

Mehrere Entwürfe – keine Taten

Eine Bürgerversicherung könnte das Krankheitsrisiko sozial gerechter absichern, doch die Durchsetzung ist schwierig

Manfred Fiedler
(Castrop-Rauxel),
Sozialwissenschaftler,
Sozialökonom,
Mitglied im Rat von Attac,
betreibt die Internetseite
www.neuegesundheit2020.de

Loblied auf die Private

Zu den heftigsten Gegnern einer Bürgerversicherung zählen die Interessenvertreter der Ärzteschaft. Am 27. November, als die SPD-Spitze die Einführung einer Bürgerversicherung noch zur Voraussetzung für Sondierungsgespräche mit CDU und CSU erklärte, meldete sich der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK): »Wer die Bürgerversicherung will«, polterte Frank Ulrich Montgomery, »der startet den Turbolader in die Zwei-Klassen-Medizin. Wir wollen keine Rationierung, keine Wartezeiten und keine Begrenzungen der Leistungskataloge wie in den Einheitsystemen der Niederlande oder in Großbritannien.« Und dann stimmte der BÄK-Präsident ein Loblied auf die Private Krankenversicherung an. Diese ermögliche »die rasche Übernahme des medizinischen Fortschritts für alle Patienten«, weil sie »Innovationen bei Diagnostik und Therapie« fördere, schnell genehmige und so die gesetzlichen Kassen »in der Regel unter Zugzwang« setze. Abschließend bilanzierte Montgomery: »Privatversicherte ermöglichen mit ihrem die tatsächlichen Kosten deckenden Finanzierungsbeitrag eine hochwertige medizinische Ausstattung von Krankenhäusern und Praxen, die allen Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zur Verfügung steht.«

Die Diskussion um die »Große Koalition« hat auch ein anderes Thema wieder in das publizistische Licht gespült: die Bürgerversicherung für die Absicherung des Krankheitsrisikos. Deren Einführung ist von SPD wiederholt als wesentliche Bedingung für ein Regierungsbündnis mit den Unionsparteien benannt worden, im Koalitionsvertrag (→ *Randbemerkung*) steht davon nichts mehr.

Alle großen Parteien ab der linken Mitte, Bündnis90/Die Grünen, SPD und die Linkspartei haben das Thema auf ihrer Agenda, teilweise seit langer Zeit. Kern einer Bürgerversicherung ist vor allem eine solidarische Versicherung für alle, unabhängig davon, ob selbständig, abhängig beschäftigt, ob Beamter, leitender Angestellter.

Alle sollen zu gleichen Bedingungen einheitlich versichert werden. Ziel ist es dabei nicht primär, die sogenannte Zweiklassenmedizin zu beenden, dies ist eher ein Abfallprodukt. Es geht vielmehr darum, die ungerechte Lastenverteilung bei der Finanzierung der Leistungen bei Krankheit wie für Gesundheitssicherung und Prävention zu beseitigen – und zwar durch Einbezug aller und aller Einkommensarten.

Bisher können sich vor allem Einkommensstarke und Vermögende, die nicht unerheblich von leistungslosen Vermögenserträgen leben, der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Andererseits sind Menschen in zwanghafter Selbständigkeit, also Scheinselbstständige, Ich-AGs oder Kleingewerbetreibende mit geringem Jahreseinkommen trotz der Pflicht zur Krankenversicherung schlecht abgesichert. Die Beiträge für sie übersteigen sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung ihre finanzielle Leistungsfähigkeit in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise.

CDU/CSU und FDP haben per Gesetz unter tatkräftiger Mithilfe von Mitte-Links prekäre Selbständigkeit befördert. Der so entstandene prekäre Mittelstand ist ihnen aber keine große Mühe wert. Stattdessen macht man sich Sorgen über den Fortbestand der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Einheitsversicherung wird als dämonischer Staatssozialismus zur Drohkulisse stilisiert.

