



Positionen

Gut ist nur der Name: Die „Bürgerversicherung“

Anspruch und Wirklichkeit
einer politischen Idee

Stand: November 2011



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-33

www.pkv.de · info@pkv.de

Gut ist nur der Name: Die „Bürgerversicherung“

Anspruch und Wirklichkeit einer politischen Idee

Inhalt

1. Die Bürgerversicherung ist eine Einheitsversicherung. Sie schafft Wettbewerb und Wahlfreiheiten ab.	3
2. Die Bürgerversicherung weitet die Umlagefinanzierung aus. Sie verschärft damit das Demografieproblem.	3
3. Die Bürgerversicherung stellt das Gegenteil von Nachhaltigkeit dar. Sie verletzt das Prinzip der Generationengerechtigkeit.	5
4. Die Bürgerversicherung erhöht die Krankenversicherungsbeiträge. Sie belastet die Mittelschicht und die Rentner.	6
5. Die Bürgerversicherung setzt auf Steuerfinanzierung. Der Staat gewinnt an Einfluss.	8
6. Die Bürgerversicherung belastet die Arbeitgeber. Sie gefährdet Arbeitsplätze.	9
7. Die Bürgerversicherung führt zu keiner nachhaltigen Beitragsatzsenkung. Der Beitragsanstieg setzt sich fort.	11
8. Der Bürgerversicherung folgen Mieterhöhungen.	13
9. In der Bürgerversicherung ist auf die Finanzierungsgrundlage kein Verlass.	13
10. Die Bürgerversicherung wird dem eigenen Anspruch der Solidarität nicht gerecht.	14
11. Die Bürgerversicherung führt zur Zwei-Klassen-Medizin.	17
12. Die Bürgerversicherung belastet die öffentlichen Haushalte. Oder die Gemeinschaft der Versicherten.	19
13. Die Bürgerversicherung führt zu „Vorteils-Hopping“. Ein Finanzausgleich kann dieses Problem nicht heilen.	22
14. Die Bürgerversicherung erzeugt Bürokratie. Es entsteht ein hoher Verwaltungs- und Kontrollaufwand.	23
15. Die Bürgerversicherung gefährdet den medizinischen Fortschritt.	25
16. Die Bürgerversicherung trägt nichts zur Qualität in der Gesundheitsversorgung bei.	25
17. Die Bürgerversicherung ist verfassungswidrig.	26
Fazit	27
Literaturverzeichnis	28

Gut ist nur der Name: Die „Bürgerversicherung“

Unter der Überschrift „Bürgerversicherung“ streben SPD, Grüne, Linke und Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) eine Neuordnung des deutschen Gesundheitswesens an. Zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens sollen der in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversicherte Personenkreis ausgeweitet und – direkt oder indirekt – zusätzliche Einkommensarten in die Beitragspflicht einbezogen werden. Die Befürworter der Bürgerversicherung verfolgen dabei, trotz erheblicher Unterschiede im Detail, ein gemeinsames Ziel: die Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in ihrer heutigen Form.

Ein Überblick:

- ▶ In die Bürgerversicherung sollen alle beihilfeberechtigten Beamten und Pensionäre, Selbständige und Angestellte einbezogen werden.
- ▶ Nach den Vorstellungen der Grünen, Linken und des DGB sind Krankenversicherungsbeiträge nicht nur auf Löhne und Gehälter, sondern auch auf Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung zu zahlen.
- ▶ Die SPD fordert den Einbezug weiterer Einkommensarten auf indirektem Weg. Statt zusätzliche Beiträge auf Zinseinkünfte zu erheben, soll eine dynamisierte und damit stärkere Steuerfinanzierung das Modell der Bürgerversicherung prägen.
- ▶ In der Bürgerversicherung sollen Arbeitnehmer und Arbeitgeber belastet werden. Das geschieht über eine erheblich erhöhte oder vollständig abgeschaffte Beitragsbemessungsgrenze.
- ▶ Verknüpft wird die Bürgerversicherung auch mit Leistungs- und Qualitätsfragen. Mit Hilfe der Bürgerversicherung ließen sich – so die Behauptung – die so genannte Zwei-Klassen-Medizin beseitigen, alle medizinisch notwendigen Leistungen bereitstellen und die Qualität der medizinischen Versorgung steigern.

Alle Modelle der Bürgerversicherung nehmen für sich in Anspruch, mehr Solidarität, Qualität, Nachhaltigkeit und Wettbewerb in der Krankenversicherung zu schaffen. Gleichzeitig wird in Aussicht gestellt, dass die Beitragssätze sinken. So soll den Schwächen der umlagefinanzierten GKV begegnet werden. Tatsächlich löst die Bürgerversicherung aber keines der Probleme im Gesundheitswesen. Im Gegenteil, der Problemdruck würde steigen und gewohnte Standards und Qualitäten der Gesundheitsversorgung wären bedroht. Dazu im Einzelnen:

1. Die Bürgerversicherung ist eine Einheitsversicherung. Sie schafft Wettbewerb und Wahlfreiheiten ab.

Der Begriff „Bürgerversicherung“ deutet auf bürgerliche Freiheiten, Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit hin. Das klingt zunächst einmal gut, entspricht aber nicht der Realität. Denn unter dem schönen Namen „Bürgerversicherung“ geht es um das Gegenteil: Mit der ausnahmslosen Zwangsmitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger in der GKV, der Überführung der PKV in das Regelwerk der GKV und dem standardisierten Leistungskatalog für alle entsteht eine Einheitsversicherung, die Wettbewerb und Vielfalt abschafft und vollends dem staatlichen Einfluss unterliegt.

In einer bürgerlichen, freiheitlichen und pluralen Gesellschaft müssen Wettbewerb und Vielfalt aber Vorrang gegenüber Einheitslösungen haben. Wer eine Gesellschaft einer einheitlichen Norm unterwerfen und eine funktionierende privatwirtschaftliche Krankenversicherung als Alternative zum quasi-staatlichen Versicherungsschutz abschaffen will, der ist begründungspflichtig, weil er Bürgerfreiheiten und freiwillige private Lösungen beschneiden oder aufgeben will.

