

Roland Weber

Berlin, Berlin ...

Anmerkungen zur gesundheitspolitischen Diskussion

Die Bundestagswahl rückt näher und jeder, der etwas auf sich hält, kommt mit seinem Grundsatzkonzept zur Gesundheitsreform heraus. Roland Weber, Vorstandsmitglied der Debeka und der Deutschen Aktuarvereinigung, hat sich, ganz PKV-typisch, wieder mal ein paar Rosinen aus der Diskussion herausgepickt.

Was haben die Bürgerversicherung und Prinz Charles gemeinsam? Beide sind schon zu lange im Wartestand, langsam geht ihnen die Puste aus. Klang der Name „Bürgerversicherung“ vor einem knappen Jahrzehnt noch verführerisch nach freien Bürgern, Individualität und Wahlmöglichkeiten, ist inzwischen den meisten klar, dass die Inhalte in Wirklichkeit das Gegenteil davon bedeuten. Das Konzept ist heute als eindeutig rot-rot-grünes Projekt abgestempelt und kann allein schon deshalb im wirklich bürgerlichen Lager keine Mehrheit finden.

Was tun? Will man für die Zusammenführung von GKV und PKV unter dem rechtlichen Rahmen der GKV auch bei Liberalen und Konservativen Freunde gewinnen, muss ein neuer, unverbrauchter Name her. And the winner is: „Integrierte Krankenversicherung“. So der neue Schlauch, in dem der alte Wein unter anderem von der dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und der Bertelsmann Stiftung in den letzten Monaten immer wieder promotet wurde.

Und um ehrlich zu sein: Der Name ist wirklich gut, aussagekräftig, authentisch. Schon beim ersten Hören schafft er sofort die Assoziation zur Integrierten Gesamtschule. Und das ist es auch, was uns erwartet: Weniger Leistung in der Spitze, dafür mehr Mittelmaß in der Breite – und immer mehr, die es sich leisten können, büchsen aus dem System aus und schicken ihre Kinder auf Privatschulen. Like UK.

Der Londoner Korrespondent des Handelsblatts formulierte es treffend: „Wenn Solidarität und Gleichheit Ziel eines Gesundheitssystems sind, liegen die Briten ganz vorn. Im NHS sind alle gleich. Mit Ausnahme der elf Prozent der Bevölkerung, die sich unregelmäßige Privatversicherungen leisten können oder ärztliche Leistungen bei Privatärzten direkt per Kreditkarte abrechnen.“¹

Auf einer gemeinsamen Veranstaltung stellten die Bertelsmann Stiftung und der vzbv am 13. Mai 2013 in Berlin das neue Konzept vor – mit einem grandiosen Einstieg.

Von Holland lernen heißt siegen lernen

„Deutschland ist das letzte Land der Erde“, so der Vorsitzende der Bertelsmann Stiftung², das ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kennt. Wumm!

1977 wurde die weltweit letzte Pocken-Infektion in Somalia registriert. Tokelau war 1994 das letzte Land der Erde, das Telefone bekam. Bhutan hat als letztes Land der Erde im Jahr 1999 das Fernsehen eingeführt. Europa ist seit dem 21. Juni 2002 dank konsequenter Impfungen poliofrei. Und nun das: „Deutschland ist das letzte Land der Erde“, das ein Nebeneinander von gesetzlicher und Privater Krankenversicherung kennt.

Das letzte Land der Erde! Alle haben es kapiert, allen geht es jetzt besser, nur wir hinken wieder hinterher.

