



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

DUALES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM ODER STAATLICH GELENKTE EINHEITSKASSE?

Der HEK-Verwaltungsrat fordert Wettbewerb und Kassenvielfalt

Duales Krankenversicherungssystem

Die GKV ist charakterisiert durch einkommensabhängige Beiträge (Solidaritätsprinzip). Das Geschäftsmodell der PKV basiert auf der Bildung von individuellen Kapitalrücklagen, um die steigenden Kosten im Alter abzudecken (Altersrückstellung). Gut verdienende Arbeitnehmer, die einmal die GKV in Richtung PKV verlassen, haben sich für eine lebenslange Eigenverantwortung entschieden, weil sie grundsätzlich kein Rückkehrrecht in die GKV haben.

GKV-Finanzierung

Ab 01.01.2009 haben CDU/CSU und SPD (Große Koalition) den Gesundheitsfonds und einen staatlich festgesetzten einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen (KK) beschlossen. Damit wurde den KK ein Großteil ihrer Finanzautonomie genommen.

In den Gesundheitsfonds fließen die Beiträge der Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber sowie Steuergelder. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die KK Pauschalen pro Versicherten. Für Versicherte mit schweren Krankheiten gibt es Zuschläge auf Basis eines Finanzausgleiches (Kurz: Morbi-RSA) zwischen den KK. Kommt eine KK mit ihrem Geld nicht aus, muss sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangen. Gibt sie weniger aus, als sie bekommt, kann sie eine Prämie ausschütten.

Bewertung

Der Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt liegt seit Jahren konstant bei 6 – 7 %. Von einer überproportionalen Kostenentwicklung in der GKV kann nicht die Rede sein.

Der Leistungskatalog der GKV ist vermutlich der umfangreichste in der Welt. Laut einer vor kurzem durchgeführten repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Allensbach finden 82 % der Bevölkerung unser Gesundheitswesen gut oder sogar sehr gut. Im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten kurz, Zuzahlungen gering und ist die Autonomie der Patienten bei der Arztwahl groß.

2006 wurde in den Niederlanden ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt durch Zusammenführung von GKV und PKV geschaffen. Die Bilanz nach 6 Jahren ist ernüchternd: Die Zusammenführung von GKV und PKV hat zu einem Oligopol von 4 großen Krankenversicherungs-Konzernen geführt (90 %). Die Krankheitskosten steigen stärker als in Deutschland. Es steigt die Tendenz, aus eigener Tasche Privatbehandlungen zu bezahlen. Somit hat die Entwicklung zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ zugenommen.

Dennoch dient offensichtlich das in den Niederlanden praktizierte Krankenversicherungssystem der SPD, den Grünen und den Linken quasi als „Blaupause“ für die Einführung einer so genannten „Bürgerversicherung“ in Deutschland. Bei den genannten Parteien gibt es eine grundsätzliche, aber inhaltlich nicht immer deckungsgleiche Befürwortung einer „Bürgerversicherung“.

Bürgerversicherung

Der Begriff „Bürgerversicherung“ impliziert zunächst eigentlich nichts anderes, als dass alle Bürger sich unter gleichen Rahmenbedingungen versichern müssen. Also auch Beamte, Selbstständige und gut verdienende Arbeitnehmer.

Als Ziele einer „Bürgerversicherung“ werden genannt:

1. Stärkung der Solidarität
2. Bessere Qualität der Versorgung
3. Beendigung einer „Zwei-Klassen-Medizin“

Die Ziele sollen erreicht werden durch:

1. Eine stetig steigende Steuerfinanzierung
2. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)
3. Beitragszahlungen auf Zins- und Mieteinnahmen
4. (Schrittweise) Auflösung der PKV-Vollversicherung
5. Einbeziehung der Beamten in die GKV

Die Erreichung der genannten Ziele bedeutet:

