale wird ein fester Betrag verstanden, den alle Bürger monatlich zahlen müssten. Im Gespräch sind etwa 200 Euro, unabhängig vom Einkommen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten, die nicht arbeiten, soll entfallen, die der Kinder aber unverändert bestehen bleiben. Da Versicherte mit geringeren Einkommen damit stärker belastet werden würden, sind staatliche Ausgleichszahlungen im Gespräch. Diese sollen dafür sorgen, dass kein Haushalt mehr als 14 Prozent seines Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Den Bundeshaushalt würde das Schätzungen zufolge 20 bis 25 Milliarden Euro kosten.

Bei der Bürgerversicherung gilt es als problematisch, wie die Krankenkassen überwachen wollen, ob die Versicherten auch tatsächlich alle Einkünfte angeben. Kritiker halten dieses Modell zudem für verfassungsrechtlich bedenklich. Die private Krankenversicherung (PKV) könnte in ihrem Kern geschmälert werden. Auch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze würde eventuell in das Visier der Verfassungsrichter geraten. Dennoch werden dem Kopfpauschalen-Modell zurzeit politisch weit weniger Chancen eingeräumt. Gegner meinen, dass Besserverdienende damit zu stark entlastet würden, Geringverdiener dagegen zu stark belastet. Dies käme einer Umverteilung von unten nach oben gleich. Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern würde abgeschafft.

Allerdings ist die Diskussion „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“, so wie sie zurzeit geführt wird, eine Scheindiskussion, worauf der Gesundheitsökonom Friedrich Breyer vor kurzem hingewiesen hat. Denn bei dem einen geht es primär um die Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten, bei dem anderen um die Methode der Beitragsbemessung. Und ein weiteres: Jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ist schon unser gegenwärtiges System eine

Kopf- bzw. Familienpauschale und umgekehrt: Die notwendigen Subventionen der Kopfpauschale aus öffentlichen Mitteln zur Vermeidung von sozialen Härten machen aus der Kopfpauschale der reinen Lehre im unteren Einkommensbereich einen einkommensabhängigen Beitrag.

Alternativmodelle

Die gegenwärtige Scheindiskussion verstellt den Blick auf noch andere Möglichkeiten, die GKV zu reformieren.

Ein mögliches Reformelement der Zukunft wäre die Kapitaldeckung in der Krankenversicherung. Freilich hat die Kapitaldeckung in der Rentenversicherung einen höheren Stellenwert als in der Krankenversicherung. Sie ist auch kein Allheilmittel gegen Beitragsatzsteigerungen jedweder Genese, reduziert jedoch das Demographierisiko in der Krankenversicherung beachtlich. Das Element der Kapitaldeckung kommt jetzt schon in verschiedenen Spielarten in der Krankenversicherung zum Einsatz, so als Gesundheitssparplan kombiniert mit einer Großschadensversicherung in Singapur oder in Form der Altersrückstellung in der PKV. Neben Professor Klaus-Dirk Henke, dem früheren Vorsitzenden des Sachverständigenrates, sind es vor allem die PKV-Unternehmen, die das Element der Kapitaldeckung derzeit wieder in die Diskussion bringen – was mir allerdings wie ein Treppenwitz vorkommt: denn genau die Usancen der PKV-Branche hinsichtlich der Altersrückstellung in der PKV sind eines der entscheidenden Gegenargumente des Sachverständigenrates 2003 gegen die Kapitaldeckung in der GKV.

Zwei Welten im Gesundheitswesen

Alles in allem: Die Heftigkeit, mit der derzeit Schlagworte für die nächste „Gesundheitsreform“ ausgetauscht werden, ist kein Indiz für einen Tiefgang dieser Reformdiskussion. Unverändert in seiner Grundstruktur bleibt aber die täglich neu an unsere Ärztinnen und Ärzte herangetragene Erwartung und Hoffnung des Patienten. Wenn ich selbst zwischen meinen Rollen als Krankenhausarzt und als Präsident der Kammer hin und her wechsele, empfinde ich es manchmal so, als gäbe es in diesem Gesundheitswesen zwei Welten: die eine, in der sich Ärzte und Patienten bewegen und eine andere, in der sich alle diejenigen bewegen, die darüber diskutieren.