Nun sollte man wissen, dass der Vorsitzende der Bertelsmann Stiftung mehrere Jahre Gesundheitsminister in den Niederlanden war und daher von Amts wegen von der Zusammenführung von gesetzlicher und Privater Krankenversicherung überzeugt sein muss. Mag das theoretische Konzept der niederländischen Reform brillant gewesen sein, die Konsequenzen sind verheerend: Die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitssystems wuchsen in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrzehnts um 86 Prozent (im rückständigen Deutschland nur um 26%), die Prämien stiegen in den letzten drei Jahren um 18%. Wie immer hat aber auch diese verkorkste niederländische Reform ihre gute Seite: Die Fachärzte und Kliniken von Düsseldorf bis Bocholt freuen sich über

prima Umsatzzuwächse durch holländische Gesundheitsflüchtlinge.

Das wiederum geht zu Lasten der deutschen Kassenpatienten. Der Vorsitzende des vzbv beklagte dann auch in der gleichen Veranstaltung die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland: „Ist es akzeptabel, dass die einen länger auf einen Arzttermin warten müssen als die anderen?“³ Natürlich nicht. Und da die Holländer nicht freiwillig aus NRW draußen bleiben, brauchen wir eine Integrierte Krankenversicherung, die dem Wartezeiten-Tourismus ein Ende macht.

Oder auch nicht. Den verschiedensten Befragungen zu diesem Thema zufolge liegt die Wartezeiten-Differenz zwischen gesetzlich und privat Versicherten bei der Terminvergabe von Hausärzten bei etwa 0,8 Tagen. Zwei-Klassen-Medizin? Bei Fachärzten gibt es in der Tat einen kleinen Unterschied, Privatversicherte warten etwa 10 Tage, gesetzlich Versicherte 16. Beides sind im internationalen Vergleich exzellente Werte. Mit der Integrierten Krankenversicherung ergibt sich, das könnte selbst ein Verbraucherschützer im Kopf rechnen: (9 x

„Mag das theoretische Konzept der niederländischen Reform brillant gewesen sein, die Konsequenzen sind verheerend“

$16 + 1 \times 10) / 10 = 15,4$ Tage für alle. Jedenfalls, sofern die privat Versicherten die gleiche Krankheitsrate haben wie die gesetzlich Versicherten. Da aber die PKV nach Ansicht ihrer Gegner die jungen und gesunden Risiken hat, dürfte es auf 16 Tage für alle hinauslaufen.

Damit hätten wir zwar nichts gewonnen, aber immerhin die skandalöse Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland beseitigt. Die Holländer bekämen aber weiterhin nach 10 Tagen einen Termin, denn sie bezahlen ja privat...

Mehr fiel weder den Bertelsmännern noch den Verbraucherschützern zur angeblichen Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland ein. Dafür fanden sie aber ein prima Argument, warum man bei der Integrierten Krankenversicherung die 180 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen der PKV auf Nimmerwiedersehen im Gesundheitsfonds versenken kann:

„Da die vormalig privat Versicherten, die als GKV-Mitglieder nunmehr in den Generationenausgleich einbezogen werden, auf diese Rückstellung nicht mehr angewiesen sind, das umlagegetragene Krankenversicherungssystem jedoch deren Leistungsrisiken übernimmt, lässt sich ein Anspruch begründen, einen dem allgemeinen Krankenversicherungsschutz entsprechenden Anteil der Alterungsrückstellungen in den systeminternen Risikoausgleich, das heißt in den Gesundheitsfonds einfließen zu lassen.“⁴

Wie denn nun? Sind die Privatversicherten per saldo die besseren Risiken, wie der PKV immer vorgeworfen wird? Dann übernimmt nicht das Umlagesystem deren Risiken, sondern sie übernehmen die zusätzlichen Lasten der Alt-GKV. Und weil sie zusätzliche Lasten übernehmen, sollen auch noch ihre Alterungsrückstellungen verschwinden? Mit anderen Worten: Die Privatversicherten werden nicht nur gefesselt, sondern auch noch beraubt. Ganz im Sinne des Verbraucherschutzes.

