Gesundheitspolitische Apartheid

Das Modell Chile

Nach über zwanzigjähriger Erfahrung liefert das „Modell Chile" grundlegende Erkenntnisse über marktorientierte Gesundheitsreformen. Immerhin sichert Chile die gesamte Bevölkerung gegen Krankheitsfolgen ab, was in den wenigsten Schwellen- und Entwicklungsländern der Fall ist. Dazu tragen aber weder Kassenwettbewerb noch Privatversicherungen bei, sondern allein die öffentliche Hand. Durch die Existenz eines privaten Versicherungsmarkts ist jedoch ein grosser Teil der Einkommen der gesamtgesellschaftlichen solidarischen Umverteilung entzogen. Die privaten Versicherer betreiben Rosinenpickerei.

Vor 25 Jahren reformierte Chile sein bis dahin vorwiegend staatliches Gesundheitssystem. Die Militärdiktatur von General Augusto Pinochet liberalisierte 1981 den Krankenversicherungsmarkt. Seither können die BürgerInnen prinzipiell wählen, ob sie der öffentlichen Kasse FONASA (Nationaler Gesundheitsfonds) oder einer privaten Krankenversicherung beitreten. Jede/r ArbeitnehmerIn ist verpflichtet, sieben Prozent des Einkommens an eine Krankenkasse abzuführen. Den Arbeitgeberanteil schafften die marktradikalen Reformer in dem südamerikanischen Land ab – ein Schritt, den bisher allein die Schweiz nachgemacht hat.

Nach jahrelanger sozialer Sparpolitik befanden sich die öffentlichen Polikliniken und Krankenhäuser Anfang der 80er Jahre in einem erbärmlichen Zustand. Lange Wartezeiten, unfreundliches Personal und allgemeiner Mangel waren die Regel. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung bot die Möglichkeit, eine Privatpraxis oder –klinik aufzusuchen. Diese arbeiteten kundenorientiert, boten schnellere Behandlungen und besseren Service. Das machte den Wechsel in eine Privatkasse für die obere Mittel- und die Oberschicht attraktiv. In den Spitzenzeiten der Branche war ein Drittel der Bevölkerung bei einer *Institución de Salud Previsional* (ISAPRE) versichert. Aber selbst in Boomzeiten und trotz staatlicher Zuschüsse können sich nur die besser Gestellten eine Privatpolice leisten. Heute ist nicht einmal mehr jede/r fünfte ChilenIn privat versichert, Arbeitslosigkeit und sinkende Einkommen machen es Vielen unmöglich, die Beiträge weiterhin aufzubringen.

Private Versicherungen sind teuer

So kann eine Durchschnittsfamilie erst ab einem Monatseinkommen von mindestens 650 bis 700 US-$ eine Privatversicherung bezahlen, sofern sie nicht deutlich mehr als den siebenprozentigen Pflichtbeitrag abführen will. Bei vorgeschriebenem Leistungsumfang bieten die ISAPREs ihre Policen erst ab einem bestimmten Preis an. Als gewinnorientierte Unternehmen sind sie gezwungen, ihre Verträge so zu gestalten, dass die Einnahmen für jede Versichertengruppe möglichst über den zu erwartenden Ausgaben liegen. Die chilenischen ReformerInnen hatten weitgehend auf Eingriffe und Vorschriften verzichtet, um den Kräften des Marktes freien Lauf zu lassen. So müssen die ISAPREs keineswegs jede/n AntragstellerIn aufnehmen, und es gibt kaum Auflagen bei der Vertragsgestaltung.

Zudem dürfen die chilenischen Privatkassen die Beiträge lebenslang anpassen. So liegen die Sätze für Frauen im gebärfähigen Alter um ein Vielfaches über denen gleichaltriger Männer, und vor allem steigen sie kontinuierlich mit dem Lebensalter von Haupt- und Mitversicherten. Erreicht ein Versicherungsnehmer eine Risikogruppenaltersgrenze, steigt automatisch der Preis seiner Police. Dann kann er entweder mehr bezahlen, in einen anderen Vertrag wechseln, dessen Preis auch bei erhöhtem Faktor etwa sieben Prozent seines Einkommens entspricht, oder zu einer anderen Versicherung gehen. Das führt zum einen dazu, dass privat versicherte Chilenen heute bereits durchschnittlich rund neun Prozent ihres Einkommens für den Krankenversicherungsschutz aufbringen. Zum anderen drängt diese Beitragsgestaltung die Menschen mit zunehmendem Alter in das öffentliche System, das jeden unabhängig von der Zahlungsfähigkeit aufnehmen muss. So war selbst in der Blütezeit der Privatassekuranzen gerade einer von vierzig Rentnern in einer ISAPRE versichert.