Die Existenz der Privaten Krankenversicherung ist Ausdruck von bürgerlicher Wahlfreiheit und Wettbewerb. In Deutschland haben sich 8,9 Millionen Versicherte aktiv und eigenverantwortlich für einen Schutz in der PKV entschieden. Sie haben das auch deshalb getan, weil sich im Wettbewerb zwischen den Versicherungssystemen in der PKV eine ausgesprochen große Tarifvielfalt entwickelt hat. Diese Vielfalt ermöglicht – anders als der standardisierte Leistungskatalog in einer gesetzlichen Bürgerversicherung – den Abschluss eines individuellen, maßgeschneiderten Versicherungsschutzes. Die Dualität aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht deshalb für Wahlfreiheit sowie Vielfalt dank Beitrags-, Service- und Leistungswettbewerb.

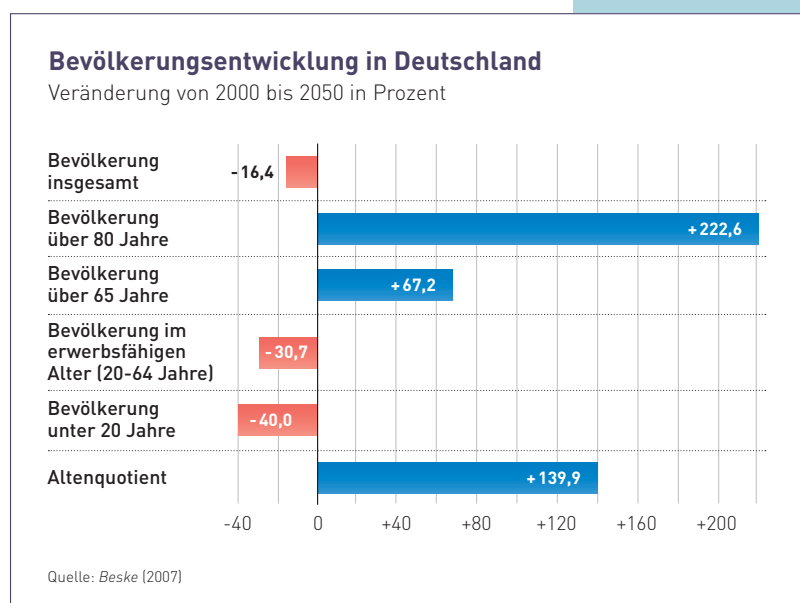
Der Begriff „Bürgerversicherung“ deutet auf bürgerliche Freiheit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung hin. Das Gegenteil ist der Fall.

2. Die Bürgerversicherung weitet die Umlagefinanzierung aus. Sie verschärft damit das Demografieproblem.

Die Befürworter der Bürgerversicherung betrachten die Umlagefinanzierung als Stärke [u.a. Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 12]. Es ist ihnen deshalb ein Anliegen, in der Krankenversicherung das Prinzip der Umlage für heute etwa 90 Prozent der Versicherten auf 100 Prozent auszuweiten und jede Alternative zu verhindern. Das verschärft aber – zu Lasten der zukünftigen Generationen – das schon heute existierende Demografieproblem.

In der Umlagefinanzierung werden die Beiträge der jüngeren Versicherten sofort für die höheren Krankheitskosten der Älteren ausgegeben. Diese Umlage funktioniert nur, solange sich der Altersaufbau der Bevölkerung relativ ausgewogen entwickelt. Doch infolge des demografischen Wandels entsteht ein Problem:

Im Jahr 2000 lag der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung bei



rund 16,5 Prozent. Auf die Personengruppe der über 65jährigen entfielen gleichzeitig knapp 50 Prozent der Leistungsausgaben der umlagefinanzierten GKV. Bis 2050 wird sich der Anteil der über 65jährigen mehr als verdoppeln [Beske (2007), S. 22]. Die Kosten werden dementsprechend steigen. Das Umlageverfahren kann diese Ausgabendynamik alleine nicht mehr schultern. Es erreicht die Grenzen seiner Belastbarkeit. Wenn Gesundheit auch noch in 10, 20 und 40 Jahren bezahlbar bleiben soll, führt kein Weg an mehr Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben vorbei. Das geht nur mit mehr Kapitaldeckung im Versicherungssystem.

Die Bürgerversicherung will gegen jegliche Vernunft um die bevorstehende Überalterung der deutschen Bevölkerung den entgegengesetzten Weg gehen: Durch die Abschaffung der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das demografiefanfällige Umlageverfahren umgestellt werden. Die Bürgerversicherung würde damit noch schneller vor noch größeren Ausgaben- und Kostenproblemen stehen.

Angesichts des demografischen Wandels liegt das Ausgaben- und Kostenproblem in der GKV auf der Hand. Trotzdem betonen die Befürworter der Bürgerversicherung gerne, dass die GKV kein Ausgabenproblem habe, sondern nur unter einer Erosion der Finanzierungsbasis leide [u.a. Bingle/Bosbach (2007)]. Das sei insbesondere darauf zurückzuführen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten langsamer wüchsen als das Bruttoinlandsprodukt. Diese These hält einer differenzierten Betrachtung nicht Stand.

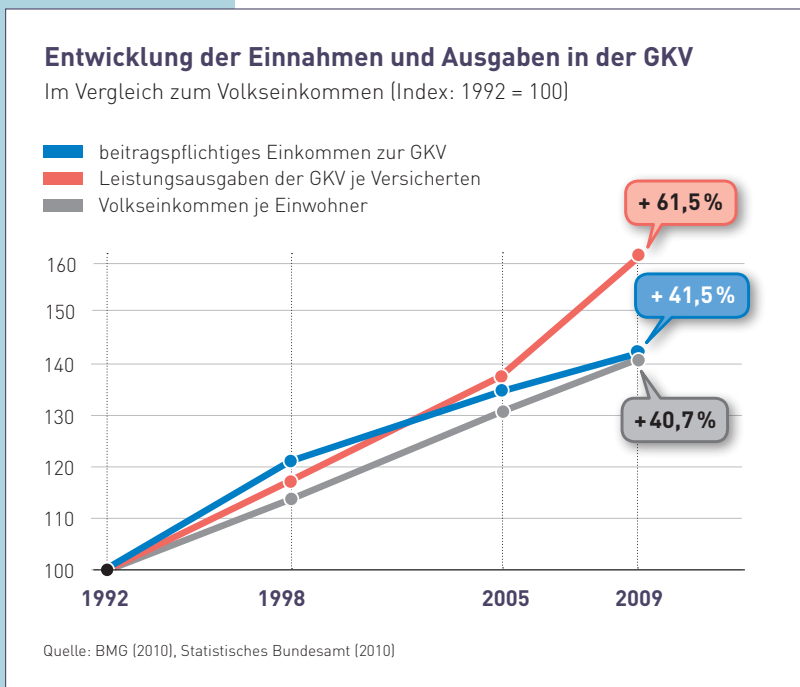
Um die Einnahmen- und Ausgabensituation der Gesetzlichen Krankenversicherung zu analysieren, sollten das beitragspflichtige Einkommen auf der einen Seite und die GKV-Leistungsausgaben auf der anderen Seite nicht mit dem Bruttoinlandsprodukt, sondern

mit dem Volkseinkommen verglichen werden. Anders als das Volkseinkommen umfasst das Bruttoinlandsprodukt unter anderem auch Abschreibungen, die der Einkommensverteilung definitiv nicht zur Verfügung stehen.

