

„Integrierte Krankenversicherung“ versus „EINE für ALLE“

Birgit Schmidmeier, Stand: 01.06.13

www.Mehr-Gesundheit-fuer-weniger-Geld.de

Die Bertelsmann Stiftung und der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) stellten der Presse am 13.05.13 ihre Ideen für eine „Integrierte Krankenversicherung“ vor. Alle Infos dazu:

http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F77D1566-D21D4497/bst/hs.xsl/116166_116168.htm

Am 04.06.13 traf ich mich in Berlin mit Susanne Mauersberg (vzbv) und Stefan Etgeton (Bertelsmann Stiftung) zu einem interessanten Info-Austausch.

Im Folgenden meine Gegenüberstellung der beiden Ideen.

Quellen:

- 10-Punkte-Plan für die Integrierte Krankenversicherung
- E-Book „EINE für ALLE“

Kurzes Fazit vorneweg:

- integriert: JA 😊
- solidarisch finanziert: JA 😊
- wettbewerblich: NEIN! ☹️ Von Wettbewerb profitiert immer der Stärkere im Markt auf Kosten der Schwächeren. Wollen wir das bei Gesundheit wirklich haben?
- Ansonsten in einigen Punkten ziemlich viel Übereinstimmung.

Integrierte KV	EINE für ALLE
Gesamte Wohnbevölkerung	wer seinen Lebensmittelpunkt in Deutschland hat
Umlagesystem	Umlage + Alterungsrückstellungen als Schwankungsreserve
Verbot der Beitragsdifferenzierung nach individuellem Gesundheitsrisiko	Genau so. 😊
Kontrahierungszwang und Risikostrukturausgleich	Ergibt sich von selbst
Beitrag auf alle Einkommensarten ohne Begrenzung auf Beitragsbemessungsgrenze	Genau so. 😊 bzw: Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze, Besserverdiener zahlen mehr, erhalten aber auch mehr Krankengeld. (niedrigeres Risiko durch häufig längere Entgelt-Fortzahlung beispielsweise bei GmbH-Geschäftsführern)
Keine Mindestbeiträge mehr bei Selbstständigen	Genau so!

Steuerfinanzierung zum Teil über „Gesundheits-Soli“	Reine Beitragsfinanzierung
Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag?	Gibt es hier definitiv nicht.
Rangfolge der Einnahmearten?	Ich würde alle positiven Einkünfte zusammenrechnen. Negativeinkünfte bei einzelnen Einkunftsarten auf Null setzen. AG-Zuschuss gibt es aber nur auf das von ihm gezahlte Einkommen.
Paritätische Beitragsteilung durch AN/AG wird wieder hergestellt. Der AN-Zusatzbeitrag von 0,9 % entfällt	Genau so!

Zum 10-Punkte-Plan:

1. Systemintegration auch in der Pflegeversicherung

– Soll im Zuge der Zusammenführung von GKV und PKV ein analoger Prozess auch in der Pflegeversicherung initiiert werden? Wie verfährt man hier mit der Alterungsrückstellung?

EINE für ALLE:

Die bisherige Pflegepflichtversicherung wird in die EINE für ALLE integriert und nicht mehr separat geführt. Damit entfallen im Leistungsfall die bisherigen Abgrenzungsschwierigkeiten. Der Beitrag hierfür ist im allgemeinen Beitragssatz der EINE für ALLE enthalten. In der Pflegeversicherung macht sich die demographische Entwicklung besonders bemerkbar. Kommen heute vier bis fünf Pflegebedürftige auf 100 Erwerbstätige, so wird dieses Verhältnis 2050 bereits 14 zu 100 betragen. (Quelle: Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes 2009) Dieser Demografieproblematik wird über die zwei zusätzlichen Prozentpunkte für die Alterungsrückstellung für Kranken und Pflegeleistungen begegnet. Die bisherigen AR werden mit übernommen.

2. Integrationsprinzipien: Konvergenz, Angebotsseparation oder Kombination

von beidem – Werden die Geschäftsfelder zwischen GKV und PKV aufgetrennt oder nähern sich die Versicherungsanbieter im Angebot an?

EINE für ALLE:

In der EINE für ALLE erhält jedes Mitglied die gleichen Leistungen. Für ein paar ganz spezielle Sonderleistungen kann es weiterhin private Zusatztarife geben.

