

Nach der Reform ist vor der Reform

In der Gesundheitspolitik jagt ein Entwurf den anderen *von Regine Rapp-Engels*

Es sollte das als marode und unbezahlbar verschriene Gesundheitssystem runderneuern und gleichzeitig Prüfstein sein für die geplanten Reformen der sozialen Sicherungssysteme: das Gesundheits-systemmodernisierungsgesetz (GMG) aus dem Hause Ulla Schmidt. Kaum in den Bundestag eingebracht, lag der Entwurf bereits in der Schublade. Stattdessen wurden die Eckpunkte der Konsens-verhandlungen zwischen Regierung und Opposition in einen neuen Gesetzentwurf gegossen. Doch schon wird über die nächsten Reformen im Gesundheitswesen debattiert.

Es ist unumstritten, dass in Zeiten knapper und leerer Kassen wieder einmal eine Gesundheitsreform nötig ist, dieses Mal soll sie nachhaltig wirken. Sie soll

1. die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine sichere und breitere Basis stellen,
2. den Faktor Arbeit über Senkung der Lohnnebenkosten entlasten,
3. durch strukturelle Veränderungen die Qualität der Versorgung – auch unter dem Gesichtspunkt des effizienten Einsatzes von Mitteln – verbessern.

Verbreiterung der Einnahmebasis, Änderungen auf der Ausgabenseite

Es gab im letzten halben Jahr viele Vorschläge zur Verbreiterung der Einnahmebasis der GKV. Wesentliche Schritte wurden im Konsenspapier aber nicht vereinbart. Viele Änderungen gehen zu Lasten der Versicherten: z.B. eine grundsätzliche zehnprozentige Zuzahlung bei allen Leistungen (mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro) und eine Praxisgebühr von zehn Euro je Quartal und Behandlungsfall – bei einer Belastungsgrenze von zwei Prozent des Bruttoeinkommens, bzw. einem Prozent für chronisch Kranke. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in engen Grenzen erstattungsfähig,

Brillen werden nur noch für Kinder und schwer sehbehinderte Menschen übernommen. Zahnersatz soll aus dem Leistungskatalog ausgegliedert und privat sowohl über die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung abgesichert werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung werden von vier auf drei Versuche eingeschränkt. Im Arzneimittelsektor sollen verschiedene Maßnahmen, die Pharmaindustrie und ApothekerInnen betreffen, ebenfalls Ausgaben reduzieren.

Entlastung des Faktors Arbeit

Bereits genannte Maßnahmen, die zu einer Senkung des Beitragsatzes führen, entlasten auch die ArbeitgeberInnenseite. Bedeutsamer ist, dass ab 2007 das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen und alleine durch die ArbeitnehmerInnen finanziert wird. Hier ist vor allem wichtig, dass dies nicht über eine private Zusatzversicherung erfolgt, sondern unter dem Dach der GKV verbleibt, um Unisex-Tarife zu gewährleisten.

Leistungen ohne Krankheitsbezug, auch »versicherungsfremde Leistungen« genannt, werden nicht mehr über Beiträge, sondern über Steuern finanziert werden. Dies entlastet beide, ArbeitgeberInnen und Arbeitneh-

merInnen. Die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite umfassen laut Sachverständigenrat-Gutachten 2003 vor allem:

- Sterbegeld
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen gemäß §195 ff RVO
- Empfängnisverhütung
- Sterilisation
- Schwangerschaftsabbruch
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
- Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG)

Besonders den generativen Bereich betreffende Leistungen stehen ja nicht im Zusammenhang mit Krankheit, sondern sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insofern ist eine Steuerfinanzierung prinzipiell sinnvoll. Die vorgesehene Gegenfinanzierung – über die Erhöhung der Tabaksteuer – macht die Abhängigkeiten von der Kassenlage des Staates sichtbar. Sterbegeld, Entbindungsgeld und Sterilisation werden aber künftig von den Versicherten selbst finanziert werden müssen.

Qualität und PatientInnen-Beteiligung

Heiß diskutiert wurde das im GMG geplante Zentrum für Qualität in der Medizin. Hier ist nun eine vom Staat unabhängige Stiftung geplant, die ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut gründet. Im Konsenspapier wird bei dessen Aufgabenbeschreibung erfreulicherweise explizit festgelegt, dass alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind. Die Struktur der haus- und fachärztlichen Versorgung soll ebenso wie die integrierte Versorgung weiterentwickelt werden. Ohne in eine komplexe Detaildiskussion zu gehen, muss hier aber unter dem Aspekt der in der Regel von Frauen geleisteten häuslichen Pflege die alte Forderung wiederholt werden, dass die geschlechtsspezifischen Folgen von

Strukturveränderungen bedacht und abgedeckt sein müssen (z.B. ausreichende Möglichkeiten von Kurzzeitpflege, geschlechtsspezifische Untersuchungen der Folgen des DRG-Fallpauschalsystems).