Das Volkseinkommen macht deutlich, wie stark die tatsächliche volkswirtschaftliche Leistungsfähigkeit im Inland je Einwohner in den zurückliegenden Jahren gestiegen ist. Das Ergebnis: Das Volkseinkommen je Einwohner und das beitragspflichtige Einkommen je Versicherten sind von 1992 bis 2009 nahezu parallel um 40,7 Prozent beziehungsweise 41,5 Prozent gestiegen. Das bedeutet, dass die Beitragseinnahmen der GKV sich sehr wohl im Gleichklang mit dem Gesamteinkommen der Bürger entwickelt haben. Demgegenüber haben sich die Leistungsausgaben, ebenfalls

bezogen auf alle anspruchsberechtigten Versicherten, im gleichen Zeitraum mit über 61 Prozent deutlich dynamischer entwickelt. Der Vergleich zeigt: Die GKV leidet unter einem überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben. Von einer Erosion der Finanzierungsgrundlage kann hingegen keine Rede sein.

Wenn Gesundheit auch noch in 10, 20 und 40 Jahren bezahlbar bleiben soll, führt kein Weg an mehr Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben vorbei.



3. Die Bürgerversicherung stellt das Gegenteil von Nachhaltigkeit dar. Sie verletzt das Prinzip der Generationengerechtigkeit.

Die Verfechter der Bürgerversicherung nehmen für sich in Anspruch, das Krankenversicherungssystem gerecht und nachhaltig weiterzuentwickeln [u.a. SPD (2011a), S. 1]. Das klingt gut, aber es verletzt ausgerechnet die Balance zwischen den Generationen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung wurde als umlagefinanzierter Generationenvertrag entworfen. Die aktiven Erwerbstätigen finanzieren aus ihren Löhnen und Gehältern die laufenden Gesundheitsausgaben der Älteren mit. Generationengerecht wäre dieser Generationenvertrag, wenn zukünftige Generationen – bei gleicher Abgablast – dieselben Leistungen von der Versichertengemeinschaft erwarten könnten, wie die heute lebenden Generationen sie erhalten.

Der Generationenvertrag war lange ein Erfolgsmodell. Er ist inzwischen aber aus der Balance geraten. Wenn die Umlagefinanzierung auf den demografischen Wandel stößt, sind stark steigende Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung unausweichlich. Führende Wissenschaftler und Institutionen der Gesundheitsökonomie gehen inzwischen von Beitragssätzen zwischen 25 und 30 Prozent im Jahr 2050 aus (vgl. Grafik).

Steigende Beitragssätze gehen mit einer verdeckten Verschuldung zu Lasten der nachwachsenden Generationen einher. Diese Art der Verschuldung entsteht, weil heute Erwerbstätige mit ihren steigenden Beiträgen Ansprüche gegenüber der GKV erwerben, die in den kommenden Jahrzehnten von einer schrumpfenden Zahl von Arbeitnehmern finanziert werden müssen, während sich gleichzeitig die Zahl der Älteren erhöht.

Diese verdeckte Verschuldung der GKV lässt sich beziffern. Sie ist im Jahr 2008 bereits auf 102,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts angewachsen. Umgerechnet sind das 2.551 Milliarden Euro. Diese Belastung müssen die nachfolgenden Generationen zusätzlich tragen. Von Generationengerechtigkeit kann dabei genauso wenig die Rede sein wie von Nachhaltigkeit.

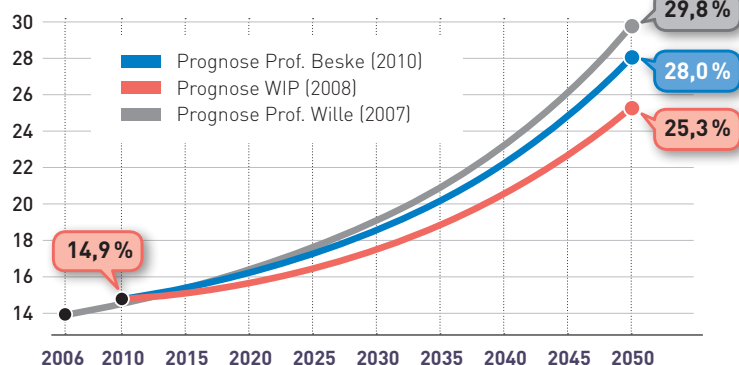
Eine generationengerechte Alternative ist die Vorsorge mit Alterungsrückstellungen in der PKV für die absehbaren Gesundheitsausgaben der Zukunft. Diese Alterungsrückstellungen haben im Jahr 2010 eine Höhe von rund 155 Milliarden Euro erreicht. Sie stellen sicher, dass jede Versichertengeneration für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst Vorsorge trifft. Kapitaldeckung bedeutet somit immer auch Generationengerechtigkeit.

Der Generationenvertrag war lange ein Erfolgsmodell. Er ist inzwischen aus der Balance geraten. Wenn die Umlagefinanzierung auf den demografischen Wandel stößt, sind stark steigende Beitragssätze unausweichlich.

Der Beitragssatz zur GKV bis 2050

in Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen

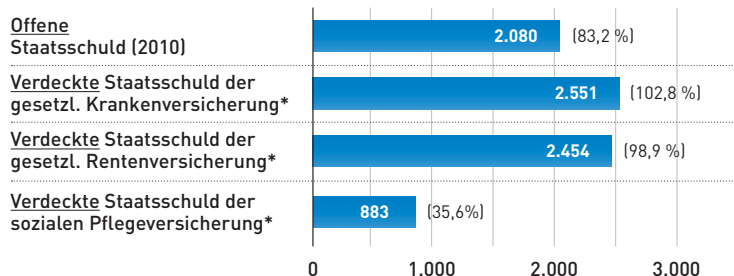
GKV-Beitragssatz in %



Quelle: Beske (2007); Beske (2010); Wille (2007) in Beske (2010); WIP (2008)

Offene und verdeckte Verschuldung in Deutschland

Schulden in Mrd. Euro (in Prozent des BIP)



*] jeweils 2008

Quelle: Raffelhüschen (2011); Deutsche Bundesbank (2011)

Die Bürgerversicherung will die kapitalgedeckte Private Krankenversicherung abschaffen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems soll in Gänze auf das nicht generationengerechte Umlageverfahren umgestellt werden. Das Prinzip der Nachhaltigkeit geht dabei vollständig verloren. Es ist an der Zeit, dass die Nachhaltigkeit auch in der Gesundheits- und Sozialpolitik eine maßgebliche Rolle spielt.