Dabei gibt es grundsätzlich Vergleichbares im Norden Europas und auch im wirtschaftsliberalen Großbritannien schon länger, nämlich in Form von aus Steuern finanzierten öffentlichen Gesundheitssystemen. Jeder Wohnsitzbürger hat dadurch Zugang zu Leistungen bei Krankheit. Keines dieser Länder ist dadurch volkswirtschaftlich überfordert, und auch das Leistungsniveau ist keinesfalls schlechter und erst recht nicht teurer, eher im Gegenteil.

Dennoch haben Grüne und auch SPD die Warnung vor der Einheitsversicherung bei ihren Konzepten aufgegriffen. Bei den Grünen etwa will man PKV und GKV in einem gemeinsamen Wettbewerbsmarkt unter Ausweitung der Wahlfreiheit für Versicherte vereinen. Auch Teile der SPD sowie die Gewerkschaft Ver.di favorisieren unter der Überschrift der Bürgerversicherung das »geregelte« Nebeneinander von privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen. Ver.di treibt dabei vor allem die Angst vor Arbeitsplatzverlusten bei den Angestellten der Krankenversicherungen um.

Dabei hat Arbeitsplatzsicherung durch Wettbewerb der Krankenkassen schon in den vergangenen zwanzig Jahren nicht geklappt. Seit Einführung der Kassenkonkurrenz 1995 sind mehr als 90 Prozent aller Krankenkassen verschwunden, mit ihnen auch eine große Zahl örtlicher Zweigstellen. Der Bezug zur Lebens- und Arbeitswelt der Versicherten ging verloren. Die Zahl der Krankenkassenbeschäftigten nahm seit 2000 um drei

Prozent ab, während ansonsten die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten um fast vierzig Prozent zunahm.

Als Vorbild gilt Vielen das in den Niederlanden eingeführte Modell des einheitlichen Versicherungsmarktes. Seit 2006 gibt es dort keinen Unterschied mehr zwischen den Krankenkassen. Alle Versicherungen bieten zu einheitlichen Bedingungen an. Diejenigen, für die die Prämien zu hoch sind, haben einen Anspruch auf staatliche Unterstützung. Gegenüber einem Sozialversicherungsmodell ist das ein deutlicher Rückschritt, weil der durch den Einkommensbezug an der Leistungsfähigkeit des Versicherten orientierte Beitragssatz durch eine individuelle Bedürftigkeitsprüfung ersetzt werden muss.

Einkommensstarke und Vermögende können sich bisher der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung entziehen.

Das Versprechen der Befürworter eines solchen Modells kann auch ansonsten nicht gehalten werden. Denn der Wettbewerb in der Krankenversicherung findet nicht um die bessere Versorgung für gesundheitlich besonders gefährdete Menschen statt, sondern um die für die Versicherung günstigsten Versicherten. Dabei geht es vor allem um junge und gesunde Versicherte mit guten Eigenschaften für ein geringes Ausgabenrisiko bei verlässlichen Einnahmen. Ein solcher Wettbewerb ist also wenig hilfreich, wenn es um sozialen Ausgleich geht.

Private und gesetzliche Kassen passen nicht zusammen. Die privaten funktionieren nach dem sogenannten Kapitaldeckungsprinzip. Anders als bei den gesetzlichen Krankenkassen, die die Ausgaben über den einheitlichen Beitragssatz gleichmäßig auf alle Versicherten verteilen, wird in der PKV das Geld zur Finanzierung von Leistung im

Lebensverlauf im Laufe der Versicherungsdauer angespart. Kassenleistungen fallen in Abhängigkeit von dem Risiko des Einzelnen besonders im Alter an, vor allem zum Lebensende.

Arme Menschen sind eher krank und sterben deut-

lich früher, sie sind damit schlechtere Risiken und müssten (was sie sich aber gar nicht leisten können) in der PKV höhere Prämien bezahlen. Es ist also entscheidend für die Versicherungsprämie, woher man kommt und wie lange man in der Versicherung einzahlt bzw. wann man ihr beigetreten ist.

