

Vorbild Niederlande. Deutschland sollte eine einheitliche Krankenversicherung für alle einführen

Von Jürgen Wasem

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch einkommensabhängige Beiträgen aus Lohn, Gehalt und Rente steht spätestens seit der Wiedervereinigung auf tönernen Füßen: Während die Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten von 1991 bis 2008 mit 3,1 % pro Jahr exakt so stark wuchsen wie das Bruttoinlandsprodukt je Einwohner, stiegen die beitragspflichtigen Einkommen der gesetzlich Versicherten im gleichen Zeitraum nur um 1,9 % pro Jahr. Dies spiegelt die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt ebenso wider wie die auseinander gehende Schere zwischen Arm und Reich, bei der die nicht zur Beitragszahlung für die Krankenversicherung herangezogenen Einkommensarten besonders stark wachsen. In der Folge stieg der durchschnittliche Beitragssatz bei den Kassen stark an – von 12,3 v.H. in 1991 auf 14,9 v.H. in 2008.

Daher führen wir seit Beginn dieses Jahrzehnts eine Diskussion um eine Finanzreform im Krankenversicherungssystem. Das Ziel, die Finanzbasis der Versicherer zu verbreitern, halten dabei alle Akteure für richtig. Aber die Debatte sollte dabei die Versorgungsseite des Gesundheitssystems einbeziehen. Den einzelnen Krankenkassen sind in den vergangenen Jahren erste Instrumente an die Hand gegeben worden, um in Verträgen mit Leistungserbringern die Rahmenbedingungen für die Behandlung ihrer Versicherten mit zu gestalten – Versorgungsverträge mit Arzt-Netzen und Krankenhäusern für bestimmte chronische Erkrankungen oder Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern sind typische Beispiele.

Wenn die Politik hier Mut zu weiteren Öffnungen der starren Regelungen für das Handeln von Kassen und Leistungserbringern hätte, könnte sich ein Wettbewerb der Kassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ergeben. Damit dieser Wettbewerb um Versorgungsangebote funktionieren kann, braucht es neben ausreichender Informationen über die Angebote der Krankenkassen insbesondere unverzerrter Preissignale für die Versicherten – diese Aufgabe können Beiträge, die in Euro und Cent festgesetzt werden, besser erfüllen als wenn sich die Kassen in Beitragssätzen unterscheiden. Gleichzeitig wollen die Bürger – das zeigen zahlreiche Umfragen seit vielen Jahren – in hohem Umfang und über alle gesellschaftlichen Gruppen und Schichten, dass die Einkommensumverteilung durch einkommensabhängige Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bleibt. Beides zusammen spricht nach meiner Einschätzung grundsätzlich für das Konzept der Großen Koalition von 2007: einerseits einkommensabhängigen Beiträgen, andererseits kassenindividuelle Zusatzbeiträge.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung behält dieses Konzept bei. Dabei möchte Minister Philipp Rösler jetzt die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge weiter ausbauen. Liegen auch die künftigen Ausgabensteigerungen der Kassen über dem Wachstum von Löhnen und Renten, sollen sie über die Zusatzbeiträge finanziert werden. Dies verbreitert die Finanzierungsbasis. Im Vergleich zu einem Anstieg von Beitragssätzen werden bei wachsenden Zusatzbeiträgen allerdings Besserverdienende entlastet und Bezieher niedriger Einkommen belastet. Zusatzbeiträge sind daher nur dann verteilungspolitisch akzeptabel, wenn sie mit einem Sozialausgleich gekoppelt sind. Theoretisch können Zusatzbeiträge plus steuerfinanzierter Sozialausgleich sogar zu einer „gerechteren“ Verteilungswirkung führen als die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge.

