

im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund für Deutschland bislang schwer zu ermitteln. Untersuchungen für Deutschland zeigen beispielsweise, dass haushaltsnahe Dienstleistungen oder Pflegeleistungen häufig von Frauen mit Migrationshintergrund angeboten werden.⁹ Sowohl das Verbot der mittelbaren Diskriminierung als auch das Gleichstellungsgebot fordern die Erhebung und Auswertung entsprechender Daten. Die übliche Darstellung der Auswirkungen von Steuernormen nur für Alleinverdiensten genügt dieser Anforderung nicht. Der Gesetzgeber ist verpflichtet, faktische Diskriminierungen, die sich als Folge einer Regelung ergeben, soweit wie möglich zu vermeiden. Als Mindeststandard setzt ein effektiver Grundrechtsschutz voraus, dass der Gesetzgeber ausreichende Vorkehrungen für einen angemessenen und wirksamen Schutz trifft. Diese Vorkehrungen müssen auf sorgfältigen Tatsachenermittlungen und vertretbaren Einschätzungen beruhen. Ein geeignetes Instrument dafür ist eine geschlechterdifferenzierte Folgenabschätzung, wie sie auch § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) vorsieht. Allerdings genügt der in Gesetzentwürfen übliche Hinweis auf die fehlende gleichstellungsrechtliche Relevanz gesetzlicher Regelungen nicht. Es ist Aufgabe des Parlaments, die Verpflichtung der Bundesregierung aus § 2 GGO zu prüfen und differenzierte Folgenabschätzungen einzufordern.

Zusammenfassung

Der Staat ist auch bei der Einkommensbesteuerung gehalten, die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern zu fördern und auf die Beseitigung bestehender Nachteile hinzuwirken. Regelungen wie das Ehegattensplitting, die sich in typisierender Form an der Einverdienst-Ehe ausrichten und damit in Widerspruch zu diesem Gebot stehen, sind abzuschaffen. Ferner sollten sie selbstverständlich gemäß dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Rechtsordnung auch in Einklang stehen mit anderen Rechtsgebieten, insbesondere dem Unterhalts- und Sozialrecht.

Die angesprochenen Themen werden auch in Zukunft vom djb diskutiert. Weitere Themen sind unter anderem die Besteuerung von Minijobs und die dadurch ausgelösten Erwerbsanreize für Beschäftigten ohne eine längerfristige soziale Absicherung sowie die Bewertung von umsatzsteuer(teil)befreiten Leistungen aus gleichstellungspolitischer Sicht.

⁹ Vgl. Lutz, Helma: Weltmarkt Haushaltsarbeit – ein blinder Fleck in der Gleichstellungspolitik. Gender Lecture am 9.2.2009 im Rahmen des Schwerpunktthemas „Wert von Arbeiten“ http://db.genderkompetenz.info/deu/archive/events/gendlectkompetenz/2009_02_09_hu/.

Gesetzliche Krankenversicherung

Ulrike Weddig



Mitglied der Kommission Recht der sozialen Sicherung, Familienlastenausgleich des djb; Richterin am Landessozialgericht, Celle

Die Diskussion um die Reform des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung, bleibt brandaktuell. Die Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) haben bei weitem nicht alle Probleme gelöst, sondern viele offene Fragen hinterlassen.

Die bis zur vorgezogenen Bundestagswahl 2005 geführte Debatte über zwei sich als scheinbar unvereinbar gegenüberstehende Reformmodelle für die GKV – Kopfpauschale/Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung – ist nun gemündet in das Modell der „Gesundheitsversicherung“ mit dem neuen Instrument des Gesundheitsfonds, der seit dem 1. Januar 2009 Realität geworden ist.

Die Arbeitsgruppe Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Kommission Soziale Sicherung hat die Einführung des Gesundheitsfonds kritisch begleitet.

Schon im Vorfeld wurde seitens des djb darauf aufmerksam gemacht, dass

- die zunehmende „Verbetriebswirtschaftlichung“ die strukturellen Probleme der GKV nicht lösen kann,
- die GKV vielmehr zunächst auf eine solide Einnahmebasis gestellt werden muss,
- Strukturreformen erforderlich sind, die dazu beitragen, Unter-, Über- und Fehlversorgungen zu vermeiden, den Gedanken der Prävention zu stärken und eine geschlechtergerechtere Versorgung zu ermöglichen bzw. sicherzustellen.