4. Die Bürgerversicherung erhöht die Krankenversicherungsbeiträge. Sie belastet die Mittelschicht und die Rentner.

Programmatisch unterscheiden sich die Vorschläge der SPD, der Grünen, der Linken und des DGB erheblich. Die SPD will einem im April 2011 gefassten Präsidiumsbeschluss zufolge in einer Bürgerversicherung auf den Einbezug von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung verzichten. Die Einkünfte aus Kapitalvermögen werden über die Erhöhung der Abgeltungssteuer nur indirekt berücksichtigt [SPD (2011a), S. 2]. Gleichzeitig bleibt die Beitragsbemessungsgrenze auf Seiten der Arbeitnehmer erhalten. Für den Arbeitgeberanteil wird sie abgeschafft. Das Modell der Grünen dagegen sieht unter anderem eine allgemeine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vor, das Modell der Linken deren vollständige Abschaffung. Zusätzlich sollen sowohl bei den Grünen als auch bei den Linken alle weiteren Einkommensarten einbezogen werden. Das wird zu Beitragssprüngen führen.

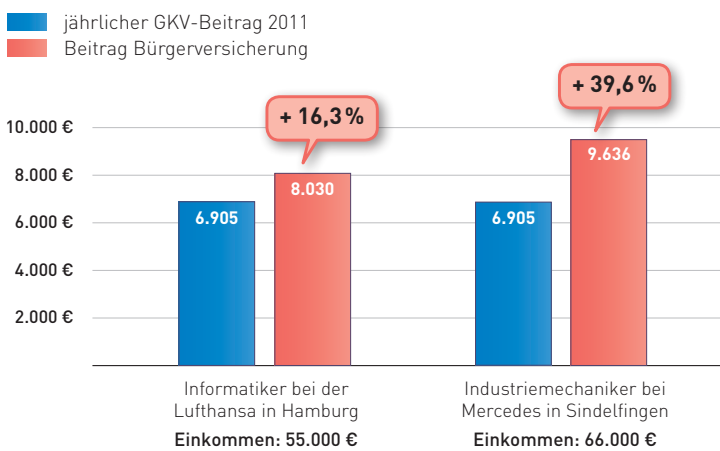
(a) Belastung der Mittelschicht und der Geringverdiener

Um höhere Einkommen in die Krankenversicherung einzubeziehen, schlagen die Grünen und der DGB den Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze von 44.550 Euro im Jahr 2011 auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 66.000 Euro vor [Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 13].

Der Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung entspräche einem Anstieg um mehr als 48 Prozent. Dem Modell der Grünen folgend

stände demgegenüber eine Beitragsatzsenkung von nur 0,5 Prozentpunkten [Rothgang (2010), S. 139, Nr. 3]. In der Bürgerversicherung entstünden so erhebliche Beitrags- und Belastungssprünge für einen Großteil der Versicherten in Deutschland, die oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 44.550 Euro verdienen. Das betrifft vor allem die Mittelschicht. Unter dem Strich würde für Millionen von Angestellten und Selbständigen die Krankenversicherung drastisch teurer. Zahlreiche Einkommensbeispiele können das belegen (vgl. Grafik).

Beitragsanstieg für Facharbeiter und Angestellte



Annahmen: Beitragssatz 2011: 15,5 Prozent; Bürgerversicherung: Bei Bestandsschutz für die heute Privatversicherten erlaubt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 44.550 auf 66.000 Euro eine Beitragssatzsenkung um 0,5 Prozentpunkte und der Einbezug weiterer Einkommensarten eine Beitragssatzsenkung um 0,4 Prozentpunkte, d.h. einen Beitragssatz von insgesamt 14,6 Prozent. [vgl. Rothgang (2010), S. 142, Nr. 243]

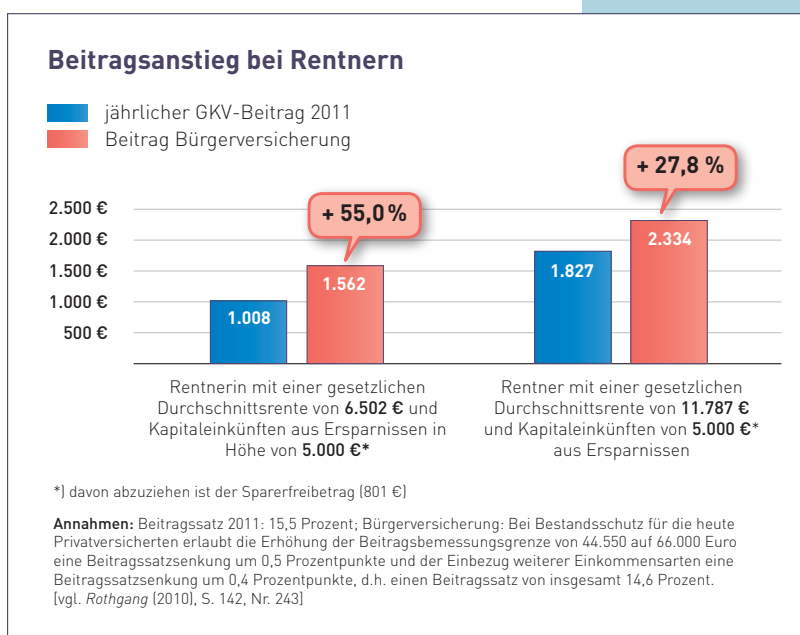
Vom Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze in der Bürgerversicherung wären insbesondere die heute freiwillig gesetzlich Versicherten der Mittelschicht betroffen. Vom Einbezug weiterer Einkommensarten sind darüber hinaus auch diejenigen berührt, die heute mit relativ niedrigen Löhnen unter der Beitragsbemessungsgrenze liegen, gleichzeitig aber über Einkünfte aus Kapitalanlagen verfügen.