PatientInnenquittung und Gesundheitskarte sollen mehr Transparenz und damit mehr Kostenbewusstsein schaffen. Die Wahlmöglichkeiten bei den Versicherungskonditionen beschränken sich auf die freiwillig Versicherten. Informations-/Beteiligungs- und Anhörungsrechte der PatientInnenverbände in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien sind vorgesehen. Des Weiteren soll es eine PatientInnenbeauftragte geben.

Geschlechtergerechtigkeit

Was ist bei all den diskutierten Vorschlägen für Frauen besonders relevant?

Zu den bereits genannten Punkten kommt ein altes Thema: Da Frauen aus vielen Gründen meist weniger Geld zur Verfügung haben, sind sie bei allen Maßnahmen, die den Geldbeutel betreffen, stärker betroffen. Frauen gehen häufiger zum Arzt, nehmen mehr Medikamente, da wirken sich Zuzahlungen stärker aus.

Besonders bei den Leistungen ohne Krankheitsbezug sind Frauen betroffen. Wenn diese aus der gesetzlichen Versicherung ausgelagert werden, besteht die Gefahr von Benachteiligung durch geschlechtsdifferenzierende Tarife der Privatversicherer. (Die Forderung nach Unisex-Tarifen ist ein bekanntes Thema.)

Änderungen in der Finanzierung dürfen nicht zu weiterer Belastung jetzt schon Benachteiligter führen. Bei sämtlichen strukturellen Veränderungen und der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung muss sichergestellt sein, dass das Kriterium Geschlechtergerechtigkeit Anwendung findet. Qualität in der Gesundheitsversorgung und Pflege muss unter Anwendung frauengerechter Aspekte definiert werden.

Dem Gesundheitskompromiss und der daraus erwachsenden Reform wird vielfach nur ein vorläufiger Charakter zugewilligt. Bezüglich der Reform nach der Reform wird die Finanzierung über Kopfpauschalen oder als Bürgerversicherung diskutiert.

Beim Kopfpauschalensmodell zahlen ArbeitnehmerInnen einen festen und

vom Einkommen unabhängigen Betrag in die GKV. Der ArbeitgeberInnenanteil fällt weg – er würde als Lohn an die Beschäftigten ausgezahlt. NiedrigverdienerInnen erhielten einen Zuschuss aus Steuermitteln.

Bei einer Bürgerversicherung hingegen entrichtet jede erwerbstätige Person, also Angestellte, Beamte, Selbständige u.a., Beiträge an die GKV. Des Weiteren werden alle Einkunftsarten, also auch Einkommen aus Zinsen, Mieteinnahmen und Aktiengewinne bei der Beitragsbemessung einbezogen. (vgl. S. 19). Über den Erfolg dieser beiden Modelle streiten sich die PolitikerInnen und ExpertInnen. Die Rürup-Kommission ist diesbezüglich ebenfalls gespalten und will ihre Modellrechnungen dazu im Herbst vorlegen.

Ebenfalls im Herbst – nach den Wahlen in Bayern – wird aber zunächst der Gesetzentwurf für die Reform vor der Reform eingebracht werden.

Regine Rapp-Engels ist Ärztin, Vorstandsmitglied des Deutschen Ärztinnenbundes, Vorstandsmitglied des DEUTSCHEN FRAUENRATES und Leiterin seiner AG Soziale Sicherung.

Zum Weiterlesen

Die Positionen und Forderungen des Deutschen Frauenrates für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik sind zusammengefasst in den Wahlprüfsteinen 2002:

[www.frauenrat.de/files/Wahlpruefsteine2002\(web\).pdf](http://www.frauenrat.de/files/Wahlpruefsteine2002(web).pdf)

Der Deutsche Juristinnenbund hat im April 2003 einen ausführlichen Forderungskatalog zur Gesundheitsreform veröffentlicht: www.djb.de/content.php/pmsn-113.html

»Ist die Gesundheit weiblich?« – Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. So lautet das Schwerpunktthema des Infobriefes 3/2003 der Abteilung Frauenpolitik des DGB. Er kann bestellt werden beim DGB-Bundesvorstand, Abt. Frauenpolitik, Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin, lilo.collm@bvv.dgb.de