



ESSAY I » KRANKENVERSICHERUNG Unser Gesundheitssystem hat eine bessere Behandlung verdient. Seine Leistungen müssen langfristig und generationengerecht finanziert werden. Statt wie bisher aufs Geratewohl herumzudoktern, muss die Politik – am besten in der Großen Koalition – zielstrebig die systembedingten Schwachstellen eliminieren, fordert Gastautor **CLAUS-DIETER GORR**

Kein Masterplan, keine Transparenz

Die Welt beneidet uns um unsere Gesundheitsversorgung, doch schon längst überdecken die Ertragsleistungen die Probleme des Systems nicht mehr: Die Gesundheitskosten steigen stetig mit älter werdender und rückläufiger Bevölkerung, medizinisch-technischem Fortschritt, Zunahme chronischer Krankheiten und wachsender Nachfrage nach hochwertigen Leistungen.

Die Krankenversicherung in Deutschland steht vor einem tief greifenden Wandel. Die Einbindung der Bürger, abgestimmte leistungsadäquate transparente und verlässliche Produkte sowie ein qualitativ hochwertiger, fachlich fundierter Vertrieb wären nachhaltige Erfolgsfaktoren. In der Realität verwaltet die Politik im Kern die Arbeit von Lobbyisten.

Um das deutsche Gesundheitssystem langfristig und nachhaltig leistungsfähig, finanzierbar und generationengerecht zu gestalten, müssen intergenerative Lösungsmodelle zur Beteiligungsgerechtigkeit zwischen Leistungserbringern, Versicherungssystemen und Versicherten erarbeitet und transparent diskutiert werden. Seit 1965 fanden Gesundheitsreformen meist reaktiv und ohne erkennbaren politischen Masterplan statt. Die vor der Bundestagswahl 2013 erneut diskutierte Variante einer Bürgerversicherung reiht sich hierin ein.

Das komplexe und verworrene GKV-System

Bisher fehlten ein transparenter Überblick und eine Systemanalyse über das Gesundheitssystem im Ganzen sowie über das Zusammenspiel und die Abhängigkeit der Akteure untereinander, wie ihn der „Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ jetzt bereitstellt.

Die Komplexität des GKV-Systems und die damit einhergehenden Herausforderungen lassen sich am ehesten mit einem 1000-Teile-Puzzle bildhaft vergleichen (siehe Grafik). Im ersten Gesundheitsmarkt, der alle Leistungen umfasst, die durch Versicherungssysteme oder Staat abgedeckt sind, entfallen etwa 85 Prozent aller Leistungsausgaben auf das GKV-System. Es besteht derzeit aus einem gigantischen selbstverwaltenden Umverteilungsapparat, der sich aus einer Vielzahl von Leistungserbringern, Krankenkassen, deren Verbänden und Behörden zusammensetzt. Diese planen und verhandeln untereinander die Leistungsausgestaltungen und die flächendeckende und strukturelle medizinische Versorgung. Die Kontrolle der Beteiligten und die Verteilung der einzelnen Budgets finden vor allem untereinander statt.

Das GKV-System ist hoch komplex. Ein Qualitätswettbewerb innerhalb des GKV-Systems ist kaum ersichtlich. Abhängigkeiten und Verbindungen sind nur mit Mühe erkennbar und nur einem sehr kleinen Expertenkreis verständlich. Die Finanzströme sind verworren und aufgrund zahlloser Reformen intranspa-

rent und unübersichtlich. Die Zuführung oder Drosselung von Steuermitteln haben zudem eine stabilisierende oder destabilisierende Wirkung.

Dieses planwirtschaftliche System verharrt in sich und ist mit sich selbst beschäftigt. Impulse können von einzelnen Institutionen oder Akteuren kaum noch ausgehen. Die Auswirkungen der Änderungen werden gleich von allen anderen betroffenen Akteuren negativ kommentiert. Verharren verbleibt als einzig Erfolg versprechende Überlebensstrategie.

Die Finanzierungsgrundlage des Systems erfolgt nicht für die Bereitstellung der Strukturen, sondern nur durch die Abrechnung einzelner Fälle. Krankenhäuser und Ärzte sind darauf angewiesen, Krankheitsfälle zu erhalten und zu behandeln. Reicht das nicht, müssen diese erzeugt werden.