Als übergeordnetes Problem ist hier die Betrachtung der GKV unter zunehmend betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu nennen. Es steigt der Druck, betriebswirtschaftliche Kriterien über den sozialen Absicherungs- und Versorgungsauftrag zu stellen. Damit geht die Gefahr einher, die Krankenversicherung als Teil der Daseinsvorsorge zur Disposition zu stellen. Natürlich können betriebswirtschaftliche Aspekte, wie zum Beispiel Wirtschaftlichkeit, nicht ausgeblendet werden. Sie dürfen aber nicht dazu führen, das originäre Leistungsangebot des öffentlichen Gesundheitswesens

immer weiter ausdünnen. Beispielhaft sei auf die Privatisierung von Krankenhäusern hingewiesen, die Auswirkungen auf deren Leistungsangebot hat, oft einhergehend mit Spezialisierungen, die dann wiederum eine möglichst wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung einschränken.

„Wettbewerb“ klingt gut unserer Tage. Er scheint ein Garant für Verbesserung zu sein, auch im Gesundheitswesen. So ist der Begriff „Wettbewerb“ fester Bestandteil der Debatten um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung geworden, ob es um Versicherungsträger, Leistungen, Leistungserbringer oder Kosten und ihre Finanzierung geht. Wettbewerb soll zu mehr Qualität und niedrigeren Kosten, zu strafferen und „kunden“-orientierteren Organisationen auf Seiten der Träger wie der Leistungserbringer führen. Wettbewerb „an sich“ hilft allein nicht viel weiter. Zunächst müssen konkrete Vorstellungen über das Gesundheitssystem und seine Ziele vorhanden sein, um dann anschließend Akteure und Inhalte, die wettbewerbsfähig die Systemziele erreichen sollen, bestimmen zu können. Dieser Hinweis scheint angesichts der unübersichtlichen Argumentation mit dem Begriff Wettbewerb angezeigt. Die Politik kommt nicht umhin, ihre Ziele für das Gesundheitssystem zu benennen und das bestehende System vor diesem Hintergrund zu analysieren, bevor darüber diskutiert wird, ob, und wenn ja, mit welchem Zweck zwischen wem um was Wettbewerb das richtige Mittel ist. Ansonsten werden auch die gesetzgeberischen Maßnahmen, mit denen Wettbewerb hier und da mit unklaren Adressaten und Inhalten gefördert werden soll, das Gesundheitssystem nicht verbessern, sondern weitere Verwirrung stiften. Dies sollte vermieden werden.

Diese Fragen scheinen sich die Parteien vor der Einführung des Gesundheitsfonds nicht gestellt zu haben. Der Einführung des Gesundheitsfonds ging keine grundlegende Ausweitung der Beitragserhebung auf andere Einkünfte als die aus abhängiger Beschäftigung voraus. Allerdings wird nunmehr die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert. Der Beitragssatz wird für alle gesetzlichen Krankenkassen in einheitlicher Höhe vom Gesetzgeber festgelegt. Über die Kassen hinweg ungleich verteilte Risiken werden weiterhin durch einen Strukturausgleich ausgeglichen.

Gingen noch bei Einführung des Fonds die Einschätzungen mehrheitlich in die Richtung, dass die Krankenkassen mit dem einheitlich festgelegten Beitragssatz von 15,5 Prozent zunächst bei der Deckung der Ausgaben auskommen werden, so zeigte sich binnen kurzer Frist, dass der Fonds gleich im