1. Eine stetig steigende Steuerfinanzierung führt zwangsläufig dazu, dass der staatliche Einfluss auf die GKV zunimmt.
2. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von zurzeit 3.937,50 € monatlich und die Erhebung von Beiträgen auf Zins- und Mieteinnahmen führt nicht nur zu einer finanziellen Belastung gutverdienender Arbeitnehmer, sondern belastet auch oder gerade Bezieher mittlerer Einkommen mit einem bescheidenen Vermögen, die für ihre Zinseinkünfte zur Kasse gebeten würden. Die Gesundheitspolitischen Sprecher der CDU (Spahn) und CSU (Singhammer) haben Recht, wenn sie sagen, dass dies ein Anschlag auf die Sparguthaben der Bürger sei.
3. Die (schrittweise) Auflösung der PKV-Vollversicherung wäre für die niedergelassenen Ärzte mit drastischen Einnahmeausfällen verbunden. Heute bezahlen 11 % Privatversicherte 25 % aller Arzthonorare. Würden aus den Privatpatienten plötzlich ganz normale GKV-Versicherte, beläuft sich laut „Spiegel“ Nr. 14/2013 der Verlust je Arzt auf rund 45.000 € jährlich. Dieser Einnahmeverlust kann kompensiert werden durch höhere Honorare von den KK oder eine Reduktion des GKV-Leistungskataloges bei gleichzeitigem Ausbau des privaten Zusatzversicherungsangebotes (z.B. Krankengeld, Zahnersatz). Das bedeutet entweder einen deutlichen Anstieg des GKV-Beitragsatzes oder beträchtliche Mehrausgaben der GKV-Versicherten für Zusatzversicherungen, sofern sie es sich leisten können.
4. Teurer wird die GKV auch durch die geplante Einbeziehung der Beamten. Die Arbeitsunfähigkeits-Quote in der „Öffentlichen Verwaltung“ liegt über dem Durchschnitt aller anderen Branchen. Laut Personalamt der Freien und Hansestadt Hamburg waren die Hamburger Beamten 2011 im Durchschnitt einen Monat krank.
5. Die Auflösung der PKV-Vollversicherung, eine steigende Steuerfinanzierung und eine Reduktion des GKV-Leistungskataloges bedeutet die Abschaffung des System-Wettbewerbs zwischen PKV und GKV, noch weniger Finanzautonomie bei den KK und weniger Wettbewerb um bessere Leistungen zwischen den KK. Daraus folgt weder eine ökonomische noch intellektuelle Begründung für Kassenvielfalt. Es wäre kein Zufall, wenn eine „Bürgerversicherung“ in einer Einheitskasse oder einem System mit wenigen großen KK – wie in den Niederlanden - mündet.

Standpunkt des HEK-Verwaltungsrates

Nichts spricht dafür, dass eine „Bürgerversicherung“ zu einem höheren Versorgungsniveau, mehr Qualität, mehr Wahlfreiheit und einer effizienteren Mittelverwendung führt. Es gibt aber genügend Indizien, dass eine staatlich gelenkte „Bürgerversicherung“ all dies gefährden würde. Nicht revolutionäre (radikale) Veränderungen, sondern eine evolutionäre Weiterentwicklung unseres bewährten, weltweit anerkannten Krankenversicherungssystems ist das Gebot der Vernunft.

Wir sind gegen

1. Zentralisierung,
2. Vereinheitlichung,
3. staatliche Bevormundung und
4. grenzenlose Umverteilung.

Wir sind für

1. eine Stärkung der Versichertenparlamente (Selbstverwaltung),
2. Kassenvielfalt und Wettbewerb,
3. stringente Fusionskontrollen,
4. eine uneingeschränkte Finanzautonomie der KK,
5. Erhöhung der Mindestrücklagen einer KK auf 50 % einer Monatsausgabe,
6. Herausnahme der durch Prävention vermeidbaren Krankheiten aus dem Risikostrukturausgleich und
7. Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen GKV und PKV.

Hamburg, 11. Juli 2013



Horst Wittrin
(Vorsitzender)



Bernhard Lubitz
(Stellv. Vorsitzender)