

Vorbild Niederlande¹

Deutschland sollte eine einheitliche Krankenversicherung für alle einführen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch einkommensabhängige Beiträge 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 Prozent 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 Prozent pro Jahr. Dies spiegelt die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt ebenso wider wie die sich öffnende Schere zwischen Arm und Reich. Die Einkommensarten, die nicht der Beitragszahlung für die Krankenversicherung unterliegen, sind besonders stark gewachsen. In der Folge stieg der durchschnittliche Beitragssatz bei den Kassen stark an, von 12,3 Prozent 1991 auf 14,9 Prozent 2008.

Wir führen 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 die Versorgungsseite des Gesundheitssystems einbeziehen. Den einzelnen Krankenkassen sind in den vergangenen Jahren erste Instrumente an die Hand gegeben worden, um die Rahmenbedingungen für die Behandlung ihrer Versicherten zu verbessern – Versorgungsverträge mit Arzt-Netzen und Krankenhäusern für bestimmte chronische Erkrankungen oder Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern sind Beispiele. Wenn die Politiker Mut zur weiteren Öffnung der starren Regeln für das Handeln von Kassen und Leistungserbringern hätten, könnte sich ein Wettbewerb der Kassen um Qualität und Wirtschaftlichkeit ergeben. Damit dieser Wettbewerb um Versorgungsangebote funktionieren kann, muss der Versicherte die Kassen besser als bisher vergleichen können. Nötig dafür sind neben ausreichenden Informationen über die Angebote der Krankenkassen insbesondere unverzerrte Preissignale für die Versicherten. Diese Aufgabe können Zusatzbeiträge, die in Euro und Cent festgesetzt werden, besser erfüllen, als wenn sich die Kassen bei der Höhe der Beitragssätze unterscheiden. Gleichzeitig wollen die Bürger – das zeigen zahlreiche Umfragen seit vielen Jahren – in hohem Umfang und in allen gesellschaftlichen Gruppen und Schichten, dass die Umverteilung durch einkommensabhängige Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten bleibt. Beides spricht grundsätzlich für das Konzept der Großen Koalition von 2007: einerseits einkommensabhängige Beiträge, andererseits kassenindividuelle Zusatzbeiträge.

Die schwarz-gelbe Bundesregierung behält dieses Konzept bei. Dabei möchte Minister Philipp Rösler die Zusatzbeiträge ausbauen. Liegen auch die künftigen Ausgabensteigerungen der Kassen über dem Wachstum von Löhnen und Renten, sollen sie über die Zusatzbeiträge finanziert werden. Im Vergleich zu einem Anstieg von Beitragssätzen werden bei wachsenden Zusatzbeiträgen allerdings Besserverdienende entlastet und Menschen mit niedrigem Einkommen belastet. Zusatzbeiträge sind daher verteilungspolitisch nur akzeptabel, wenn sie an einen 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 verständigt hat: Der Sozialausgleich soll greifen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen zwei Prozent der beitragspflichtigen Einkommen eines Mitglieds überschreitet. Damit entscheidet die Einkommensart, ob jemand Anspruch auf Sozialausgleich hat. Ein Beispiel: Der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt monatlich 20 Euro. Ein Mitglied hat eine Rente von 1.100 Euro und damit keinen Anspruch auf Sozialausgleich, weil die Überforderungsgrenze von zwei Prozent erst bei 22 Euro greift. Ein anderes Mitglied hat eine Rente von nur 700 Euro (weil es nur einige Jahre

¹ Quelle: Wochenzeitung „DIE ZEIT“, Nr. 40, vom 30.09.2010; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion sowie des Autors.

rentenversichert war und sich dann selbstständig gemacht hat), aber 2.000 Euro Zinseinkünfte pro Monat – damit hat es Anspruch auf sechs Euro Sozialausgleich, weil nur die Rente interessiert. So geht der theoretische Charme des Zusatzbeitrags ein Stück weit verloren. Auch ist die Finanzierung des Sozialausgleichs im Gesetzentwurf noch nicht solide geregelt, sondern auf 2015 vertagt.

Zu einer langfristig angelegten Finanzierungsreform würde gehören, die Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung systematisch neu zu ordnen. Heute machen die freiwillig bei den gesetzlichen Kassen Versicherten je nach Einkommen, Alter, Gesundheitszustand und Kinderzahl von der Wechsellmöglichkeit in die private Krankenversicherung Gebrauch. Dies unterhöhlt den Solidaritätsgedanken und schadet systematisch dem Solidarsystem. Wie stark dieser Effekt ist, sieht man an den erwarteten Folgen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung: 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 rund 200 Millionen 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 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. Finanziert wird das System zur Hälfte über einkommensabhängige Beiträge und zur anderen Hälfte über Zusatzbeiträge. Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert, und wer Anspruch auf Sozialausgleich hat, entscheidet sich aufgrund des Einkommens.

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

Jürgen Wasem ist Professor für Medizin-management an der Uni Duisburg-Essen.