Das wären zum Beispiel Geringverdiener mit einer Erbschaft. Die Personengruppe wäre überproportional von der Bürgerversicherung betroffen, wenn von nun an zusätzlich auch Kapitaleinkünfte aus einer Erbschaft der Beitragspflicht unterlägen. Trotz der – unter anderem im grünen Modell – vorgesehenen Einführung eines Sparerfreibetrages (801 Euro) würden schon Kapitaleinkünfte ab rund 2.000 Euro jährlich zu einem Beitragsanstieg führen. Bei Kapitaleinkünften darüber hinaus wären erhebliche Beitrags-sprünge nicht nur möglich, sondern die Regel.

(b) Belastung der Rentner

Als weitere Personengruppe wären im besonderen Maße auch die Rentner vom direkten (Grüne, Linke, DGB) oder indirekten Einbezug (SPD: Erhöhung der Abgeltungssteuer) weiterer Einkommensarten betroffen. Von den im Jahr 2010 gültigen Durchschnittsrenten der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 11.787 Euro (Männer) beziehungsweise 6.502 Euro (Frauen) [Rentenversicherungsbericht (2010), S. 18] kann man in der Regel nicht auskömmlich leben.

Die private Vorsorge, die viele Rentner in Form von Ersparnissen auch im Rahmen von Kapitallebensversicherungen oder Wertpapieren getroffen haben, ist häufig eine zwingend notwendige Ergänzung der gesetzlichen Rente. Genau diese ergänzende, private Vorsorge wird von jedem Bürgerversicherungsszenario unter Einbezug weiterer Einkommensarten bestraft. Es entstehen Belastungs- und Beitrags-sprünge, die bei Durchschnittsrentnern mit zusätzlichen Einkünften aus Ersparnissen beispielsweise in Höhe von 5.000 Euro bei 55,0 Prozent (Rentnerin) beziehungsweise 27,8 Prozent (Rentner) liegen. In der Regel werden die Betroffenen nicht in der Lage sein, derart bedeutende Beitragssteigerungen zu tragen (vgl. Grafik).



5. Die Bürgerversicherung setzt auf Steuerfinanzierung. Der Staat gewinnt an Einfluss.

Nach den Plänen der SPD soll das neue Modell der Bürgerversicherung in großen Teilen steuerfinanziert sein. Die SPD hält dabei nicht nur am heutigen Niveau des Staats-

zuschusses zur GKV fest, sondern führt, analog zum Verfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung, dynamisierte und damit stetig steigende staatliche Zuschüsse ein.¹ Finanziert würde diese Dynamisierung durch eine Erhöhung der Abgeltungssteuer auf Kapitaleinkünfte [SPD (2011b), S. 24] von 25 auf voraussichtlich 30 Prozent.

Diese Entwicklung würde auf direktem Weg die Rolle des Steuerstaates im Gesundheitswesen stärken. In der Vergangenheit hat sich das deutsche Gesundheitswesen infolge seiner Beitragsfinanzierung im internationalen Vergleich immer durch eine relative Staatsferne ausgezeichnet. Im Jahr 2011 hat der steuer- und schuldenfinanzierte Bundeszuschuss zur GKV nahezu eine Rekordhöhe erreicht. Mit 15,3 Milliarden Euro trugen die Steuerzahler mehr als

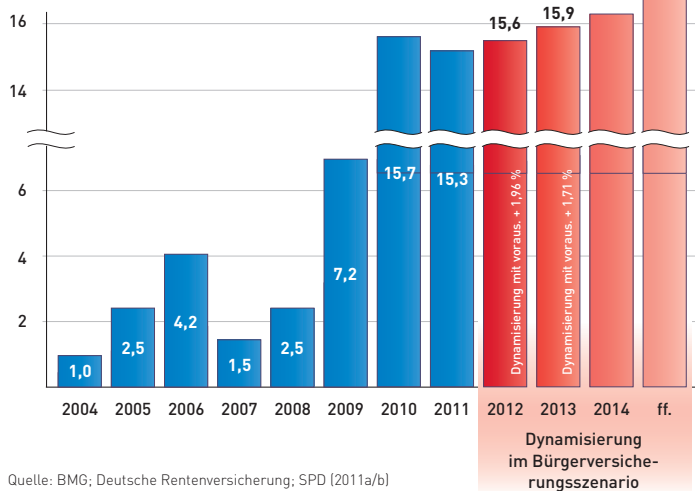
zehnmal so viel zur Finanzierung der GKV bei wie im Jahr 2007 (1,5 Milliarden Euro). Im Ergebnis musste damit umgerechnet jeder der 25,9 Millionen Lohn- und Einkommensteuerpflichtigen in Deutschland 590,70 Euro im Jahr zur Steuerfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Ohne Steuerzuschuss läge der Beitragsatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung heute bei über 17 Prozent.

Wenn in der Bürgerversicherung diese Steuerfinanzierung zusätzlich dynamisiert wird (im ersten Jahr um 300 Millionen Euro), nimmt der Einfluss des Staates weiter zu. Der Staat wird – schon um seine Haushaltslasten zu begrenzen – seinen Einfluss auf das Gesundheitswesen stärker nutzen wollen. Alle Erfahrungen zeigen: Wer zahlt, der bestimmt. Damit droht eine Gesundheitsversorgung nach Kassenlage. Letztlich würde in einer (steuerfinanzierten) Bürgerversicherung das Gesundheitswesen als Selbstverwaltungsmodell perspektivisch aufgegeben. Ein in großen Teilen steuerfinanziertes Gesundheitssystem stünde dabei in einem immerwährenden Zielkonflikt: Steigende Gesundheitskosten müssten zwangsläufig auch mit steigenden Haushaltsmitteln finanziert werden, aber gleichzeitig muss der Staat Verschuldungsgrenzen einhalten.

Dazu gehört auch die im Grundgesetz verankerte Schuldenbremse. Sie schreibt dem Bund ab dem Jahr 2016 und den Ländern ab dem Jahr 2020 vom Grundsatz her ausgeglichene Haushalte vor. Diese klare Grenze wird dazu führen, dass der Staat auf Dauer eine steuer- und schuldenfinanzierte Beteiligung an der Bürgerversicherung kaum aufrecht erhalten oder gar ausweiten kann. Der Vorschlag der SPD zur Dynamisierung des Steuerzuschusses würde schnell an die Grenzen der Schuldenbremse stoßen. Am Ende stünde wieder der Beitragszahler in der Pflicht.