ersten Jahr defizitär werden wird. Dies ist zum einen der in Folge der Wirtschaftskrise gestiegenen Arbeitslosigkeit und damit einer reduzierten Beitragsbasis zuzuschreiben, zum anderen aber auch Eingriffen des Gesetzgebers, wie der – ebenfalls aus der Wirtschaftskrise resultierenden – Reduzierung des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte als eine Maßnahme im Konjunkturpaket II. Folge ist, dass dem Fonds schon jetzt 2,9 Milliarden Euro fehlen (Deutsches Ärzteblatt vom 23. April 2009). Da aber mit länger anhaltenden Auswirkungen der Wirtschaftskrise zu rechnen ist, erscheint es wahrscheinlicher, dass weitere Kredite benötigt werden. Damit steigt die Abhängigkeit von der Zuführung von Steuermitteln, die aber ebenfalls aufgrund der zu erwartenden schlechten konjunkturellen Entwicklung rückläufig sind. Interessant dürfte daher eine mögliche Diskussion um leistungsrechtliche Konsequenzen werden. Bereits jetzt gibt es ein Spannungsfeld bzw. eine Vermischung von Wellnessleistungen, Präventionsleistungen und kurativen Leistungen. Die freiwilligen präventiven Maßnahmen der Krankenversicherung dürften zunehmend auf dem Prüfstand stehen, wobei gleichzeitig auch schon jetzt eine Tendenz zu erkennen ist, den Anspruch auf kurative Leistungen einzuschränken (vgl. zuletzt die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 6. November 2008, Az.: B 1 KR 6/08 R, über die Rechtmäßigkeit des Ausschlusses nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV).

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds gehen in der Versorgung eine Reihe von Verbesserungen einher: die Verpflichtung der Kassen, Angebote der Hausarztmodelle zu schaffen, und die Möglichkeit zur Erweiterung und Verbesserung der Integrierten Versorgung. Beide Versorgungsformen sind besonders gefordert, den geschlechterspezifischen Ansatz zu verfolgen. Wir erwarten, dass diese Notwendigkeit bei einer neuen Gesundheitsreform konsequent ihren Niederschlag finden wird.

Nach wie vor bestehen jedoch weiterhin erhebliche Defizite bei der geschlechtergerechten Versorgung. Kostendämpfung kann auch durch Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung erfolgen. Der djb hat mehrfach gefordert, dass bei Versorgung, Lehre und Forschung dem geschlechtsspezifischen Bedarf angemessen Rechnung zu tragen sei. Derzeit ist jedoch festzustellen, dass eine evidenzbasierte Medizin für Frauen nur in Ansätzen existiert. Der djb hat dazu bereits aus Anlass der Gesundheitsreform 2003 eine grundlegende Positionierung vorgelegt. Darüber hinaus hat es im Jahr 2001 eine Bundestagsanhörung zur Frauengesundheit und zum geschlechtsspezifischen Versorgungs-

Sabine Zimmer

Mitglied der Kommission Recht der sozialen Sicherung, Familienlastenausgleich des djb; Diplom-Volkswirtin, Berlin

bedarf gegeben sowie einen beachtlichen Frauengesundheitsbericht, der unter der Federführung des BMFSFJ erstellt wurde. Daneben und danach gab es eine Vielzahl weiterer Untersuchungen und Analysen, deren Ergebnisse stets dasselbe sagen: zielführende medizinische Versorgung setzt einen konsequenten geschlechtsspezifischen Ansatz voraus. Umso unverständlicher, dass dieser bis heute keinen Eingang in die gesundheitspolitische Programmatik gefunden hat.

Auch haben sämtliche Gesundheitsreformen keinerlei Ansätze für eine Institutionalisierung der Geschlechterparität in den Gremien gezeigt. Besonders unverständlich ist der fehlende Gender-Ansatz bei der angestrebten Straffung und transparenteren Ausgestaltung der Gremienarbeit: So sinnvoll es ist, die Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in angemessener Frist zu treffen, so wichtig ist es festzuschreiben, dass wesentliche Verfahrensvoraussetzung eine klare geschlechtersensible Darstellung des Verfahrens ist.