Von Bedeutung ist auch, dass der Privatversicherte ein verbrieftes Recht an der Versicherungsleistung hat. Man kann also nicht einfach alle PKV-Versicherten überführen und die PKV abschaffen. Beim Sozialversicherten gibt es diesen Anspruch nur durch das Sozialrecht, aber nicht als konkret vertraglich zugesicherten Anspruch. Ein Nebeneinander von privaten und gesetzlichen führt dann eher zu einem Ende der sozialen Krankenversicherung. Das Modell der Grünen und auch von Ver.di entspricht im Kern einer Versicherungspflicht, mithin mehr so etwas wie Obamacare für Deutschland, was, im Gegensatz zu den USA, hier kein Fortschritt wäre.

Und wie sieht es mit den Vorstellungen der SPD aus? Formal gesehen ist das, was sie will, schon eine echte Bürgerversicherung, aber drei Dinge lassen wenig Hoffnung zu. Erstens: Auch unter Rot-Grün – beide Parteien waren und sind ja irgendwie für eine Bürgerversicherung – wurden keine Schritte dazu unternommen. Statt dessen stritt die SPD damals für die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung. Zum zweiten rücken zumindest Teile der SPD davon

ab, dass in der Bürgerversicherung auch andere Einkommensarten, vor allem Kapitaleinkommen, einbezogen werden. Also bleibt der Bezug auf das Arbeitseinkommen. Und schließlich verwirrt die Idee, die Zweiklassenmedizin mit einer Angleichung der Honorarsätze über eine Finanzierung durch den Steuerhaushalt zu bekämpfen.

Dieser Unsinn mag gut klingen: Endlich kriegen die Ärzte für Kassenpatienten das Gleiche, und schon werden sie alle gleich behandeln. Doch das stimmt leider nicht: Erstens ist das Ganze zunächst nur eine steuerfinanzierte Entlastung für PKV-Versicherte, die größtenteils eine solche Unterstützung nicht brauchen. Zweitens unterscheiden sich die Vergütungsbedingungen weiterhin zwischen GKV und PKV. In der GKV werden alle Vertragsärzte (Kassenärzte) über eine Gesamtvergütung

refinanziert. Für jede Praxis werden die in Punkten bewerteten Leistungen bis zu einer praxisbezogenen Höhe nach einem festen Eurosatz vergütet (Garantiewert). Übersteigen die Leistungsmengen den Praxiswert, sinkt der Satz; die Arztpraxis kriegt dann

weniger pro Leistung in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung.

Bei der PKV ist dies anders. Während nämlich der GKV-Versicherte Anspruch auf die ärztliche Leistung als Sachleistung hat, ist der PKV-Versicherte zunächst direkt Vertragspartner des Arztes und hat einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Versicherung. Nicht nur kann der Arzt Leistungen abrechnen, die die GKV nicht bezahlt, auch bekommt er immer die Leistung in voller Höhe bezahlt. Und Regressforderungen durch Privatkassen sind auch eher selten. Der Privatpatient bleibt also weiterhin der bevorzugte Patient. Die fünf Milliarden Euro könnten viel besser zur Unterstützung strukturell benachteiligter Kommunen aufgewandt werden als zur Beitragsentlastung der PKV.

Das kompromissloseste Modell ist das der Linkspartei. Bei ihr soll es nicht nur die Bürgerversicherung als solche geben, sondern dann auch nur noch eine einzige. Zudem soll nicht nur die Pflichtversicherung geschaffen, sondern zugleich die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft werden, also die Einkommensgrenze, bis zu der der Beitrag erhoben wird. Bei einem von ihr kalkulierten Beitragssatz von 12 Prozent (die Linke will gleichzeitig alle Zuzahlungen und Eigenbeiträge abschaffen) bedeutet dies, dass etwa ab einem Gesamtjahreseinkommen von 84.000 Euro ein Jahresbeitrag von über 10.000 Euro fällig wird. Die Linkspartei ist weit

Formal gesehen ist das, was die SPD will, eine echte Bürgerversicherung, aber drei Dinge lassen wenig Hoffnung zu.

