

Gastkommentar: Prof. Dr. Günter Neubauer
Direktor des IfG Institut für Gesundheitsökonomik
emeritierter Professor der Universität der Bundeswehr München

Kommt die Bürgerversicherung durch die Hintertüre?

In den Koalitionsverhandlungen zu einer GroKo wurde das Thema Bürgerversicherung lange kontrovers diskutiert, doch war es letztlich keiner Seite so viel Wert, dass man deswegen das Ziel, eine große Koalition zu bilden, hätte scheitern lassen wollen. Allerdings wurde eine Reihe von Kompromissen eingegangen, so dass jede Seite mit den Ergebnissen vor ihren Wählern das Gesicht wahren kann.

Honorarangleichung als Zwischenziel

Im Koalitionsvertrag taucht, wie schon vor vier Jahren, das Ziel Bürgerversicherung nicht auf - ein Erfolg für die Unionsparteien. Doch kann die SPD für sich als Erfolge verbuchen, dass der Zusatzbeitrag wieder paritätisch finanziert und eine Untersuchungskommission eingesetzt wird, die sich mit dem Thema „ein modernes Vergütungssystem schaffen“ auseinandersetzt. Schon jetzt gehen die Interpretationen dieses Satzes auseinander: Die Unionsparteien betonen den Modernisierungsbedarf, während die SPD das Wörtchen „ein“ hervorhebt.

Die Vorstellung, dass mit einer Angleichung der Honorarsysteme auch eine potentielle Ungleichbehandlung der Patienten durch die Vertragsärzte aufgehoben wird, teilen auch einige Unionspolitiker. Insofern wird es interessant sein zu sehen, welche Experten die Parteien in die Kommission entsenden werden.

Gleichwohl ist auch eine Angleichung der Honorarsysteme mit einer Reihe von administrativen, organisatorischen und rechtlichen Problemen behaftet, die sich nur schwer einvernehmlich lösen lassen. Der Verfasser erwartet daher, dass die Kommission zwei oder gar drei widersprüchliche Empfehlungen dem Gesundheitsminister bzw. dem Bundestag vorlegen wird. Letztlich sind keine konkreten Schritte in dieser Legislaturperiode zu erwarten. Doch darf daraus nicht geschlossen werden, dass die SPD das Ziel Bürgerversicherung aufgegeben hätte. Vielmehr ist zu erwarten, dass jene Teile der SPD, die gegen die Große Koalition gestimmt haben, gerade das Ziel Bürgerversicherung in einer quasi außerparlamentarischen Opposition nachdrücklich verfolgen werden.

GKV - Option für Beamte auf Länderebene

Ein weiteres Mittel zur schrittweisen Umsetzung einer Bürgerversicherung sieht man auf der Länderebene: Vorbild ist hier Hamburg, das der großen Gruppe privatversicherter Beamten der Stadt, die GKV generell öffnet. Die Stadt Hamburg will ihren Beamten eine Lösung anbieten, die sie bei den Leistungen der Krankenkasse mit der Beamtenbeihilfe gleichstellt. Eine solche Lösung ist zunächst für die Stadt Hamburg als Arbeitgeber finanziell nachteilig, doch erhofft man sich längerfristig Vorteile. Da Beamte relativ gut verdienen, fällt der Beitrag zu einer Krankenkasse und damit auch der Arbeitgeberanteil relativ hoch aus, obwohl jüngere Beamte gute Risiken sind. Ältere Beamte hingegen werden mutmaßlich im Beihilferecht bleiben und mit relativ hohen Ausgaben die Stadt belasten.

Dies dürfte auch der Grund sein, warum andere Länder, die finanziell weniger gut gestellt sind, dem Beispiel der Stadt Hamburg nicht allzu schnell folgen dürften. Dennoch könnten alle Länder, die von einer linken Mehrheit regiert werden, mittelfristig zumindest überlegen, ob sie dem Hamburger Beispiel folgen wollen.

Kernelemente einer Bürgerversicherung sind zum einen eine Pflichtversicherung für alle Bürger im Rahmen der GKV einzuführen und damit auch eine einheitliche Honorierung für alle Bürger zu etablieren. Der PKV wird angeboten, entweder ebenfalls eine GKV-Krankenkasse zu werden oder sich auf die Funktion einer Zusatzversicherung zu begrenzen. Beides sind Vorstellungen die von der PKV abgelehnt werden.

Politische Ziele einer Bürgerversicherung

Zwei wesentliche Ziele sollen mit einer Bürgerversicherung erreicht werden: Zum einen will man eine Gleichstellung aller Bürger im Krankheitsfall erreichen - dahinter steht das politische Oberziel „soziale Gerechtigkeit“. Zum anderen soll die Finanzierung der GKV gestärkt werden, in dem Besserverdienende in die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung eingebunden werden. Das Prinzip der Subsidiarität wird damit dem Ziel Solidarität nachgeordnet, was letztlich auch der Grundordnung der sozialen Marktwirtschaft widerspricht! Zu prüfen ist, ob sich die genannten politischen Ziele mit einer Bürgerversicherung erreichen lassen?