Leider gilt dies nicht für den Sozialausgleich, auf den sich die Koalition in den letzten Wochen verständigt hat: Anspruch auf Sozialausgleich soll entstehen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen zwei Prozent der beitragspflichtigen Einkommen eines Mitglieds überschreitet. Damit entscheidet die Einkommensart, ob jemand Anspruch auf Sozialausgleich hat oder nicht. Ein Beispiel: Der durchschnittliche Zusatzbeitrag betrage monatlich 20 Euro. Ein Mitglied hat eine Rente von 1100 Euro und damit keinen Anspruch auf Sozialausgleich, weil die Überforderungsgrenze von 2% erst bei 22 Euro greift. Ein anderes Mitglied hat eine Rente von nur 700 Euro (weil er nur einige Jahre rentenversichert war und sich dann selbständig gemacht hat) aber für 2000 Euro im Monat Zinseinkünfte – damit hat er Anspruch auf 6 Euro Sozialausgleich, weil nur die Rente interessiert. So geht der theoretische Charme des Zusatzbeitrags ein gutes Stück verloren. Auch ist die Finanzierung des Sozialausgleichs im Gesetzentwurf noch nicht solide geregelt sondern auf 2015 vertagt.

Zu einer auf Langlebigkeit ausgelegten Finanzierungsreform würde auch gehören, die Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung systematisch neu zu ordnen. Heute machen die freiwillig in der GKV Versicherten je nach Einkommen, Alter, Gesundheitszustand und Kinderzahl von der Wechselmöglichkeit in die private Krankenversicherung Gebrauch. Dies unterhöhlt den Solidaritätsgedanken und schadet systematisch der GKV. Wie stark dieser Effekt ist, sieht man am Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Finanzierungsreform: Künftig sollen freiwillig versicherte Arbeitnehmer wieder zu den Privatkassen wechseln können, wenn ihr Einkommen ein Jahr oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt – seit 2007 waren es drei Jahre. Für die Betroffenen und die private Assekuranz sicherlich attraktiv – die Änderung kostet aber nach Schätzung der Bundesregierung die Gesetzlichen Krankenkassen pro Jahr rd. 200 Mio. Euro, weil mehr Gesunde ohne Kinder abwandern, Versicherte mit Vorerkrankungen und mehreren Kindern hingegen gesetzlich versichert bleiben. Die Krankenkassen halten den Finanzverlust sogar für mehr als doppelt so hoch.

Die Dualität von gesetzlicher und privater Versicherung mit jeweils ganz unterschiedlichen Spielregeln ist auch auf der Versorgungsseite problematisch: Da die Ärzte für Privatpatienten bei gleicher Leistung mehr als doppelt so viel wie bei Kassenpatienten abrechnen können, bevorzugen sie diese zumindest bei der Terminvergabe. Auch Chefärzte beschäftigen sich

lieber mit Privatpatienten. Dies führt zu einer Fehlsteuerung der knappen Ressource ärztlicher Arbeitszeit: nicht zu den schweren oder medizinisch attraktiven, sondern zu den finanziell vorteilhaften Fällen.

Wir sollten daher auf mittlere Sicht ein einheitliches Versicherungssystem einführen. Dies muss keinesfalls heißen, dass die Privatversicherung dabei abgeschafft wird. Die Niederländer zeigen uns, dass es auch anders geht: Dort wurden 2006 die gesetzlichen Krankenkassen in nicht-gewinnorientierte Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit umgewandelt. Seitdem besteht ein einheitlicher Versicherungsmarkt, auf dem alle Krankenversicherer tätig sind. Finanziert wird das System hälftig über einkommensabhängige Beiträge an den Gesundheitsfonds und hälftig über Zusatzbeiträge der einzelnen Kassen. Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert und wer Anspruch auf Sozialausgleich hat, entscheidet sich aufgrund des Einkommens.

Auch auf der Versorgungsseite ist das holländische Modell attraktiv: Krankenversicherer und Leistungserbringer haben weite Gestaltungsspielräume bei den Versorgungsverträgen. Und die Kartellbehörde wacht darüber, dass weder auf der Seite der Krankenversicherer noch bei den Anbietern der Gesundheitsleistungen Kartelle oder Monopole.