In der Falle der Privatversicherung

Der Neue Finanzberater wird vor allem von BeraterInnen von Finanz- und Versicherungsprodukten gelesen. Im November 2017 druckte die Zeitschrift ein interessantes Gespräch mit Christoph Kranich, Leiter der Abteilung »Gesundheit und Patientenschutz« bei der Verbraucherzentrale Hamburg. Vom Interviewer Eric Czotscher gefragt, was wohl passieren würde, wenn sich – wie in Bürgerversicherungsmodellen ja vorgesehen – Beamte künftig gesetzlich versichern würden, erläuterte Kranich: »Ohne Beamte wäre das Geschäft mit Krankenvollversicherungen vermutlich tot. Beamte, Pensionäre und ihre Angehörigen sind mit 4,3 Millionen von insgesamt 8,8 Millionen Vollversicherten die tragende Säule der PKV.« Die Beamten sind für Kranich, beitrags technisch gesehen, aber nicht das »Hauptproblem«, zumal sie sich die Prämien der privaten Versicherung in der Regel auch im Alter noch leisten können. »Das Problem«, so der Hamburger Verbraucherschützer, »sind vielmehr die Selbständigen. Viele stecken in einer privaten Krankenversicherung fest, obwohl sie sich diese auf Dauer nicht leisten können.« Denn ein Großteil der Freiberufler hat heute ein eher geringes Einkommen. Auch deshalb plädiert Kranich dafür, »dass Selbständige sich mit ihrem realen Einkommen gesetzlich versichern können und nicht mit einem vorgegebenen fiktiven Einkommen«.

Fortsetzung auf Seite 6 >

Medien im Blick

Die Anti-Korruptionsorganisation Transparency International (TI) will Presse, Rundfunk und Internet-Medien verstärkt unter die Lupe nehmen. »Gerade in Zeiten von Lügenpresse-Vorwürfen und Glaubwürdigkeitsproblemen sollten Medienunternehmen und Journalisten sich selbst immer wieder überprüfen, ob sie gefeit sind gegen korruptive Angriffe«, schrieb Ulrike Fröhling von der TI-Arbeitsgruppe »Transparenz in den Medien« im November in der TI-Zeitschrift *Scheinwerfer*. Redaktionen und Medienfirmen hätten es im Alltag mit »äußerer Beeinflussung« und »wirtschaftlichen Zwängen« zu tun, auch gebe es »persönliche Schwächen«, erläuterte Fröhling, die bis September 2003 über 30 Jahre im Axel-Springer-Verlag gearbeitet hatte, zuletzt in der Geschäftsleitung der Zeitungsgruppe *Bild*.

Recherchieren werde TI auch zum »Problem der verdeckten PR, insbesondere im Gesundheitswesen«. In der AG wirkt die Wissenschaftsjournalistin Cornelia Stolze mit; im *Scheinwerfer* Nr. 77 kündigte sie an, TI plane eine Studie und werde beleuchten, ob Redaktionen »ihrer Aufgabe, den Mächtigen auf die Finger zu schauen, bei ihren Beiträgen über Krankheiten, Untersuchungsverfahren und Therapien gerecht« werden. Also darf man gespannt sein, über die Ergebnisse der Studie wird *BIOSKOP* beizeiten berichten. 

Grenzverschiebungen

Das »Open Ohr Festival« ist ein politisches Jugendfestival mit Tradition: Seit 1975 findet es über Pfingsten in der Mainzer Zitadelle statt. Thematischer Schwerpunkt in diesem Jahr (18.- 21. Mai) sind der menschliche Körper und neu entwickelte Körperkonzepte. »Die wissenschaftlichen Errungenschaften, zum Beispiel im Bereich der Gen- und Medizintechnik«, schreiben die Veranstalter, »lassen erahnen, dass die Grenzen des menschlichen Körpers, wie sie heute noch gesetzt werden, morgen verschoben und übermorgen überschritten sein werden.« Eine ehrenamtliche Projektgruppe bereitet das Festival vor; geplant sind Workshops, Diskussionen, Theater, Kabarett, Filme, Musik. Infos und ein interessantes Thesenpapier zum »Körperbau« sind online: www.openohr.de/startseite.html

Hürden abbauen!