Erfahrungen in England und der Schweiz

Zur Bewertung der genannten Ziele lohnt es sich einen Blick in das Ausland zu werfen. So weist der National Health Service in Großbritannien große Ähnlichkeit mit einer Bürgerversicherung auf und auch in unserem Nachbarland Schweiz besteht eine Pflichtversicherung für alle Bürger, allerdings mit einem gegliederten Krankenkassensystem, das dem in Deutschland deutlich nähersteht als die Steuerfinanzierung in Großbritannien.

In beiden Ländern kann man erfahren, dass eine allgemeine Versicherungspflicht nicht gleichbedeutend ist mit einer gleichen Versorgung für alle. In beiden Ländern bleibt es den Pflichtversicherten offen, sich eine private Zusatzversicherung oder gar Vollversicherung dazu zu kaufen. Zwar ist die Gruppe der Personen mit Zusatzversicherung weniger attraktiv für Leistungserbringer als Vollversicherte, gleichwohl eröffnet sich damit ein differenzierter Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern.

Der britische National Health Service ein Vorbild?

Insbesondere in England bieten Privatkliniken eine deutlich komfortablere Behandlung an, als die staatlichen, unterfinanzierten Krankenhäuser. Eine Schlussfolgerung aus diesem Blick ins Ausland heißt, wer nicht auch private Zusatzversicherungen verbieten will, kann das Problem eines differenzierten Zugangs zu Gesundheitsleistungen nicht vermeiden. Im Rahmen einer offenen Gesellschaft müsste auch ein Ausweichen ins Ausland erschwert oder gar verboten werden, was vermutlich politisch nicht durchsetzbar wäre. Durch die Digitalisierung der Kommunikation und Informationen werden Ausweichstrategien deutlich erleichtert und damit auch stärker wahrgenommen. Bleibt zu prüfen, ob sich die Finanzierung der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Ausgabenvolumina erhöhen wird, um die Versorgung der Patienten mit Personal und dem medizinischen Fortschritt entsprechend zu gewährleisten.

Hier ist der Blick auf das britische Gesundheitssystem ernüchternd, ja teilweise schockierend. Kliniken sind überfüllt, Pfleger überfordert, Patienten allein gelassen - Ärzte warten auf Rettung durch die Regierung! Elektive chirurgische Eingriffe werden um Monate verschoben. So etwa beschreibt die Süddeutsche Zeitung am 20./21. Januar 2018 den Zustand der Gesundheitsversorgung in Großbritannien. Und die Befürworter des Brexits warben unter anderem für den Ausstieg aus der EU damit, dass die Beiträge an die EU dann in den National Health Service fließen würden. Auch bei einer längerfristigen Betrachtung der Finanzierung des National Health Service lässt sich feststellen, dass die politische Entscheidung über die Steuermittel, die in das Gesundheitssystem fließen, keine dauerhafte, ausreichende Finanzierung gewährleistet. Daher ist der Hinweis, dass England bei den Ausgaben gemessen als Anteil am Inlandsprodukt eher günstig abschneidet, nur akzeptabel, wenn man die Folgen für die Gesundheitsversorgung ausblendet.

Eine Schlussfolgerung für Deutschland muss sein, je mehr sich unser Gesundheitssystem staatlichen Strukturen annähert, umso bedrohlicher werden auch bei uns die in England feststellbaren Missstände. Und die Bürgerversicherung geht zumindest in diese Richtung!

Ein Blick in die Schweiz

Im Finanzierungsbereich ist Deutschland auch unter den Bedingungen einer Bürgerversicherung besser mit der Schweiz zu vergleichen. Diese verausgabt etwa einen ähnlich hohen Anteil des Inlandsproduktes für die Gesundheitsversorgung wie Deutschland. Die allgemeine Versicherungspflicht wurde in der Schweiz mit der Begründung eingeführt, dass wegen des beträchtlichen Steueranteils an der Finanzierung alle Steuerpflichtigen auch einen Anspruch auf die Gesundheitsleistungen haben. Die allgemeine Versicherungspflicht wird in der Schweiz überlagert von einer weitgehend vom Einkommen unabhängigen Bürgerprämie bzw. Kopfpauschale, die allerdings mit entsprechenden sozialen Ausgleichen verknüpft ist. Die private Krankenversicherung hat sich weitgehend auf eine Zusatzversicherung verengt, nur wenige wohlhabende Bürger leisten sich eine private, zusätzliche Vollversicherung. Zusätzlich bieten die Krankenkassen in der Schweiz Zuwahl- und Abwahltarife an, womit sich die Krankenkassen dem Modell der privaten Krankenversicherer annähern. Schließlich gibt es auch eine regionale Tariffdifferenzierung, die dem jeweiligen Finanzierungsbedarf Rechnung trägt.