3. Verfassungskonforme Integration der Alterungsrückstellungen aus privater Krankenversicherung –

Wie lassen sich Rückstellungen aus dem Kapitalstock der PKV individuell oder kohortenbezogen in den Gesundheitsfonds übertragen, um ihre ursprüngliche Zweckbestimmung erfüllen zu können?

EINE für ALLE:

Nicht in den Gesundheitsfonds. Dieser wird durch die EINE für ALLE völlig überflüssig. Direkt in die EINE für ALLE.

Die bisherigen **Alterungsrückstellungen** der PKV und der PPV kommen allen zugute und werden weiter als Polster für die demographische Entwicklung (Überalterung unserer Bevölkerung) ausgebaut. Die Alterungsrückstellungen werden zur Minderung von kalkulatorisch notwendigen Beitragssteigerungen eingesetzt. Der Zweck der Alterungsrückstellungen bleibt dadurch erhalten und kann dadurch vielleicht sogar besser erfüllt werden. Deshalb handelt es sich hier nicht um eine Enteignung der bisher PKV-Versicherten. (Und wenn: Grundgesetz §14 Absatz 3: Eine Enteignung ist nur zum Wohle der Allgemeinheit zulässig...) Das wäre in diesem Fall zum Wohl der Allgemeinheit. Bisher wurde das Kapital von der PKV angelegt und verzinst. Ob die Verzinsung weiterhin sinnvoll ist, ist fraglich. Das setzt ein lineares Wirtschaftswachstum und somit Ausbeutung voraus. Also sollte man hier wohl eher von einer Kapitalanlage absehen. Bisher ist in der PKV seit 1949 eine Mindestverzinsung des Kapitals von 3,5 % vorgeschrieben. Diese wurde in der Vergangenheit immer erzielt. Seit der Bankenkrise tun sich die Versicherer jedoch teilweise sehr schwer, diese 3,5 % zu erreichen. Aus diesem Grund wird momentan die Absenkung dieses Garantiezinses bei den PKV-Unternehmen diskutiert. Viele Unternehmen haben bereits zum 01.01.13 den Garantiezins gesenkt. Dafür gibt es keine einheitliche und damit transparente Regelung. Weiterhin werden in der EINE für ALLE **zwei Prozentpunkte** zusätzlich zum Beitrag für den Aufbau von weiteren Rückstellungen für Kranken- und Pflegeleistungen berechnet. Aus einem Teil der Alterungsrückstellung wird eine **Liquiditätsreserve** gebildet um die dauerhafte Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu gewährleisten. Damit können Schwankungen während der Jahre ausgeglichen werden.

Die Alterungsrückstellungen dienen ja dazu, jede einzelne Beitragserhöhung abzufedern und so die Beiträge etwas stabiler zu halten. Leider sind allerdings die Tarif-Kollektive in der privaten Krankenversicherung viel zu klein, um die Krankheitskosten stabil tragen zu können. Das ist der wirkliche Grund für die hohen Beitragsanpassungen, die wir in der PKV erleben. Da helfen auch die Alterungsrückstellungen nicht viel, die an sich eine gute Idee wären.

Mein Gedanke geht in die Richtung:

Die Grundlogik jeder Versicherungskalkulation ist das „**Gesetz der großen Zahl**“. Dies besagt: je größer die Versichertengemeinschaft, desto niedriger das Zufallsrisiko.

Und damit umso stabiler die Beiträge.

Das lernt jeder Versicherungsazubi im 1. Lehrjahr und hat deshalb auch nichts mit Sozialismus oder Kommunismus zu tun, mit denen ich nichts am Hut habe, da ich eine soziale Marktwirtschaft und Demokratie bevorzuge.

Ich gebe Ihnen ein Beispiel für das Wirkungsprinzip.

In Bayern gab es bis 1995 ein Monopol auf die Gebäudefeuerversicherung.

Jeder, der sein Haus hier gegen Feuer versichern wollte, musste dies bei der Bayerischen Versicherungskammer tun.

Die Beiträge lagen bei 50 – 100 DM im Jahr und alle waren gut versichert.

1995 fiel das Monopol weg, da die EU Monopole für „böse“ erklärte.

Was geschah? Die Preise explodierten. Ganz logisch. Warum?