Dynamisierung der schulden- und steuerfinanzierten
Bundeszuschüsse zur Krankenversicherung
in der GKV und in der Bürgerversicherung (SPD-Vorschlag)

Zuschüsse in Milliarden Euro



Alle Erfahrungen zeigen: Wer zahlt, der bestimmt. In der Bürgerversicherung droht deshalb eine Gesundheitsversorgung nach Steuer- oder Kassenlage.

¹ Die Fortschreibungsregel zur Dynamisierung der Bundeszuschüsse orientiert sich in der Rentenversicherung u.a. an der Veränderungsrate der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (2 Jahre zeitverzögert).

6. Die Bürgerversicherung belastet die Arbeitgeber. Sie gefährdet Arbeitsplätze.

Von der Beitragsbelastung der Arbeitgeber hängt eine sehr große Zahl von Arbeitsplätzen ab. Um die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu fördern, ist gerade erst im Rahmen der letzten Gesundheitsreform der Arbeitgeberbeitrag in der Krankenversicherung in Höhe von 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben worden. Ziel dieser Neuregelung ist es, die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten zu entkoppeln. Eine weitere Belastung des Faktors Arbeit mit steigenden Sozialversicherungsbeiträgen wurde damit vermieden.

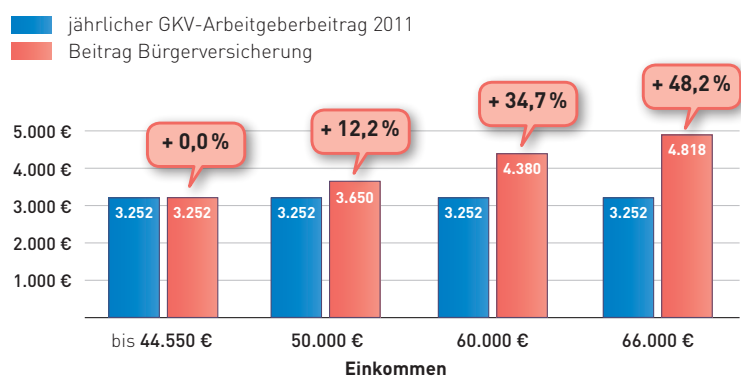
Die Bürgerversicherung will die neu geschaffene Entkopplung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten rückgängig machen. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen sollen wieder je zur Hälfte den Arbeitnehmern und Arbeitgebern auferlegt werden [u.a. Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 13]. Dabei wird in der Regel von der Rückkehr zur Beitragssatzparität – oder wie im Fall der SPD – von der Einführung der nominalen Parität gesprochen [SPD (2011b), S. 24]. Alle vorher so häufig kritisierten negativen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte kehren zurück. Die Lohnkosten werden in der Bürgerversicherung voll mit der Dynamik der Beitrags(satz)entwicklung belastet. Eine neue Abhängigkeit der Arbeits- und Gesundheitskosten entsteht.

(a) Das Modell der Grünen: Rückkehr zur Beitragssatzparität

Die so genannte Rückkehr zur Beitragssatzparität bedeutet für die Arbeitgeber, dass sie durch die Bürgerversicherung – im Vergleich zur heutigen Situation – stärker belastet werden würden. Geht darüber hinaus mit der Bürgerversicherung – wie bei den Grünen oder vom DGB geplant – eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (66.000 Euro) einher, bedeutet dies eine zusätzliche Erhöhung der Lohnzusatzkosten. Dies belastet vor allem Arbeitgeber mit hochqualifizierten Arbeitsplätzen. Hochlohnintensive Wachstumsbranchen werden davon besonders betroffen sein.

Für die Unternehmen wirkt die Bürgerversicherung wie eine Sonderabgabe auf hochqualifizierte Arbeitnehmertätigkeit. Diese Zusatzlast für die Unternehmen liegt schon bei einem einzigen Arbeitsplatz mit einem Gehalt an der neuen Beitragsbemessungsgrenze bei fast 1.600 Euro. Das entspricht einer Steigerung der Lohnzusatzkosten um mehr als 48 Prozent.

Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der Grünen



Annahmen: Arbeitgeberbeitrag 2011: 7,3 Prozent; Bürgerversicherung: Bei Bestandsschutz für die heute Privatversicherten erlaubt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 44.550 auf 66.000 Euro eine Beitragsatzsenkung um 0,5 Prozentpunkte und der Einbezug weiterer Einkommensarten eine Beitragsatzsenkung um 0,4 Prozentpunkte, d.h. einen Beitragssatz von insgesamt 14,6 Prozent beziehungsweise einen Arbeitgeberbeitrag von 7,3 Prozent. [vgl. Rothgang (2010), S. 142, Nr. 243]

(b) Das Modell der Linken: Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Partei die Linke will nicht nur zu den paritätischen Beitragssätzen zurückkehren, sondern zusätzlich die Beitragsbemessungsgrenze komplett abschaffen [Die Linke (2011), S. 4]. Bei einer vollständigen Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze fehlt es trotz eines sehr optimistischen Beitragssatzszenarios mit einem Arbeitgeberbeitrag

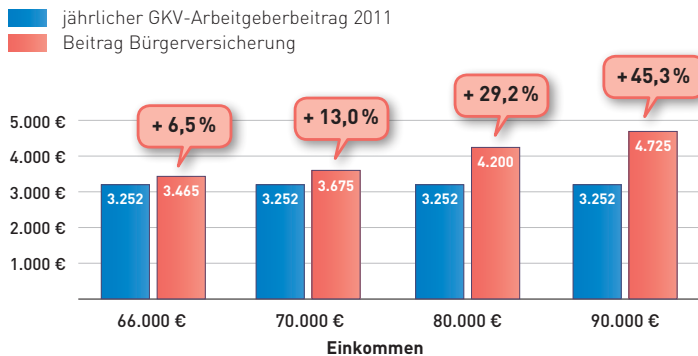
von nur 5,25 Prozent² an einem Deckel für die Arbeitgeberbelastungen. Der Anstieg der Mehrbelastungen ist für höhere Einkommen unbegrenzt. Auch hier werden deshalb hochlohnintensive Wachstumsbranchen besonders betroffen sein. Ohne Zweifel kann von einer Sonderabgabe auf hochqualifizierte Arbeitsplätze gesprochen werden (vgl. Grafik).

