

Finanzkrise im Gesundheitswesen Wer zahlt für die Gesundheit?

Dass das Gesundheitswesen eine dauerhafte Reformbaustelle ist, wissen wir längst. Der neue Gesundheitsminister – oder wird es wieder eine Ministerin? – muss schnell handeln. Die Wirtschaftskrise hat auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erreicht und Beitragsausfälle in Milliardenhöhe verursacht. Von Beitragssenkungen redet niemand mehr. Im Gegenteil: Viele Bürger müssen für ihre Gesundheit künftig noch tiefer in die Tasche greifen. So viel steht fest. Genaues werden wir wohl erst erfahren, wenn Anfang 2010 erste Entwürfe für ein neues Gesundheitsreformgesetz vorliegen. Im Bundestagswahlkampf und erst recht in den Koalitionsverhandlungen ging es vorrangig um die Frage, wer die Belastungen zukünftig zu tragen hat. Der Staat (zusätzliche Steuern), die Beitragszahler (einheitlicher Fondsbeitrag) oder jeder Einzelne (Stichwort: Zusatzbeitrag)?

Die gegenwärtige Diskussion um eine neue Gesundheitsreform zeigt das ganze Dilemma. War die Schwarz-rote Koalition hin – und hergerissen zwischen den Modellen einer Bürgerversicherung und einer Gesundheitsprämie musste damals wie jetzt in der schwarz-gelben Koalition ein dritter Weg gefunden werden. Dabei liegen die Hausaufgaben offen auf dem Tisch. Angesichts eines Milliardendefizits in 2010 muss eine nachhaltige Reform der Finanzierung vorgenommen werden, die unabhängig von Konjunktur- und Kassenlage des Bundeshaushaltes die Gesundheitsausgaben finanziert.

Ungeachtet der Koalitionsvereinbarung wissen wir bereits, dass der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im nächsten Jahr um die 7,5 Milliarden Euro fehlen werden. Noch nicht genug. Wir wissen auch, dass der umstrittene Gesundheitsfonds in diesem Jahr – um Zahlungsfähig zu sein – vom Bund ein Darlehen von 2,5 Mrd. Euro erhalten hat, das in 2011 zurückzuzahlen ist.

Standen sich vor der Bundestagswahl 2005 die Vorstellungen von Union mit Gesundheitsprämie (Kopfpauschale) und SPD mit der Bürgerversicherung fast unversöhnlich gegenüber so sind es nach dem letzten Urnengang die Positionen von CDU/CSU für Beibehaltung des Fonds und FDP mit der Forderung nach dessen sofortiger Abschaffung. Für alle Experten steht fest: Für eine Lösung gibt es vermutlich nur vier Optionen:

- Erhebung von Zusatzbeiträgen der Versicherten auf breiter Front
- Erhöhung des Kasseneinheitlichen Beitragssatzes mit der Folge, dass sich die Lohnzusatzkosten weiter verteuern
- Erhöhung des steuerfreien Anteils des Gesundheitsfonds

angekommen!!

Wie geht es nach der Wahl weiter?

- Einsparung durch Kostendämpfungsmaßnahmen. Also Leistungskürzungen oder Leistungsausgrenzungen.

Die DHV lehnt die letzte Option rigoros ab und erwartet eine Mischung von allem.

Im Wahlkampf hat die FDP nicht nur für die Abschaffung des Gesundheitsfonds gefordert sondern auch für eine marktwirtschaftliche Reform des Gesundheitssystems plädiert. Sie hat dafür noch mehr Wettbewerb gefordert. Gleichzeitig sollen nach einem Bekenntnis der Union Solidarität und Parität weitestgehend erhalten bleiben. Die DHV ist der Auffassung, dass dies nicht funktioniert, so reizvoll ein „heilsamer“ Wettbewerb in den Ohren mancher klingen dürfte. Wettbewerb und Solidarität schließen sich grundsätzlich aus. Bei einer nachhaltigen Finanzreform muss die Einnahmehasis der Kassen rasch verbreitert werden. Die Krankenkassen brauchen klare und stabile Rahmenbedingungen. Dieses Ziel eint übrigens die Anhänger von Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie und Privatisierung der Krankenversicherung. Demnach wäre die Lösung, also der so genannte dritte Weg, eine dritte Säule der Finanzierung.

Spätestens wenn in 2010 das errechnete Defizit von 7,5 Milliarden Euro nicht nur als Drohkulisse sichtbar wird, muss der neue Gesetzgeber handeln. Sein vermutlicher Plan, die Lösung des Problems durch unpopuläre Maßnahmen bis nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen zu auszusetzen, wird nicht gelingen.

Wurde der Streit um Bürgerversicherung und Kopfpauschale durch eine Kombination – dem Gesundheitsfonds – gelöst könnte die Auseinandersetzung um Status quo oder Abschaffung des Gesundheitsfonds durch eine „Weiterentwicklung“ des Fonds entschärft werden. Dies bedeutet, den paritätisch finanzierten Beitrag bei 14% einzufrieren und die fehlende Finanzierung über prozentual errechnete Beiträge wieder in die Verantwortung der einzelnen Kasse zu legen. Ob dazu die bereits jetzt von den Versicherten allein zu zahlenden 0,9% ausreichen, wird dann zukünftig kassenindividuell entschieden. 7,5 Milliarden Defizit wären 0,8%-Punkte Beitragserhöhung.

Auf keinen Fall darf eintreten, dass die Gesundheitsversorgung teurer und gleichzeitig schlechter wird. Erklärtes Ziel der DHV – Die Berufsgewerkschaft ist es, das qualitativ hohe Versorgungsniveau der Krankenversicherung zu erhalten. Für die DHV jedenfalls ist eine „Zwei-Klassen-Medizin“, bei der eine hochwertige Versorgung jenseits einer Basisversorgung auf niedrigem Niveau nur über teure Zusatzversicherungen und Wahltarife gewährleistet kann, keine gute Alternative!