Mitbewerber brachten Policen auf den Markt. Somit entsteht Wettbewerb. Wettbewerb braucht Vertrieb. Vertrieb kostet Geld. Das muss in die Policen einkalkuliert werden.

Hat man erst wenige Häuser versichert und es brennt eines ab, ist das für die Versichertengemeinschaft fast nicht zu stemmen. Deshalb müssen hohe Risikoanteile in die Prämie einkalkuliert werden. Die Preisspirale nach oben beginnt.

Wenn wir nun eine Versichertengemeinschaft für alle haben, können wir das Zufallsrisiko bestmöglich ausgleichen. Somit können die eingezahlten Alterungsrückstellungen viel besser für die Gemeinschaft wirken und erfüllen damit ihren Zweck besser als jetzt.

4. Rechtsform der Krankenversicherungen und der entsprechenden Wettbewerbsordnung
– *Handeln die Krankenversicherungsträger künftig als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Wie ist der Wettbewerb innerhalb der Krankenversicherung zu regeln?*

EINE für ALLE:

Wie könnte man es machen?

o Ganz **staatlich**: dann wäre die EINE für ALLE eine Bundesbehörde. Das passt nicht zu dem Bild der Zukunft, dass ich in Kapitel 2 aufgezeigt habe.

o **Halbstaatlich**: das entspricht am ehesten den bisherigen Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltungsprinzip und ist in § 87 unseres Grundgesetzes so verankert.

o in der **Privatwirtschaft**: dann wäre die EINE für ALLE beispielsweise eine Aktiengesellschaft. Gewinne würden für AnteilseignerInnen erwirtschaftet (shareholder value) und somit aus dem System gezogen. Der ganze „Gesundheitsmarkt“ wäre somit dem Profitstreben preisgegeben. Das halte ich nicht für sinnvoll. § 87 unseres Grundgesetzes spricht ebenfalls gegen eine Privatisierung:

„In Deutschland ist der Status der (bundesunmittelbaren) und (landesunmittelbaren) Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft im Grundgesetz verankert. Folglich bedarf es für eine privatrechtliche Umstrukturierung der Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft einer Grundgesetzänderung mit einer 2/3 Mehrheit. Eine Mehrheit, die unter anderem angesichts der Beteiligung des Bundesrates politisch illusionär ist. Folge: Im Rahmen einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in

Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturanpassung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zu Gunsten privater, sondern zu Gunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen (Mehrheitsanpassung).“ (Quelle: PKV-Verband)

Oder einer Genossenschaft! (auch wenn das momentan noch nicht vorgesehen ist)

Wesensmerkmale der Genossenschaft sind die Mitgliederförderung, die Selbsthilfe, die Selbstverantwortung, die Selbstverwaltung, Demokratie, Solidarität und das Identitätsprinzip. Letzteres besagt, dass die Mitglieder zugleich EigentümerInnen (durch die Beitragszahlung), behandelte PatientInnen und ein Teil davon ebenso LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen etc.) sind. Das Ziel der Genossenschaft ist die Befriedigung der gemeinsamen Bedürfnisse auf wirtschaftliche Weise. Das stellt meine Wunschlösung dar, denn ich vermute, dass hier die größte Identifikation und Eigenverantwortlichkeit für die Gemeinschaft entsteht. Die Genossenschaft gehört uns allen!

5. Konvergenz der Vergütungssysteme von GKV und PKV – Angleichung der ärztlichen Vergütung unabhängig davon, wer die Leistung bezahlt. GKV- und PKV-Vergütung werden auf Systemebene aufkommensneutral integriert.

EINE für ALLE:

Basis ist eine einheitliche **Gebührenordnung** (Zusammenführung und Modernisierung der bisherigen Gebührenordnung für Ärzte: GOÄ, für Zahnärzte: GOZ, für Heilpraktiker: GebüH und die Entsprechungen in der GKV). Diese Gebührenordnungen werden künftig alle drei Jahre modifiziert. Jahrelange Abrechnungen neuer Methoden über Analogziffern sind dann nicht mehr erforderlich.

o Alle LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, Apotheken, Krankenhäuser, HeilerInnen...)

rechnen **direkt** über das Online-Abrechnungssystem mit der EINE für ALLE ab.

o Insofern gilt das **Sachleistungsprinzip**. Es müssen also keine Rechnungen erstellt und versandt werden. Die Leistungserbringenden brauchen kein eigenes Inkasso zu betreiben – außer für Leistungen, die nicht von der EINE für ALLE abgedeckt werden.

o **Umwege** über private Abrechnungsstellen – sogenannte „Abrechnungsoptimierer“ – und Kassenärztliche Vereinigungen **entfallen**.

