

Bismarck am Ende

Gastkommentar

Mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung reagierte Otto von Bismarck auf die soziale Not der Arbeiterschaft im ausgehenden 19. Jahrhundert. Sein Konzept bewährte sich 100 Jahre lang und basierte auf der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sowie Jungen und Alten.

Diese Grundvoraussetzungen gelten allerdings nicht mehr: Systeminhärente und demografische Entwicklungen wie das wettbewerbliche Nebeneinander von GKV, PKV und Ersatzkassen kombiniert mit der zunehmenden Vergreisung der deutschen Bevölkerung erfordern dringend strukturelle Veränderungen.

Natürlich verdienen die Krankenkassen ihr Geld letztlich mit Gesunden. Paradoxerweise hat der Gesundheitsfonds insbesondere kleine Krankenkassen in wirtschaftliche Bedrängnis gebracht. Sollten Zusatzbeiträge durch das aktuell geplante GKV-FinG 2011 wirklich kommen, hätten ihre Mitglieder nichts davon, denn die Leistungen aller Kassen sind fast gleich – dem gemeinsamen Bundesausschuss sei Dank – und nur die Höhe der Zusatzbeiträge wird für die Versicherten zum Kriterium für hopp oder topp.

Das bedeutet, dass wohl noch viele gesetzliche Kassen aufgeben müssen, getreu einem Zitat ihres geistigen Vaters, der am Ende seiner Karriere gesagt haben soll: „Mein Öl ist aus, ich kann nicht mehr.“ Wollen wir es wirklich so weit kommen lassen? Oder ist es Zeit für einen Systemwechsel?



Gunter Freiherr von Leoprechting, Berlin
Leo-Impact Consulting GmbH



Gesetzliche Krankenkassen in Deutschland

Heiraten oder Sterben

©Martina Berg bzw. ©JM Fotografie - Fotolia.com

In den letzten zwei Jahrzehnten nahm die Zahl der Krankenkassen besonders drastisch ab. Viele suchen ihr Heil in Fusionen, aber auch Größe schützt nicht vor Mitgliederschwund.

Große Hoffnungen setzten weite Teile der Bevölkerung nach der Regierungsbildung vor genau einem Jahr in den neuen Bundesgesundheitsminister. Der liberale Arzt und Politiker war angetreten, endlich den Grundübeln in der gesetzlichen Krankenversicherung den Garaus zu machen. Unvergessen seine Worte, die Versicherten sollten künftig selbst „entscheiden, welche Krankenkasse gut ist“.

Dabei regelt gerade das doch schon seit geraumer Zeit „der Markt“. Denn in den vergangenen zwanzig Jahren ging die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen extrem zurück: Gab es davon Anfang 1990 noch 1.147, so waren zur Jahrtausendwende nur noch 420 übrig, und bis zum 1. April 2010 konnten sich gerade einmal 166 gesetzliche Krankenkassen halten.

Seit 1833, als Otto von Bismarck die gesetzliche Krankenversicherung einführte, gilt sie als unumstößliche Errungenschaft des Sozialstaates. Aber anstelle der einstmals mehr als 20.000 (siehe Abbildung) hielt die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt 30 bis 50 Krankenkassen für ausreichend. Ihre wahre Zielvorstellung, so wurde gemunkelt, sei ohnehin die Einheitskasse.

Wäre die Lage nicht so ernst, könnte man sagen, dass das Heiraten und Sterben der Kassen recht munter weitergeht: Im Herbst darf die Zusammenlegung von AOK Plus und AOK Hessen und der AOKen Westfalen Lippe und Schleswig-Holstein erwartet werden. Für das kommende Jahr stehen wohl bereits jetzt die AOKen Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auf der Fusionsliste.

Fusionieren was das Zeug hält

Die Marktkonsolidierung geht zwar durch die gesamte Kassenlandschaft, findet aber vor allem bei mittleren und kleineren Kassen statt – und die versuchen ihre Mitgliederzahl im verzweifelten Überlebenskampf durch Zusammenschlüsse zu steigern. So wird zwischen Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen fusioniert, was das Zeug hält, als sei es das Normalste auf der Welt. Dabei hatte das Bundesversicherungsamt erst Ende 2007 eine Kassenart-übergreifende Fusion erlaubt. Damals eine Sensation, mittlerweile Tagesgeschäft und den Medien inzwischen kaum mehr als eine Kurzmeldung wert.

Ursache der jüngsten Fusionen sind vor allem die gesundheitspolitischen Reformen der großen Koalition: Gerade

Betriebs- und Innungskrankenkassen, die bisher viele junge, gesunde Versicherte hatten, wurden durch den einheitlichen, vom Bundestag festgelegten Beitragssatz ihres Kostenvorteils beraubt. Ein weiteres Problem ist die Mitgliederentwicklung: Die Zahl der kostenlos Mitversicherten wächst seit Einführung des Gesundheitsfonds schneller als die Zahl der zahlenden Kassenmitglieder. Denn aus diesem Fonds erhalten die Krankenversicherungen allmonatlich für jeden Versicherten je nach Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand eine Pauschale zurück. Dadurch erscheint es plötzlich lukrativ, möglichst viele – auch nicht zahlende oder kranke – Versicherte zu haben.