Como me cuido? (Wie schütz ich mich?) AIDS-Kampagne des chilenischen Gesundheitsministeriums.

Fehlende Transparenz im Privatsektor

Das chilenische System belegt, dass Kassenwettbewerb keineswegs so automatisch zu höherer Transparenz führt, wie seine BefürworterInnen gerne behaupten. Da die ChilenInnen an einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträgen festhielten und die Gehälter eine stetige Größe darstellen, bieten die Privatassekuranzen mehrere tausend Vertragsmodelle an. Nur so können sie vielen BürgerInnen eine Police zum Preis von sieben Prozent ihres Einkommens anbieten, zumal für jedes Familienmitglied ein eigener Beitrag anfällt. Bei einem derart riesigen Angebot

ist weder eine effektive Marktforschung noch eine rationale Kaufentscheidung möglich, zumal die Vertragsbedingungen keiner effektiven Kontrolle unterliegen. Erst eine Woche vor ihrem Abtritt von der politischen Bühne schuf die Pinochet-Regierung eine Versicherungsaufsicht, die seither auf Einhaltung bestehender Regeln pocht und als Schiedsgericht bei Konflikten zwischen Versicherern und Versicherten auftritt. Deren Mitarbeiter klagen allerdings darüber, dass sie bei der Überwachung auf Informationen und Mitarbeit der ISAPREs angewiesen sind.

Die allermeisten BeitragszahlerInnen wissen nur unzureichend über ihren Versicherungsschutz Bescheid. Etliche Klauseln und unternehmensinterne Erstattungssätze lassen für den Laien keine und selbst für Fachleute nur einen unvollständigen Überblick zu. Wesentliche Unterschiede zwischen verschiedenen Verträgen bestehen im Hinblick auf Zuzahlungen im Krankheitsfall. Zwar sind die ISAPREs verpflichtet, in allen Policen rund 2.200 vom Ministerium festgelegte Leistungen abzusichern, nur regelt das Gesetz nicht, in welchem Umfang. Außerdem bestehen erhebliche Unterschiede bei der Kostenübernahme zwischen den jeweiligen Vertragskliniken bzw. -ärztInnen und anderen Leistungserbringern, bei denen leicht siebzig oder achtzig Prozent Eigenanteil fällig werden.

Unfaire Selbstbeteiligung bei privaten Versicherern

Privatversicherungen bieten Einzelverträge, kassieren risikoabhängige Beiträge und arbeiten nach dem Äquivalenzprinzip. Im Unterschied zu den Schweizer „Kopfprämien" oder der individuellen Beitragsbemessung anderer privater Versicherungen basiert der Kassenwettbewerb in Chile indes auf einer einkommensabhängigen, im Prinzip solidarischen Finanzierung. Den Privatassekuranzen bleibt daher nichts anderes übrig, als die Äquivalenz zwischen Beitrag und Risiko der Versicherungsnehmer nicht auf der Einnahmen-, sondern auf der Ausgabenseite zu sichern, und zwar über Direktzahlungen der Versicherten im Krankheitsfall. Diese Zuzahlungen sind bei den Privatkassen weitgehend unvorhersehbar und schwanken zwischen Null und 91 % der Behandlungskosten. Und sie erweisen sich als extrem unfair: Je niedriger das Gehalt und somit das Einkommen eines Versicherten, desto geringer ist der Versicherungsschutz, sprich desto mehr muss er aus eigener Tasche zuzahlen.