6. Schaffung eines tragfähigen Beamten und Selbständigentarifs in der GKV – Einrichtung eines beihilfefähigen Beamtentarifs und Absenkung des so genannten Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbständige.

EINE für ALLE:

Personen mit **Anspruch auf Beihilfe** (BeamtInnen, RichterInnen und deren Angehörige) werden in die EINE für ALLE integriert und das Beihilfesystem aufgelöst. Das betrifft die ArbeitnehmerInnenbeihilfe gleichermaßen. Der Staat zahlt dann den ArbeitgeberInnenzuschuss wie in der privaten Wirtschaft. Die hohen staatlichen Beihilfezahlungen – vor allem bei den PensionärInnen – entfallen und müssen dann von der EINE für ALLE getragen werden.

Zum Thema „Besitzstandswahrung“:

- Wahlleistungen im Krankenhaus gibt es dann nicht mehr. Siehe Kapitel 5.5.
- HeilpraktikerInnenleistungen sind in der EINE für ALLE enthalten.
- Eine Verschlechterung ergibt sich lediglich beim Zahnersatz. Doch hier kam es bereits in der Vergangenheit zu mehreren Leistungskürzungen. Diese können auf Wunsch durch Zusatztarife ausgeglichen werden.

Der Beitragszuschuss durch gesetzliche Rentenversicherung und Beamtenversorgung bei RentnerInnen/PensionärInnen wird beibehalten.

Wenn jemand kein oder nur ein sehr niedriges Einkommen hat, dann wird **kein fiktives höheres Mindesteinkommen** festgelegt, von dem aus der Beitrag berechnet wird. Der Beitrag ist dann einfach entsprechend niedrig bis nicht vorhanden. Ausgleich von arm und reich! Vor allem bei Selbstständigen wird momentan von einem Einkommen von 2.021,25 Euro (2013) monatlich ausgegangen. Dies führt zu folgender unsolidarischer Situation (2013):

	SelbstständigeR	AngestellteR
Einkommen monatlich	1.000 € Gewinn	10.000 € Bruttolohn
Berechnungsgrundlage jetzt:	Fiktives Mindesteinkommen von 2.021,25 €	Beitragsbemessungsgrenze 3.937,50 €
Beitrag KV(15,5 %)+PPV (2,05 %):	354,73 €	691,03 €. Nach Abzug des AG-Zuschusses jedoch nur noch 363,23 € - also nur knapp 10 € mehr als der Selbstständige
Berechnungsgrundlage künftig in der EINE für ALLE	1.000 €	10.000 €
Beitrag bei 15 % (KV inkl. Pflege)	150 €	1.500 €. Aber abzüglich AG-Anteil nur noch 750 €

7. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neuversicherte und Einführung der Versicherungspflicht für Selbstständige und Beamte –

Ein Wechsel in die PKV ist dann nicht mehr möglich. Schaffung analoger Regelungen für Bundes- und Landesbeamte.

EINE für ALLE:

Siehe 6.

8. Eintritt privater Krankenversicherungen in den integrierten Krankenversicherungsmarkt

– Schaffung eines PKVTarif, dessen Beitrag nach Einkommen gestaffelt ist und nicht nach individuellem Risiko; der Leistungsrahmen entspricht dem der GKV.

EINE für ALLE:

Die EINE für ALLE IST dieser Tarif. Mehr braucht es nicht.

9. Wechselrecht der PKV-Versicherten in die integrierte Krankenversicherung und Ausbau der Portabilität der Alterungsrückstellungen

– Eröffnung einer (zeitlich befristeten) Übertrittsoption von der PKV in die Integrierte Krankenversicherung, sofern die Alterungsrückstellung individuell portabel gemacht wurde.

EINE für ALLE:

Innerhalb einer Umbauphase von etwa drei Jahren sollte die EINE für ALLE aufgebaut werden. Die bisherigen GKV und PKV-Bestände werden dorthin migriert und die bisherigen Unternehmen dann aufgelöst.