Schlussfolgerungen für Deutschland

Es ist offenkundig, dass eine Gleichstellung aller Versicherten bezogen auf ihre Gesundheitsversorgung - Notfallsituationen ausgenommen - nur erreichbar ist, wenn man eine private Zusatzversicherung verbieten wollte. Doch das wäre nach Meinung von Rechtsexperten verfassungswidrig. Die Hoffnung mit einer Angleichung der Gebührenordnungen, unterschiedliche Wartezeiten auf einen Arzttermin abzubauen, geht ebenfalls weitgehend ins Leere. Zum einen sind Wartezeiten in Deutschland nicht nur vom Versicherungsstatus, sondern auch vom Wohnort und der jeweiligen Arztdichte abhängig und zum anderen sind in England die Wartezeiten für alle Patienten unangemessen lang, außer der Patient weicht in die private Medizin aus oder kann aufgrund seiner Beziehungen die jeweiligen Warteschlangen überspringen.

Auch die häufig geäußerte Einschätzung, dass bei einer vereinheitlichten Gebührenordnung sich mehr Ärzte in weniger attraktive Regionen niederlassen, dürfte sich nicht erfüllen. Der Verfasser hat in einem Gutachten für die KV Bayern darauf hingewiesen, dass die Einkommen etwa 30% über dem Durchschnitt liegen müssten, um die Standortwahl junger Ärztinnen direkt zu beeinflussen. Andere Einflussfaktoren, wie die urbane Infrastruktur sowie Arbeitsmöglichkeiten

für einen Partner und Ausbildungsmöglichkeiten für die Kinder, spielen eine immer größere Rolle. Eine so nachhaltige Einkommensverbesserung ist viel leichter mit gezielten Zulagen an erwünschte Ärzte als durch eine Vereinheitlichung der Gebührenordnungen zu erreichen.

Was ändert sich für das Entgeltsystem der Krankenhäuser?

Privatpatienten werden heute schon im Krankenhaus so abgerechnet, wie das auch für eine private Zusatzversicherung sein wird. Die Grundleistungen werden über das DRG-System abgerechnet und für zusätzliche Leistungen des Krankenhauses und des Chefarztes kommt die private Krankenversicherung auf. Allerdings werden diese Leistungen nach der GOÄ abgerechnet. Wie sich diese Abrechnung ändert, wenn eine Egalisierung der Gebührenordnungen vorgenommen wird, hängt von der Art der Umsetzung ab!

Werden die Leistungsdefinitionen angeglichen, so könnte für private Versicherte der Gebührensatz auf das ein- bis dreifache geöffnet werden, während für Kassenpatienten lediglich der einfache Gebührensatz erlaubt ist. Diese Lösung ist aufwändig, was eine Angleichung der Leistungsdefinitionen betrifft.

Eine einfachere Lösung wäre, wenn die Vergütung nach EBM der Höhe nach so angehoben wird und die GOÄ-Sätze so abgesenkt werden, dass sich vergleichbare Entgelte ergeben. Diese Lösung ist zwar technisch einfacher, wird jedoch von der GKV abgelehnt da diese mit einer Anhebung ihrer Beiträge um etwa 0,5 Prozentpunkte rechnen müsste.

Auf der anderen Seite könnten die Privatversicherten eine Beitragssenkung erwarten. Ob dann Privatversicherte die gewonnene Finanzkraft in Zusatzversicherungen wieder investieren, bleibt offen. Letzteres wäre aber wichtig für die Privatliquidation eines Krankenhauses bzw. der leitenden Ärzte. Denn für alle Patienten wird nach DRG abgerechnet, Zusatzleistungen müssen Patienten selbst bezahlen oder über eine Privatversicherung absichern.

Resümee:

Wenn auch die Honorarangleichung in erster Linie auf den ambulant-ärztlichen Bereich abzielt, werden auch die Krankenhäuser im Bereich der Privatliquidation getroffen. Wie im Einzelnen sich dies auf die Privaterlöse der Krankenhäuser auswirken wird, hängt von der Ausgestaltung einer Egalisierung ab. Gleichwohl dürfte es, unabhängig von der jeweiligen Umsetzung einer Bürgerversicherung, für viele Bürger attraktiv sein, eine entsprechende Zusatzversicherung, insbesondere für den Krankenhausbereich, abzuschließen. Dies untermauern auch die ausländischen Erfahrungen.

Korrespondenzanschrift:

IfG Institut für Gesundheitsökonomik
Frau-Holle-Str. 43 - 81739 München

Sekretariat: Tel: (089) 60 51 98 - Fax: (089) 6 06 11 87

E-Mail: ifg@ifg-muenchen.com - Homepage: <http://www.ifg-muenchen.com>