Die solidarische öffentliche Kasse steht allen offen

Soziale Krankenversicherungen wie FONASA hingegen arbeiten nach dem Solidarprinzip, wo jeder nach seinen Möglichkeiten einzahlt und nach seinem Bedarf Leistungen in Anspruch nehmen kann. Zwar besteht auch bei der öffentlichen Kasse Zuzahlungspflicht, die allerdings einkommensabhängig gestaffelt ist. Für die Zahlungsfähigen Versicherten belaufen sich die Eigenanteile je nach Gehalt des Hauptversicherten auf zehn bzw. zwanzig Prozent der Behandlungskosten. Alle GeringverdienerInnen und die über drei Millionen mittellosen BürgerInnen sind indes von jeder Zuzahlungspflicht befreit. Deren Versorgung obliegt im chilenischen Kassenwettbewerb im übrigen allein der öffentlichen Versicherung. Diese Besonderheit findet bei BefürworterInnen wie bei KritikerInnen des chilenischen Gesundheitswesens allerdings eher selten Beachtung: Nur wenigen Entwicklungs- und Schwellenländern gelingt es, die gesamte Bevölkerung gegen Krankheitsfolgen abzusichern. Dazu tragen aber weder Kassenwettbewerb noch Privatversicherungen bei, sondern allein die öffentliche Hand.

Mangelhafte Solidarität

Nach über zwanzigjähriger Erfahrung liefert das „Modell Chile" grundlegende Erkenntnisse über marktorientierte Gesundheitsreformen. Bei den BürgerInnen herrscht starke Verunsicherung und Verwirrung im Hinblick auf ihren Versicherungsschutz. Erhöhte Transparenz durch mehr Markt gehört ebenso in den Bereich der Mythen wie Effizienzgewinne durch Wettbewerb. Auch die allseits propagierten Einsparpotenziale durch privatwirtschaftliches Handeln bleiben Wunschdenken, viel mehr als Mengenrabatte bei bestimmten Leistungen oder Ansätze von vertikaler Integration hat die chilenische Versicherungswirtschaft nicht vorzuweisen. Eine spürbare Kostendämpfung ist ebenfalls nicht erfolgt, gerade im privaten Gesundheitswesen ist das Gegenteil zu beobachten.

Vor allem aber belegt das Beispiel Chile eindrücklich, dass Kassenwettbewerb zunächst zu Risikoselektion und Rosinenpickerei führt. Privatversicherer können ihre Klientel durch die Beitragsgestaltung auswählen: Nur besser Verdienende und Jüngere können sich überhaupt eine Privatpolice leisten. Die öffentliche Kasse hingegen unterliegt der Kontrahierungspflicht und versorgt „konkurrenzlos" alle Armen im Land: Gerade ein Drittel der öffentlich Versicherten verdiente in der Blütezeit der ISAPREs mehr als 200 und ein Zehntel mehr als 400 € im Monat. Steigendes Lebensalter drängt die Menschen ebenso aus den Privatkassen in die öffentliche Versicherung wie Zahlungsprobleme aufgrund von Erwerbslosigkeit oder anderweitigen Einkommenseinbußen. Die Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen scheiterte im Juni 2004 am Widerstand der konservativen Opposition. Die massive Schieflage des wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems in Chile ist damit bis auf Weiteres zementiert.

Dennoch setzt die nachholende Entwicklung der öffentlichen Sozialversicherung die Privatbranche zunehmend unter Druck. Zugleich lasten auf ihr zunehmend die Folgen einer kurzfristigen Profitorientierung ohne Beachtung von Fragen der Nachhaltigkeit. In Zeiten wirtschaftlicher Rezession sinkt die Zahl der Versicherten, Fusionen und feindliche Übernahmen haben die Zahl der offenen Privatkassen von anfangs über 30 auf 10 verringert. Für Altersrückstellungen bestehen weder Vorgaben noch Anreize, und Prävention rechnet sich für Privatkassen ebenfalls nicht. Wettbewerb unter den Finanzierungsbedingungen des Solidarprinzips zwingt Privatversicherungen zu erheblichen Beschränkungen der Kostenübernahme, was die soziale Ungerechtigkeit des Systems massiv verstärkt. Vor allem aber bietet die Privatisierung der Krankenversicherung keinen relevanten Beitrag zur Absicherung der Bevölkerungsmehrheit. Vielmehr entzieht sie einen großen Einkommensanteil der gesamtgesellschaftlichen solidarischen Umverteilung.

Jens Holst

Jens Holst (Berlin) ist Arzt und Gesundheitswissenschaftler und arbeitet seit vielen Jahren als freier Publizist. Außerdem ist er selbstständiger Gutachter im Bereich Gesundheitsfinanzierung und Krankenversicherung in Entwicklungsländern und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter des Wissenschaftszentrums Berlin. Kontakt: jensholst@aol.com

Bitte beachten Sie den Buchhinweis auf S. 12

Literatur zu diesem Beitrag finden
Sie im Internet unter: www.sozialemedizin.ch