10. Regelung für in der privaten Krankenvollversicherung verbliebene Versicherte

– Erleichterung von Fusionen privater Versicherungsgesellschaften und Schaffung einer Auffanggesellschaft für nicht mehr leistungsfähige Unternehmen, deren Versicherte in die integrierte Krankenversicherung wechseln können.

EINE für ALLE.

Diese Salami taktik ist vielleicht entbehrlich. Siehe 9.

Zur Steuerfinanzierung:

„Am krassesten finde ich die Pläne der **FDP**. Hier soll scheinbar nach und nach in der GKV das Solidaritätsprinzip abgeschafft werden. In der Folge zahlt jede/r die gleiche Prämie für die gleiche Leistung – und zwar unabhängig vom Einkommen! Die Ungerechtigkeit wird zwar mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich bagatellisiert. Doch wohin das führt, sieht man am niederländischen System ganz gut. Dort wurde 2006 eine einkommensunabhängige Prämie von durchschnittlich 90 € mit steuerfinanziertem Sozialausgleich eingeführt.

Haushaltsdefizite führen nun zu Steuersparplänen. „Ab 2011 werden folgerichtig die Belastungsgrenzen zur Berechtigung von Steuerzuschüssen zur Prämie sukzessive angehoben.“ (Quelle: PKV-Verband, Gesundheitssysteme im Vergleich, Band 29) Somit ist bei den HolländerInnen bald Schluss mit dem Sozialausgleich!“

Außerdem ist es kompliziert und untransparent.

Wie könnte man es besser schaffen, dass die Großverdiener auch wirklich Steuern zahlen und an dieser UmFAIRteilung beteiligt werden können?

Wir wollen beide an alle Einkommensarten ohne Begrenzung auf eine Beitragsbemessungsgrenze:

Und das so transparent und unbürokratisch wie möglich.

Mein Vorschlag:

Zu jedem Monatsanfang teilt jedes **Finanzamt** (oder ein „Bundesfinanzamt“) auf elektronischem Weg der EINE für ALLE die Ergebnisse der im Vormonat erteilten Steuerbescheide mit. (Nicht jährlich damit eine gleichmäßige Arbeitsauslastung über das Jahr verteilt erreicht wird). Die EINE für ALLE erstellt dann für diese Versicherten für das vergangene Jahr eine Beitragsrechnung mit Auszahlung eines Guthabens oder einer Nachforderung und gegebenenfalls einer Neufestsetzung des künftigen Monatsbeitrags (analog Strom oder Heizungsabrechnung).

Wenn sich innerhalb des laufenden Jahres das Einkommen deutlich **erhöht oder verringert** ist eine Änderung des Beitrags während des laufenden Jahres möglich.

Die Idee mit dem „Gesundheits-Soli“ habe ich doch schon mal von Herrn Schäuble gehört?! Richtig.

Fazit:

Die Überlegungen für eine „Integrierte Krankenversicherung“ kann ich in einigen Punkten teilen.

Aber egal, wie man das Krankenversicherungssystem verändert – unsere Haltung dabei ist entscheidend. So wie man ein Küchenmesser zum Brotschneiden und –teilen verwenden kann, kann man es auch zum Morden benutzen. Dies sollte man immer bedenken.

Was mich nachdenklich stimmt: Die Bertelsmann-Stiftung holt sich mit Aart de Geus einen Mann an Bord, der in den Niederlanden bereits als Gesundheitsminister tätig war. Dort wurde die GKV und PKV zusammengeführt und das Gesundheitswesen privatisiert.

Es kann meiner Meinung nach nicht zielführend sein, wenn man das KV-System komplett privatisiert, um damit in erster Linie Gewinnmaximierungsinteressen zu befriedigen.

Denn damit erreichen wir nur **weniger** Gesundheit für **mehr** Geld. Die Versorgungsqualität sinkt und die Kosten steigen.

An erster Stelle muss daher immer die Frage stehen: wie können wir unser Gesundheitswesen so organisieren, dass es an den Bedürfnissen von Allen ausgerichtet ist und unsere Gesundheit verbessert?

Wie auch immer es sich entwickelt: möge es zum höchsten und besten Wohle ALLER sein.