

Die Systemfrage

Der Bundestagswahlkampf hat Fahrt aufgenommen. Gesundheitspolitisch werden die Parteien vor der Wahl am 24. September einmal mehr darüber streiten, ob eine Bürgerversicherung eingeführt werden soll oder ob das duale System aus Privater und Gesetzlicher Versicherung bestehen bleibt.

von Simone Grimmeisen

Seit über zehn Jahren wird hierzulande über das Thema „Bürgerversicherung“ diskutiert – alle Wahlkampffahre wieder. Aktuell treten SPD, Bündnis 90/ Die Grünen sowie Linke für die Einführung einer Bürgerversicherung ein. CDU und FDP lehnen das Konzept grundsätzlich ab. Doch wie sehen die jeweiligen Konzepte genau aus?

Im Detail unterscheiden sich die Bürgerversicherungskonzepte der Parteien. Doch es gibt einen gemeinsamen Kern: Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen sollen künftig einen einheitlichen Bürgerversicherungstarif anbieten. Gleichzeitig werden alle Bürger, also auch Selbstständige, Beamte und bisher privat versicherte Angestellte, verpflichtet, eine Bürgerversicherung abzuschließen. Damit wird das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und substitutiver privater Krankenversicherung abgeschafft – und damit auch die Koexistenz von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Das Konzept der Bürgerversicherung sieht vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und bei der Kalkulation der Versicherungsbeiträge weitere Einnah-

mequellen wie Einkünfte aus Mieten, Verpachtung und Kapitalerträgen herangezogen werden. Unterschiede gibt es lediglich bei der Frage, ob einzelne Einkommensarten wie Mieteinnahmen von der Beitragsbemessung ausgenommen bleiben.

Die Idee einer Bürgerversicherung wurde 2004 vorgestellt. Seitdem haben Befürworter und Kritiker mehrere Gutachten und Studien in Stellung gebracht, um ihre Argumente zu untermauern. Es geht vor allem um die (Aus-) Wirkungen der Bürgerversicherung auf die Finanzlage von Krankenkassen und öffentlichen Haushalten, auf die Versorgung der Patienten, auf die Einnahmen von Ärzten und Kliniken – und auf die Beschäftigten bei privaten Versicherungen und Beihilfestellen. Juristen ringen um die Frage, welche Hürden das Grundgesetz der Einführung einer Bürgerversicherung möglicherweise entgegenstellt, besonders beim Umgang mit den Altersrückstellungen der Privatversicherten.

Ablehnung durch den Ärztetag

Die Ärzteschaft begegnete der Bürgerversicherung von Beginn an mit größter Skepsis. Der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat ihr bereits 2013 eine klare Absage erteilt. Begründung: „Eine auf Vereinheitlichung angelegte Zwangsversicherung gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes und die Wahlfreiheit der Bürger, sie verhindert den Wettbewerb um die beste Versorgung und steht der gebotenen Transparenz im Kosten- und Leistungsgeschehen entgegen (...). Am Ende schafft genau die Bürgerversicherung de facto die Zwei-Klassen-Medizin, die sie angeblich beseitigen soll“. **RA**

Simone Grimmeisen ist Referentin im Referat Gesundheitspolitik der KV Nordrhein.

Kommentar

„Bürgerversicherung schadet Versorgung“



Foto: KV Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Wann immer Argumente für eine Bürgerversicherung genannt werden, darf der Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ nicht fehlen: Die Benachteiligung gesetzlich Versicherter soll beendet werden. Ich bin sicher: Die Bürgerversicherung ist gerade der Weg in eine „Zwei-Klassen-Medizin“, die wir heute so nicht haben, denn gesetzlich Krankenversicherte werden medizinisch nicht schlechter versorgt als Privatversicherte – zum Beispiel im Notfall, auf der Intensivstation oder in der Psychotherapie.

Auch bei den Wartezeiten ist das Problem bei Weitem nicht so groß wie häufig dargestellt. Das könnte sich mit Einführung einer Bürgerversicherung ändern, denn eine gehörige Zahl von Arztpraxen wird ohne Einnahmen aus der privaten Krankenversicherung nicht überleben und den Betrieb einstellen müssen. Zudem wird das Leistungsniveau einer Einheitsversicherung ohne Konkurrenz auf Dauer niedriger sein als das bisherige GKV- Niveau – ein Markt für Zusatzversicherungen, doch die muss man sich leisten können.

Nicht Gerechtigkeit und Solidarität stehen im Vordergrund, sondern das Ziel, den Staat auf unsere Kosten finanziell zu entlasten – zum Beispiel durch Abschaffung der Beihilfe, zumal die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzlich Versicherten drastisch angehoben werden soll. Nebenbei bekäme die öffentliche Hand Zugriff auf Mittel, die noch in die Rücklagen der Privaten Krankenversicherung fließen. Sie würde als Innovationsmotor ebenso wegfallen wie als Arbeitgeber und Treiber einer beträchtlichen ökonomischen Wertschöpfung. **RA**

Die PKV in Zahlen