Seit 2003 rechnen die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nach Fallpauschalen, den sogenannten Diagnosis Related Groups – DRG – ab. Diese richten sich nicht nach der Länge des Krankenhausaufenthaltes, sondern nach Diagnosen und den durchgeführten Maßnahmen. Insgesamt führten sie zu einer Reduzierung der Liegezeiten. Dieses führt dazu, dass die ambulante Nachsorge durch niedergelassene Fachärzte und Sozialstationen erfolgen soll. De facto sind jedoch die Budgets der niedergelassenen Vertragsärzte so klein, dass selbst bei bestem Wissen und Wollen eine aufwendige postoperative häusliche Betreuung unmöglich ist. Gleiches gilt für die pflegerische Versorgung, ganz zu schweigen von so praktischen Problemen, wie denn Hilfskräfte alarmiert werden können, und wie sie dann z. B. in die Wohnung kommen, wenn Patienten nicht aufstehen können. Wer hilft beim Toilettengang? Wer kauft ein, wer bringt einem gehbehinderten Patienten Getränke und Essen? Wer wäscht? Wer versorgt Kinder, Haustiere etc.? Für junge und mittelalte Patienten ist all dies bereits heute zum Teil unlösbar, besonders wenn es sich um Singles handelt, die im 5. Stock ohne Fahrstuhl oder in einer mehrstöckigen Maisonettewohnung wohnen. In diesen Fällen wird die

fehlende häuslichen Versorgung bereits heute deutlich. Bei früherer Entlassung nach Operationen an den Beinen oder gar ambulanten Operationen dürfte hier mit einem deutlichen Anstieg von Komplikationen gerechnet werden.

Die Folge ist: Wenn Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt werden, müssen „krankheitsgerechte“ Wohnungen mit familienähnlichen Versorgungsstrukturen – ergänzt um Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten – also eigentlich Krankenhäuser im ursprünglichen Sinn angeboten werden. Kinderversorgung in der Wohnung wurde ebenso wie Pflege von Angehörigen früher von Haushalts- und Hofhilfen oder Gemeindeschwestern übernommen, die auf Zeit in die Wohnung mit einzogen oder tagsüber dort blieben, bis Angehörige von der Arbeit kamen und den Haushalt wieder übernahmen. Diese Strukturen sind – außer in wenigen ländlichen Regionen – weggebrochen und es gibt hier weder Personal noch Geld, um sie wieder aufzubauen.

Zur Gesundheit gehören neben der Eigenverantwortung und der solidarischen Krankenversorgung auch Rahmenbedingungen für eine gesunde Lebensführung. Diese werden von allen Politikbereichen gestaltet. Investitionen in gute Rahmenbedingungen tragen wesentlich zur Kostensenkung im Gesundheitswesen bei. Fehlende und schlecht bezahlte Arbeit, zerstörte Umwelt, industriell und mit fragwürdigen Zutaten produzierte Nahrung und nicht zuletzt fehlende passende Kinderbetreuung können krank machen. Wie soll sich eine Versicherte oder ein Versicherter sportlich ertüchtigen, wenn die kommunalen Bäder reihenweise aus Kostengründen geschlossen werden? Wie sollen Kinder an eine gesunde Lebensweise herangeführt werden, wenn Schulen das Thema nicht aufgreifen?

Eine Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient, muss die unbestreitbar positiven Seiten der GKV stärken, eine breitere Einnahmenseite schaffen und für alle – auch für Frauen und Familien – eine bezahlbare Sicherung ihrer Gesundheit bieten.

Pflege als staatliche Aufgabe

Der demografische Wandel erfordert zunehmende Anstrengungen bei der Pflege und ihrer sozialen Absicherung. Die steigende Zahl hochbetagter Menschen ist ein erfreulicher Effekt moderner Medizin. Doch wird dadurch zugleich die Gewährleistung und Finanzierung von Pflege zu einer schwierigen politischen Aufgabe. Der djb übernimmt eine besondere Verantwortung für die rechtlichen Grundlagen der Pflege. Sein Satzungszweck gebietet ihm die Sorge nicht nur für die Angelegenheiten der Frauen, sondern auch für die der älteren Men-

schen. Auf dem Gebiet der Pflege bilden diese Gruppen eine große Schnittmenge.

Der djb bemüht sich seit Einführung der Pflegeversicherung um eine geschlechter- und familiengerechte Ausgestaltung des Beitragsrechts. Hier besteht auch gegenwärtig gesetzlicher Nachbesserungsbedarf. Das Bundesverfassungsgericht forderte 2001 eine familiengerechte Beitragsgestaltung, die Familien nicht erst in Zukunft, sondern bereits zum Zeitpunkt der Beitragszahlung entlasten sollte.¹ Der Gesetzgeber ent-