Ethik-Unterricht

Wenn sich die deutschen Ärzte mit großer Mehrheit gegen die Bürgerversicherung aussprechen, verschafft die geneigte Presse den wenigen Kritikern dieser Linie gerne Gehör. So schaffte es der Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer mit seiner persönlichen Argumentation pro Bürgerversiche-

„Die Privatversicherten werden nicht nur gefesselt, sondern auch noch beraubt. Ganz im Sinne des Verbraucherschutzes“

rung in die links-alternative Berliner „tageszeitung“⁵.

Seine Argumentationskette verläuft von der Plattitüde über das Konkrete ins Ideologische: „Ein brennendes Haus lässt sich nicht mehr gegen Feuer versichern. ... Genau so verhält es sich bei der privaten Krankenversicherung.“ Und wenn nun durch die Fortschritte der prädiktiven Diagnostik immer mehr Krankheiten vorhersehbar werden, „dann wird die private Krankenversicherung das gleiche tun wie beim Hausbesitzer: Sie wird die Prämie bei Vertragsabschluss so erhöhen, dass die Kosten für die Behandlung in den nächsten zehn Jahren angespart werden.“ Dann „können sich die meisten Bürger eine private Krankenversicherung nicht mehr leisten.“

Der Bürger stehe dann „vor einem Dilemma: Entweder ist er evtl. nicht mehr privat versicherbar, oder er verzichtet auf die prädiktive Untersuchung. Dann blieben ihm eine mögliche Vorbeugung und frühzeitige Behandlung versagt und er kann seine Lebenspläne nicht im Wissen um seine Krankheit gestalten. Es droht eine ‚uninsurable social underclass‘“. Der gute Mann hat das verblüffende Patentrezept natürlich parat: „Für dieses Problem gibt es eine einfache und umfassende Lösung: die Bürgerversicherung.“

Ganz unethisch verschweigt unser Ethikkommissar, dass die PKV in einer Vielzahl von Fällen auf die Gesundheitsprüfung bzw. auf die Erhebung von Risikozuschlägen völlig verzichtet, z. B. bei der

Anmeldung neugeborener Kinder oder der Versicherung auf GKV-Niveau, also im Basistarif. Im Rahmen der dauerhaften Öffnung für Beamte und ihre Angehörigen beschränkt sie den Zuschlag für unversicherbare Vorerkrankungen auf 30%. Beides zusammen macht dann schon weit mehr als die Hälfte aller Vertragsabschlüsse in der PKV aus. Inzwischen bieten immer mehr Unternehmen darüber hinaus Arbeitnehmern, die erstmals versicherungsfrei werden, die Möglichkeit, sich und ihre Familienangehörigen auch bei schwersten Vorerkrankungen zu versichern, wobei der höchstmögliche Risikozuschlag ebenfalls auf 30% begrenzt ist.

Gentests sind für die Risikoeinschätzung bei Vertragsabschluss in der PKV irrelevant – nicht erst seit dem Gendiagnostikgesetz, sondern bereits vorher aufgrund einer Selbstverpflichtungserklärung der Privaten Krankenversicherer. Selbst wenn ein Interessent seinem Antrag einen prädiktiven Gentest beifügen sollte, hat dieser keinen Einfluss auf die Gesundheitsprüfung.

Nichts ist schöner als ein gepflegtes Vorurteil

Am 26. März 2013 veröffentlichte die Rating-Agentur Assekurata die bisher umfangreichste Analyse der neuen PKV-Unisextarife. Dabei wurde anerkannt, „dass das Leistungsniveau durchgängig gestiegen ist“. Positiv bewertete Assekurata auch, „dass die Unternehmen in allen Tarifsegmenten jenseits der Verbandsempfehlungen weitere Leistungen in die Unisex-Tarife aufgenommen haben. Dies betrifft zum Beispiel die Übernahmen von Hospizkosten, häuslichen Pflege- sowie Kurleistungen“⁶.

