

Nach sogenannten Konsens-Gesprächen haben sich Regierungskoalition und CDU/CSU unmittelbar vor der Sommerpause auf eine Gesundheitsreform geeinigt; seit 1976 die fünfte große Gesundheitsreform, und wie immer mit dem Ziel, die Ausgaben zu minimieren und nicht etwa, um Einnahmen zu verbessern und Fehlentwicklungen abzubauen. Der gemeinsame Gesetzentwurf (GKV-Modernisierungsgesetz) wurde Anfang September vorgelegt und ist im Bundestag in zweiter und dritter Lesung am 26. September gegen sechs Nein-Stimmen und drei Enthaltungen aus dem Koalitionslager verabschiedet worden. Die Zustimmung des Bundesrats gilt als sicher.

Das Modernisierungsgesetz gibt die beitragsfinanzierte Krankenversicherung, hälftig finanziert von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, auf. Die Arbeitnehmer sollen ab 2005 einen um 0,35 höheren Beitrag für ihre Zahnersatzversicherung und ab 2006 noch einmal 0,5 Prozent für die alleinige Finanzierung der Lohnfortzahlung bezahlen. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger werden dadurch um 4,2 bis 4,3 Milliarden Euro entlastet. Gleichzeitig ist vorgesehen, sogenannte versicherungsfremde Leistungen durch eine Erhöhung der Tabaksteuer ab 2004 zu finanzieren.

Bereits im Jahr 2006 wird sich das Volumen an Zusatzbelastungen für Versicherte und Patienten auf 20 Milliarden Euro belaufen. Von einer „Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ kann nicht ausgegangen werden. Vielmehr ist die Zeit der Parität in der Sozialpolitik vorbei, wie der Gesamtmetall-Präsident, Kannegießer, erfreut feststellte. Die vorgesehenen Kürzungen sollen mittelfristig zu einer Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen, wobei Rürup und Herzog langfristig grüßen lassen.

Die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick

Die Regelungen über Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse haben wir der Broschüre des Bundesgesundheitsministeriums „Eine gesunde Entscheidung für Alle!“ entnommen. In einem Brief der Fraktionsspitze an die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz heißt es: „Bestimmte Leistungen werden in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen. Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen der Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen künftig von den Versicherten selbst finanziert werden.“

Eigenverantwortung heißt in diesem Zusammenhang immer Eigenzahlung. Brillen gibt es zukünftig nur noch bis zum 18. Lebensjahr. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in ganz engen Grenzen erstattungsfähig. Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen im Rahmen des Gesetzes ist auf zwei Prozent festgelegt. Dazu gehören freilich nicht die Zahlungen, die ohnehin, sozusagen an ärztlicher Verschreibung vorbei, Gesundheitsausgaben sind.

Beamte und Versorgungsempfänger

Die Kürzungen des Versorgungsreformgesetzes sollen sinngemäß auf den Beihilfereich übertragen werden. Ob sie in die Bundes- und Landesbeihilfavorschriften sozusagen draufgesetzt oder mit bereits erfolgten Kürzungen verrechnet werden, ist offen. Die Veränderungen bei den Beihilfavorschriften führen bei den Beihilfberechtigten zu entsprechenden privaten Mehrausgaben oder zur Erhöhung des privaten

Gesundheitsreform

Auf dem Rücken der Arbeitnehmer

Versicherungsschutzes, wobei erfreulicherweise auf Risikoprüfungen bei Anpassungen aufgrund von Beihilfekürzungen verzichtet wird. In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger müssen künftig den Beitrag entsprechend der vollen Versorgungsbeiträge zahlen.

Zukunft der sozialen Sicherung

Im Auftrag der Bundesregierung hat die sogenannte Rürup-Kommission ihren Bericht zur nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme vorgelegt. Im September folgte der Bericht der sogenannten Herzog-Kommission, die den entsprechenden Auftrag von der CDU hatte. Beide Kommissionen haben sich auch zur gesetzlichen Krankenversicherung geäußert, so dass davon auszugehen ist, dass spätestens in der nächsten Legislaturperiode die Modernisierung der Modernisierung ansteht. In der Rürup-Kommission gab es zur Gesundheit zwei Alternativvorschläge

- Die sogenannte Bürgerversicherung mit Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen in die Krankenversicherung, wobei die private Krankenversicherung dann im Wesentlichen die Option für Zusatzangebote hätte und
- das Kopfpauschalmodell, bei dem der Krankenversicherungsbeitrag unabhängig vom Einkommen und vom Alter erfolgt, wobei ein steu-

erfinanzierter Solidarausgleich vorgesehen ist. (Damit werden die Arbeitgeber gänzlich aus der Finanzierung entlassen.)

Die Herzog-Kommission will die Bemessung des beitragspflichtigen Einkommens erweitern und den Arbeitgeberbeitrag bei 6,5 Prozent des Bruttoeinkommens einfrieren und Zahnbehandlungen und Zahnersatz aus dem Leistungskatalog streichen. Von 2013 an ist die Umstellung auf Kopfprämien in Höhe von 260 Euro im Monat – gestaffelt nach Alter – vorgesehen plus sozialer Ausgleich über Steuerfinanzierung.

Beiden Kommissionen ist in der personellen Zusammensetzung eine gewisse Einseitigkeit vorzuwerfen, die sich auch in den Vorschlägen widerspiegelt. Spitzenverdiener äußern sich hier zur Zukunft der sozialen Sicherheit (Rentenversicherung, Beamtenversorgung, Krankenversicherung und Beihilfe, Pflegeversicherung), die nicht sie, aber Millionen Mitbürger betreffen. Die Empörung schlägt sich einseitig in Wahlenthaltung und Leserbriefen nieder. Der neoliberale Kurs beider Großparteien grenzt ganze Bevölkerungsgruppen aus und wird von einem Dauerbeschuss der Arbeitgeberverbände auf die soziale Sicherung begleitet. Ein gewisser Fatalismus bei den Beschossenen ist die Folge.

Weiterführende Texte sind zu finden in: Gewerkschaftliche Monatshefte, 8-9/2003 „Wieder keine wirkliche Gesundheitsreform“.

REINHARD MARCKWALD