(c) Das Modell der SPD: Einführung einer ‚nominalen Parität‘

In der Bürgerversicherung der SPD müssen sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer gleich viel Geld in das Krankenversicherungssystem einzahlen (nominale Parität). Sichertgestellt wird das unter anderem durch eine einseitige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf Seiten der Arbeitgeber. Dabei würde der Beitragssatz für die Arbeitgeber von heute 7,3 Prozent auf 7,1 Prozent sinken. Die Beitragsbemessungsgrenze auf Seiten der Arbeitnehmer bliebe dagegen unangetastet. Sie soll nach wie vor bei 44.550 Euro liegen. Gleichzeitig würde der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,6 Prozent sinken [Handelsblatt (2011)].

Ein Vergleich zum Status Quo zeigt, dass sich bei Arbeitsplätzen mit einem Jahreseinkommen von 60.000 Euro die Arbeitgeberbelastung um etwa ein Drittel erhöht und bei einem Gehalt von 92.000 Euro sogar mehr als verdoppelt. Damit wirkt auch das Bürgerversicherungsmodell der SPD wie eine Sonderabgabe auf hochwertige Arbeitsplätze. Nicht anders ist die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitgeber zu interpretieren. Im Vergleich zur Variante der Grünen wäre diese Sonderbelastung sogar unbegrenzt und einseitig auf die Arbeitgeber beschränkt. Ausgerechnet qualifizierte und innovative Arbeitsplätze sowie vor allem kleine und mittelständische Betriebe würden durch diese neue „Gesundheitssteuer“ belastet. Schließlich müssen auch die Kosten des Arbeitgeberanteils immer vom jeweiligen Arbeitnehmer erwirtschaftet werden. Perspektivisch würde der Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze wie eine Bremse auf künftige Gehaltserhöhungen wirken.

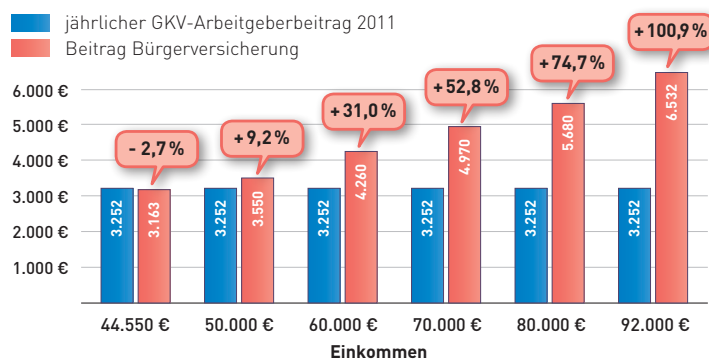
Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der Linken



Annahmen: 2011: Arbeitgeberbeitrag: 7,3 Prozent, Beitragsbemessungsgrenze: 44.550 Euro; Bürgerversicherung: Arbeitgeberbeitrag liegt bei 5,25 Prozent, die Beitragsbemessungsgrenze wird abgeschafft. [vgl. Modellvorschlag der Linken (2011), S. 4]

durch eine einseitige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf Seiten der Arbeitgeber. Dabei würde der Beitragssatz für die Arbeitgeber von heute 7,3 Prozent auf 7,1 Prozent sinken. Die Beitragsbemessungsgrenze auf Seiten der Arbeitnehmer bliebe dagegen unangetastet. Sie soll nach wie vor bei 44.550 Euro liegen. Gleichzeitig würde der Beitragssatz der Arbeitnehmer von heute 8,2 Prozent auf 7,6 Prozent sinken

Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der SPD



Annahmen: 2011: Arbeitgeberbeitrag: 7,3 %, Beitragsbemessungsgrenze: 44.550 Euro; Bürgerversicherung: Arbeitgeberbeitrag liegt bei 7,1 %, die Beitragsbemessungsgrenze wird arbeitgeberseitig abgeschafft. [vgl. Modellvorschlag der SPD]

² Die mögliche Beitragssatzsenkung ist im Modell der Linken sehr optimistisch. Während die Grünen von einem möglichen Arbeitgeberbeitrag von 7,3 Prozent ausgehen, glauben die Linken unter anderem durch den sofortigen Einbezug aller Privatversicherten einen Arbeitgeberbeitrag von 5,25 Prozent realisieren zu können.

7. Die Bürgerversicherung führt zu keiner nachhaltigen Beitragssatzsenkung. Der Beitragsanstieg setzt sich fort.

Die Anhänger der Bürgerversicherung beanspruchen für sich, den Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig senken zu können [u.a. Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 12]. Das klingt gut, ist aber weder kurzfristig noch im häufig versprochenen Umfang realisierbar. Das belegen gerade auch jene Studien, die teilweise von den jeweiligen Parteien selbst in Auftrag gegeben wurden:

(a) Das Modell der Grünen

Als Ausgangspunkt sei das Modell der grünen Bürgerversicherung betrachtet [Rothgang (2010)]. Diesem Modell ist zu entnehmen, dass die Einbeziehung der Privatversicherten in eine Bürgerversicherung nach dem Vorbild der heutigen GKV – unter sonst identischen Rahmenbedingungen³ – eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes um 1,1 Prozentpunkte einbringen würde [Rothgang (2010), S. 143, Nr. 361]. Dabei wird das unrealistische Szenario unterstellt, dass in der Bürgerversicherung eine Senkung aller Arzthonorare auf das Niveau der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung gelingt.

Die Honorierung auf GKV-Niveau führt – so wird es im Modell der grünen Bürgerversicherung vorgerechnet – zu Mindereinnahmen bei den Ärzten in Höhe von 3,6 Milliarden Euro. Das entspricht 0,35 Prozentpunkten des Beitragssatzes [Rothgang (2010), S. 20]. Alle Erfahrungen zeigen, dass die Politik derart drastische Einbußen der Ärzte nicht durchsetzen kann, sondern dass entsprechende Ausgleichsregelungen zu erwarten sind. Dann wäre die prognostizierte Senkung des Beitragssatzes um 0,35 Prozentpunkte hinfällig. Somit läge der Beitragseffekt durch eine Abschaffung der PKV nicht bei 1,1 Prozentpunkten, sondern lediglich bei 0,75 Prozentpunkten.

Für diesen auf den ersten Blick positiven Beitragssatzeffekt in Höhe von 0,75 Prozentpunkten sind insbesondere auch Leistungseinschränkungen bei den heute Privatversicherten verantwortlich. Denn wenn Rothgang für die Schätzung der Beitragssätze explizit davon ausgeht, dass die heute Privatversicherten in einer Bürgerversicherung (nur) einen Anspruch auf das Leistungsniveau der heutigen GKV haben, dann wird das tatsächliche Leistungsniveau vieler heute Privatversicherten systematisch ignoriert.