Das GKV-System ist von seiner Grundstruktur her als Krankheitsverwaltungssystem zu bezeichnen, bei dem der politisch regulierte Bürger als Patient oftmals nur als Alibi erscheint.

Die aktuell 132 Gesetzlichen Krankenkassen bieten hierfür – mit hoher politischer Volatilität – im Kern mit marginalen und wirtschaftlich meist irrelevanten Differenzierungen die gleichen Leistungen an.

Die 32 privaten Krankenversicherer spielen mit knapp 15 Prozent des Gesamtausgaben in diesem Markt keine systemische, sondern eher eine begleitende, aber vor allem reaktive Rolle als klassischer Versicherer. Sie bieten einen individuellen und hochdifferenzierbaren Versicherungsschutz für abgerufene (also nicht im Voraus geplante) medizinische Leistungen an.

Ihr Vorteil gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist der individuell auswählbare Versicherungsschutz. Ihr Nachteil wiederum ist die fehlende Transparenz der Produkte.

Allerdings hat nur ein kleiner Teil der Bürger ein Wahlrecht und kann sich alternativ zum GKV-System für eine private Krankheitskosten-Vollversicherung und einen individuell wählbaren Versicherungsschutz entscheiden. Die Auswahl ist jedoch ein komplexer

Schritt, den man zwingend objektivieren muss: Es gibt aktuell über 91 Tarifsysteme mit 1300 unterschiedlichen Leistungsinhalten. Fehlen wichtige, wie etwa Einschränkungen in den Hilfsmittelkatalogen, beim Versicherungsschutz im Ausland, AHB und Reha-Leistungen, häuslicher Krankenpflege oder Palliativversorgung, kann das existenzielle Folgen haben. Kurz: Bei vielen Produkten ist – trotz inflationär vorhandener Gütesiegel – oft nicht drin, was durch Werbung suggeriert wird. Verkauft wurden die Produkte bisher überwiegend nach dem „Vertriebsmodell Vertrauen“. Eine qualifizierte – am detailliert erarbeiteten Absicherungsbedarf der Kunden orientierte – Beratung ist in der Breite wegen fehlender Qualifikationsanforderungen an die Vermittler nur selektiv gegeben.

Notwendige Reformen müssen endlich angeschoben werden

Nach individueller Risikoprüfung, Antragsannahme und Vertragsschluss hat der Versicherte – unabhängig von politischen Entscheidungen – lebenslang einen individualvertraglich in den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) geregelten Anspruch auf die vereinbarte Leistung. Das PKV-Modell ist ein kalkulierbares Modell, das jedoch nur von wenigen Unternehmen als solches inhaltlich umfangreich und prozessual stabil umgesetzt wird. Kurz: PKV ist nicht gleich PKV.

Ein „weiter so wie bisher“ mit durch Lobbygruppen geprägten Umverteilungen und regionalen politischen Partikularinteressen kann demnach weder ein Garant für eine nachhaltige und generationengerechte Lösung noch eine Blaupause für eine einheitliche Versicherungslösung sein.

Der demografische Wandel sowie die medizinischen, sozialen, biologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen unserer Gesellschaft zwingen uns in unserem Gesundheitssystem insgesamt zum Umdenken. Notwendige Reformen können und sollten nur auf Basis transparenter und verständlicher Informationen erfolgen und erfordern eine breite gesellschaftliche Legitimation.

CLAUS-DIETER GORR
Geschäftsführender
Gesellschafter
der PremiumCircle
GmbH

2005 gründete Gorr die unabhängige Informations- und Beratungsgesellschaft für die Gesundheits- und Versicherungswirtschaft. Zuvor baute er erfolgreich eine Versicherungsmaklergesellschaft mit der Fokussierung auf biometrische Risiken auf. 2012 initiierte Gorr den „Zukunftskreis Gesundheit“ – eine gesellschaftspolitische Diskussions- und Bewertungsplattform für alle Akteure im Gesundheitswesen. Zusammen mit Markus Reick brachte er 2014 den „Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ heraus (ISBN 978-3-86216-138-6, erhältlich über PremiumCircle Deutschland).

Systemchaos

Das Bild zeigt nur einen kleinen Ausriss aus einer Grafik, welche die unterschiedlichen Zusammenhänge im deutschen Gesundheitssystem darstellt. Sie wurde für die Studie „Faktencheck Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland“ der PremiumCircle Deutschland erstellt.