Die Komplexität des deutschen Gesundheitswesens birgt weitere Faktoren, die manche Kassen zu Fusionen zwingen. Verträge mit Arztgruppen, Vereinbarungen über einzelne Leistungen oder Arzneimittelpreise bergen mitunter erhebliche wirtschaftliche Risiken.

Man muss kein Prophet sein, um Antworten auf aktuelle Fragen zu finden: Geht die Verdichtung des Krankenkassenmarktes weiter? Ganz bestimmt! Und sicherlich werden zuerst die kleinen, firmenspezifischen Betriebskrankenkassen aussterben, die bisher in der Regel dafür sorgten, dass in Einzelfällen unbürokratisch geholfen werden konnte. Droht eine Oligopolisierung der Kassenlandschaft? In der Tat muss

damit gerechnet werden, dass die wenigen verbliebenen Krankenkassen wohl künftig ihren Verhandlungspartnern die Bedingungen diktieren. Wird der Wettbewerbsgedanke doch wieder in die solidarische Krankenversicherung eingeführt? Es gibt ihn doch längst! Denn inzwischen steuert nicht mehr der (einheitliche) Beitragssatz die Mitgliederentwicklung, sondern der Zusatzbeitrag. Bonusprogramme tun ein Übriges.

Lebewohl ohne Tränen

Die „Abstimmung mit den Füßen“ der Versicherten wirkt: Die KKH-Allianz verlor nach Erhebung ihrer Zusatzprämie gleich 7,6 Prozent ihres Bestands, das waren fast 150.000 Versicherte. Und der DAK sagten sogar über 300.000 ohne Tränen Lebewohl. Insgesamt sind die vdek-Kassen die Verlierer der Wanderungsbewegungen; als Gewinner sehen sich vor allem die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die in der ersten Jahreshälfte rund 340.000 Mitglieder hinzu gewannen. Leichter denn je entscheiden heute die Kassenmitglieder über „hopp oder topp“.

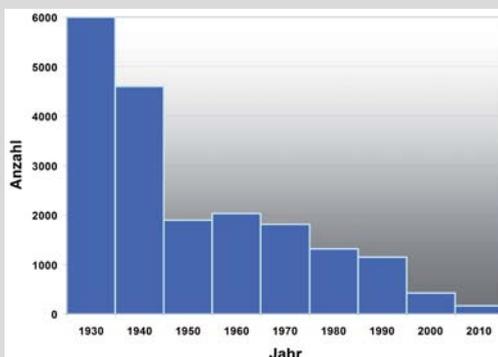
Und wie steuert die Gesundheitspolitik die Gesetzliche Krankenversicherung der Zukunft? Der chronisch klamme Gesundheitsfonds wird sich über Kostendämpfung und Beitragserhöhungen bzw. die Erhebung von Zusatzprämien nicht kurieren lassen. Die Verdichtungsprozesse gehen

unaufhaltsam weiter, und das Gedränge auf der Fusionsautobahn wird zunehmen. Helfen wird nur der längst fällige Druck auf den Reset-Knopf, den man dem neuen Bundesgesundheitsminister anfangs sogar zugetraut hatte.

Aber nach der Wahl ist ja schon wieder vor der Wahl. Es herrscht also einmal mehr das Prinzip Durchwursteln, wie schon bei allen Vorgängerregierungen. Dabei gäbe es grundlegende Reformideen zu Hauf: Die von der Ärzteschaft wiederholt eingeforderte Priorisierung würde endlich Behandlungen von Notwendigkeiten abhängig machen. Eine Kostenbeteiligung der Patienten würde den Versicherten nicht nur vor Augen führen, was ihre Behandlung kostet, sondern sie auch dazu anhalten, sich preisbewusster zu verhalten. Eine breitere Finanzierungsbasis und risikoadjustierte Prämien würden mehr Geld ins System bringen. Diese wenigen Beispiele zeigen, dass Richtungsänderungen möglich und nötig sind. Ob damit die Kassen vor dem Aussterben gerettet werden können, wird sich weisen. 🌸



Dr. med. Oliver Erens
Mitglied der Redaktion



Dramatische Schwundraten – fast wie im Krieg

Kaum zu glauben: Vor 100 Jahren gab es in Deutschland noch über 20.000 verschiedene Krankenkassen, heute sind es nicht einmal mehr 200, also weniger als ein Prozent. Regelrechte Abstürze um mehr als 50% waren in den Jahrzehnten der beiden Weltkriege zu verzeichnen, ansonsten verlief die Talfahrt eher gemächlich. Umso bemerkenswerter, dass die Schwundraten in den beiden letzten Jahrzehnten bei 63 bzw. 72% lagen – mitten im Frieden.

Die Zahl der Versicherten stieg seit 1910 von rund 10 auf 70 Millionen. Waren vor 100 Jahren im Durchschnitt 450 Mitglieder in einer Kasse eingeschrieben, so sind es heute über 300.000. Der AOK-Verband vertritt allein 25 Millionen, die seit 1.1.2010 fusionierte Barmer GEK 8,5 Millionen gesetzlich Versicherte. Deutschlands kleinste Krankenkasse ist nach eigenen Angaben die im württembergischen Metzingen ansässige G&V BKK mit 600 Mitgliedern.