Am 28. Mai 2013 stellte die Deutsche Stiftung Patientenschutz in Berlin ihr „Weißbuch: Grenzen des Versicherungsschutzes für schwerstkranke und sterbende Menschen in der privaten Krankenversicherung“ vor – mit einem erschreckenden Ergebnis: „Nur bei drei von 23 Versicherungen ist stationäre Hospizversorgung im Leistungskatalog enthalten. Das betrifft gerade mal 1,4 Mio. Privatversicherte“, schreibt die Stiftung⁷. Und ihr Vorstand sagte: „Wir waren sehr erschrocken, dass kein Versicherer spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in die Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen aufgenommen hat.“ Für gesetzlich Versicherte gelte dagegen ein rechtlicher Anspruch auf diese Leistungen.

Die Presse berichtete am folgenden Tag ausführlich. Und der Autor dieses Beitrages wunderte sich über die Aufregung. Keiner hatte sich die Mühe gemacht, zum Beispiel im Internet unter der Homepage der Debe-ka (kein ganz kleiner Krankenversicherer) nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen eines der beiden Haupttarife N oder B zu schauen. Dort hätte er unter „Ambulante und stationäre Hospizleistungen“ unter anderem lesen können:

„Für ambulante Hospizleistungen werden Aufwendungen nach Buchstabe A erstattet, wenn diese durch palliativ-medizinisch ausgerichtete ambulante Einrichtungen erbracht werden. Außerdem erstattet der Versicherer Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“⁸ Eine analoge Regelung findet sich zur stationären Hospizversorgung.

Nichts ist besser als ein gepflegtes Vorurteil. Immerhin wiesen viele Medien darauf hin, dass auch bei fehlender Regelung in den AVB die Palliativversorgung in der PKV grundsätzlich gezahlt würde. Und nicht nur die Stuttgarter Zeitung stellte sich die Frage, ob die Stiftung mit diesem Auftritt ihrem eigentlichen Anliegen, dem Patientenschutz, wirklich einen Dienst erwiesen habe.⁹

Unlauteres statt Kompetenz

Am 5. Juni 2013 präsentierte der Kanzlerkandidat der SPD in Berlin einen weiteren Teil seines „Kompetenzteams“. Für Gesundheit zuständig: der Professor aus Köln. Der sagte dann auch, wie man es von ihm erwartete, locker-flockig ein paar Sätze zu seiner Agenda¹⁰: „Ich fang mal mit der Privaten Krankenversicherung an. Wenn da keine Reform kommt, wird dieses System binnen von 10 Jahren pleite sein. Da steigen die Prämien derzeit mit 5 bis 15% ...“.

Pleite. Wohl gemerkt, er redet nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung – das System braucht als lebenserhaltende Maßnahme einen jährlichen Steuerzuschuss von 80 Mrd. Euro. Er redet auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung. Über deren Bilanzpraktiken hatte sich der Chef der Siemens Betriebskrankenkasse wenig schmeichelhaft geäußert: „Würde der Geschäftsführer einer GmbH wie ein Kassenchef bilanzieren, wäre das ein Fall von justiziabler Verschleierung.“¹¹ Und dennoch braucht das System alle paar Jahre eine neue Gesundheitsreform und als lebenser-

haltende Maßnahme einen jährlichen Steuerzuschuss von bis zu 15 Mrd. Euro. Die Privaten Krankenversicherer hingegen zahlen Steuern, auch die Privatversicherten zahlen Steuern und subventionieren damit das Sozialsystem. Von Pleite keine Spur.

Aber: In der PKV steigen die Prämien „mit 5 bis 15%“. Er meint sicherlich um 5 bis 15% pro Jahr, damit suggeriert er rund 10% im Durchschnitt. Wo unser Professor die Zahlen wohl her hat? Aus veröffentlichten Statistiken sicher nicht. Aus der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE vom 17. April 2012 ergeben sich für die letzten 5 Jahre durchschnittlich 4,25% Beitragssteigerung in der Branche¹². Nach den Daten von Assekurata bzw. map-report sind die tatsächlichen Werte noch geringer und die Beitragssteigerungen der älteren Versicherte sind in jedem Fall deutlich unterproportional. Also weder Pleite noch 5 bis 15% Prämiensteigerungen.