Beim Berliner Kongress »Armut und Gesundheit« gründete sich im März 2015 ein bundesweites Bündnis, das Menschen unterstützt, die nicht oder nur unzureichend krankenversichert sind. Drei Jahre später muss leider noch immer demonstriert werden, zur Kundgebung am 20. März vor dem Brandenburger Tor mobilisiert das Bündnis mit der Feststellung: »Jeder hat ein Recht auf Gesundheitsversorgung. Trotzdem haben Hunderttausende in Deutschland keinen oder nur beschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe.«

Laut Bündnis sind vor allem drei Gruppen betroffen: Menschen aus anderen EU-Staaten, die hierzulande nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Menschen, die ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland leben. Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden wie auch »ältere MitbürgerInnen, die privat versichert sind/waren und die unverhältnismäßig hohen Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlen können«.

Das Bündnis fordert die Bundesregierung auf, endlich »diskriminierende Hürden abzubauen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.« 

Weitere Infos, Aktivitäten und Möglichkeiten zur Hilfe auf www.gesundheit-ein-menschenrecht.de

Fortsetzung von Seite 5 >

von einer Regierungsbeteiligung auf Bundesebene entfernt. Ihr Konzept dürfte so eher eine Duftmarke, eine Maximalforderung sein als eine realistische Alternative.

Eine Bürgerversicherung zu wollen ist also das Eine, sie durchzusetzen das Andere. Es darf dabei keine Anbiederung an den Zeitgeist geben, an Floskeln, wie die der »Wahlfreiheit«. Länder ohne Wahlfreiheit bei der Absicherung gegen das Risiko der Krankheit haben schlicht mehr Ressourcen für eine gute Versorgung vor Ort, da wo die Menschen, ob krank oder gesund, leben. Es darf auch keine falschen Kompromisse geben. Die Honorarordnung zu ändern, ohne die strukturellen Rahmenbedingungen anzupassen, macht keinen Sinn. Es ist der zweite Schritt vor dem Ersten und nützt am Ende nur den Falschen.

Auch den verängstigten Beschäftigten der PKV kann man Entwarnung entgegen rufen. Es gibt genug Aufgaben im Gesundheitswesen, die allemal gehaltvoller sind als der Verkauf von Versicherungspolicen, das Prüfen und Begleichen von eingereichten Arztrechnungen, die Berechnung von Risikoprämien für den Abschluss einer Versicherung. Allein die Einrich-

tung von regionalen Stützpunkten zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die ohne Konsequenz seit 2008 als Kassenaufgabe im Gesetz stehen, der Ausbau lebens- und arbeitsweltnaher Prävention und Rehabilitation als Kassenaufgabe würde viele tatkräftige Menschen benötigen – und für die Lebensqualität und die allgemeine Gesundheit allemal mehr erreichen, als ein unsinniger Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Kassen.

Ja, die Bürgerversicherung ist im Kern eine Einheitsversicherung. Was ist darin schlimm? Wenn man sie regional und betrieblich gliedert, wird sie kein zentralistisches, bürokratisches Monster und rückt näher an die Bedürfnisse der Menschen als die heutigen, im Wettbewerb gefangenen Versicherungen. Denn für die Kranken und sozial Gefährdeten, die durch die soziale Krankenversicherung ja geschützt werden sollen, sind Wettbewerb und eine Scheinwahlfreiheit unnütz, sogar eher schädlich. Und selbst für die anderen wäre sie nur dann hilfreich, wenn man in jungen Jahren meint, Geld sparen zu wollen. Das sollte aber nicht der Beweggrund für eine Reform der Absicherung gegen Krankheit und für Gesundheit sein. 