Der Professor doziert weiter: „Und viele ältere kleine Selbständige haben jetzt sagen wir mal eine Altersvorsorge von fünfzehn-, sechshundert Euro und die Prämie wird in kurzer Zeit zwölfhundert Euro erreichen, liegt jetzt schon bei neunhundert, neunhundertfünfzig Euro im Schnitt.“

900 bis 950 Euro im Schnitt? Von wie vielen Privatversicherten kennt unser Professor die Krankenversicherungsbeiträge wirklich? Zehn? Zwanzig? Hundert? – Das würde schon fast für eine klinische Studie reichen. Der Autor dieser Zeilen kennt die Beiträge von 2,2 Mio. Vollversicherten. Davon zahlen exakt 29 (i. W. neunundzwanzig) Personen einen Beitrag von 900 Euro und mehr, keiner über 1.000 Euro.

Und die meisten dieser 29 kamen im hohen Alter erstmals in die PKV – entweder, weil sie in der GKV nicht aufgenommen wurden, oder weil sie sich nach 2009 erstmals versichern mussten. Sie hätten sich auch zum GKV-Höchstbeitrag im Basistarif versichern können. Das wollten sie aber nicht; sie wollten die bessere Leistung und auch dafür bezahlen. Also weder Pleite noch 5 bis 15% Prämiensteigerungen noch 900 Euro Beitrag im Schnitt.

Der Durchschnittsbeitrag der erwähnten 2,2 Mio. liegt übrigens (wenn man den Beitrag der Beamten auf 100% hochrechnet) ziemlich genau bei 450 Euro, also 900 D-Mark. Man bräuchte also nur Euro durch

D-Mark zu ersetzen, und schon hätte unser Professor doch Recht...

Das Pflege-Bahr-Phantom

Schließlich äußert sich das Mitglied des Kompetenz-Teams auch zur Pflege: „Schwarz-Gelb hat da nichts gebracht; in der Pflege nur den 5 Euro – das wird noch nicht mal umgesetzt, der Pflege-Bahr von 5 Euro, das ist ein so schlechtes Gesetz, dass selbst die beschenkte private Assekuranz sich nicht in der Lage sieht, das umzusetzen...“

Das ist natürlich ein Coup: Da sprechen die Privaten Krankenversicherer landauf, landab davon, bereits über 150.000 Bahr-Pflege-Tarife abgeschlossen zu haben und in Wirklichkeit können sie das gar nicht umsetzen! 150.000 Phantom-Policen! Und nächstes Jahr fließen Millionen Euro an Phantom-Zulagen...

¹ „Horror meldungen aus dem Krankenhaus“, Handelsblatt online, 05.03.2013

² http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_116309.htm

³ Alle Beiträge unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-3434C9B1-AF04C7C7/bst/hs.xsl/116166_116215.htm

⁴ www.fundacionbertelsmann.org/fundacion/data/ESP/media/10_Punkte_Integrierte_Krankenversicherung.pdf

⁵ „Ausweg Bürgerversicherung“, die tageszeitung vom 04.05.2013

⁶ Pressemitteilung Assekurata vom 26.03.2013

⁷ Pressemitteilung der Stiftung vom 28.05.2013

⁸ http://www.debeka.de/service/bedingungen/Krankenversicherung/Tarifbedingungen/Nicht-Beihilfeberechtigte_Arbeitnehmer_Selbstndige_Haupttarife/CKV97.pdf

⁹ „Eine Versorgungslücke?“, Stuttgarter Zeitung, 29.05.2013

¹⁰ peer-steinbrueck.de/Kompetenzteam/10438/karl-lauterbach.html (Audiodatei)

¹¹ Wirtschaftswoche, 12.08.2013

¹² Deutscher Bundestag Drucksache 17/9330