Mit dem Bürgerentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber das Leistungsniveau der GKV im Verhältnis zur PKV mindestens mit 80 Prozent bemessen [vgl. Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)]. Dementsprechend müssten im grünen Modell der Bürgerversicherung die Leistungsausgaben der heute Privatversicherten – gemessen an den heutigen Leistungsansprüchen – nicht mit 15 Mrd. € [Rothgang (2010), S. 17], sondern im Extremfall mit 18,75 Mrd. € angesetzt werden (25 Prozent von 15 Milliarden Euro). Würden, so sei hier einmal exemplarisch angenommen, rund drei Viertel aller Privatversicherten über einen derartigen höherwertigen Versicherungsschutz verfügen, entspreche die Differenz von 3,75 Mrd. rund 0,28 Beitragssatzpunkten. Eine theoretisch mögliche Beitragssatzsenkung, die nicht durch das Szenario der Bürgerversicherung entsteht, sondern das Ergebnis eines Entschlusses darstellt,



Beide Tatbestände – Bürgerversicherung auf der einen, Rationierung auf der anderen Seite – gilt es sauber zu trennen. Sie haben sachlich nichts miteinander zu tun.

³ Als identische Rahmenbedingungen werden angenommen: Einbezug der Privatversicherten ohne Bestandschutz, ohne Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und ohne Einbezug weiterer Einkommensarten.

parallel zur Einführung der Bürgerversicherung die Leistungen für die heute Privatversicherten systematisch einzuschränken. Letztendlich geht es dabei um Rationierungen, die *Rothgang* zu Gunsten der Bürgerversicherung instrumentalisiert. Beide Tatbestände – Bürgerversicherung auf der einen, Rationierung auf der anderen Seite – gilt es sauber zu trennen. Sie haben sachlich nichts miteinander zu tun. Heißt: Der Beitragseffekt einer Bürgerversicherung ohne Rationierungen für die heute Privatversicherten läge nicht bei 0,75 Prozentpunkten, sondern lediglich bei 0,47 Prozentpunkten.

Doch auch diese Beitragssatzsenkung von 0,47 Prozentpunkten steht noch unter dem schwerwiegenden Vorbehalt, dass der Versichertenstatus der heute Privatversicherten keinen Bestands- und Vertrauensschutz genießt. Genau dieser Bestandsschutz ist aber verfassungsrechtlich gegeben. Er wird in der Regel auch von den Befürwortern der Bürgerversicherung ausdrücklich anerkannt. Der Bestandsschutz hat wiederum Folgen für die Beitragsentwicklung: Frühestens nach jahrzehntelangen Übergangsphasen ist damit zu rechnen, dass eine Einbeziehung der Privatversicherten überhaupt zu minimalen Beitragssatzsenkungen führen würde. Darauf haben auch bürgerversicherungsfreundliche Studien, unter anderem im Auftrag der DGB-nahen Hans-Böckler-Stiftung, hingewiesen [Hans-Böckler-Stiftung (2004)]. Diese zeigen, dass bei einem Bestandsschutz und einem „Hineinwachsen“ der Berufseinsteiger und der Neugeborenen in eine Bürgerversicherung zunächst keinerlei Veränderungen des Beitragssatzes zu erwarten sind. Erst nach 10 Jahren sei ein minimaler Effekt von 0,2 Beitragssatzpunkten denkbar. Dazu ein Größenvergleich:

Der Beitragssatz in der GKV ist allein im Jahr 2011 um 0,6 Prozentpunkte (= 6 Milliarden Euro) angestiegen. Der Effekt von 0,2 Beitragssatzpunkten, aber auch der fiktive Erlös aus einer sofortigen Auflösung der PKV ohne Bestandsschutz (= 0,75 Prozentpunkte), wäre in der Entwicklung des stetig steigenden Beitragssatzes in der Bürgerversicherung lediglich als kleine, vorübergehende Delle wahrzunehmen. Dafür wäre aber ein funktionierendes kapitalgedecktes System mit 8,9 Millionen Versicherten unwiederbringlich zerstört.

(b) Das Modell der SPD

Im Modell der SPD wird der sofortige Einbezug aller Privatversicherten ausdrücklich nicht angenommen. Der Bestands- und Vertrauensschutz wird respektiert. Trotzdem wird in Aussicht gestellt, dass der Beitragssatz in der Bürgerversicherung nur noch 14,7 Prozent betragen soll. Das entspräche einer Beitragssatzsenkung in Höhe von 0,8 Prozentpunkten [Handelsblatt (2011)].

Für das Modell der SPD fehlt eine detaillierte Rechengrundlage. Allerdings stellt man schnell fest, dass die Beitragssatzsenkung von 0,8 Prozentpunkten (= 8 Milliarden Euro) vor allem von den Arbeitgebern finanziert werden soll. Insbesondere durch den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitgeber werden diese mit 5 Milliarden Euro (= 0,5 Beitragssatzpunkte) belastet. Zusätzlich wird der schon jetzt bestehende Steuerzuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 15,3 Milliarden Euro jährlich dynamisiert (im ersten Jahr um 300 Millionen Euro = 0,03 Beitragssatzpunkte).

Damit kann man beim Modell der SPD zu folgendem Fazit kommen: Die Bürgerversicherung führt zu keiner strukturellen Ersparnis. Finanziert werden die Beitragssatzsenkungen durch verteilungspolitisch motivierte Mehrbelastungen der Arbeitgeber. Vorausichtlich wird es aber den Arbeitgebern gelingen, diese Mehrbelastungen abzuwenden. Die von der SPD versprochene Beitragssatzsenkung wäre dann nicht mehr existent. An der grundsätzlichen Richtung des Beitragssatzes ändert sich infolgedessen nichts. Die sukzessive Einführung der Bürgerversicherung würde lediglich als kleine, nur kurzfristig wirkende Delle in der sich fortsetzenden Linie des stetig steigenden Beitragssatzes wahrzunehmen sein. Gleichzeitig würde auch in dieser Variante der Bürgerversicherung ein funktionierendes kapitalgedecktes Krankenversicherungssystem abgeschafft.

„Bei der Einbeziehung der privat Krankenversicherten sind deren verfassungsrechtlich geschützten Ansprüche zu beachten.“

Bündnis 90/Die Grünen,
Beschluss der Bundesdelegiertenkonferenz 2010

„Vertrauensschutz für bislang Privatversicherte ist uns wichtig.“

SPD-Präsidiumsbeschluss
2011

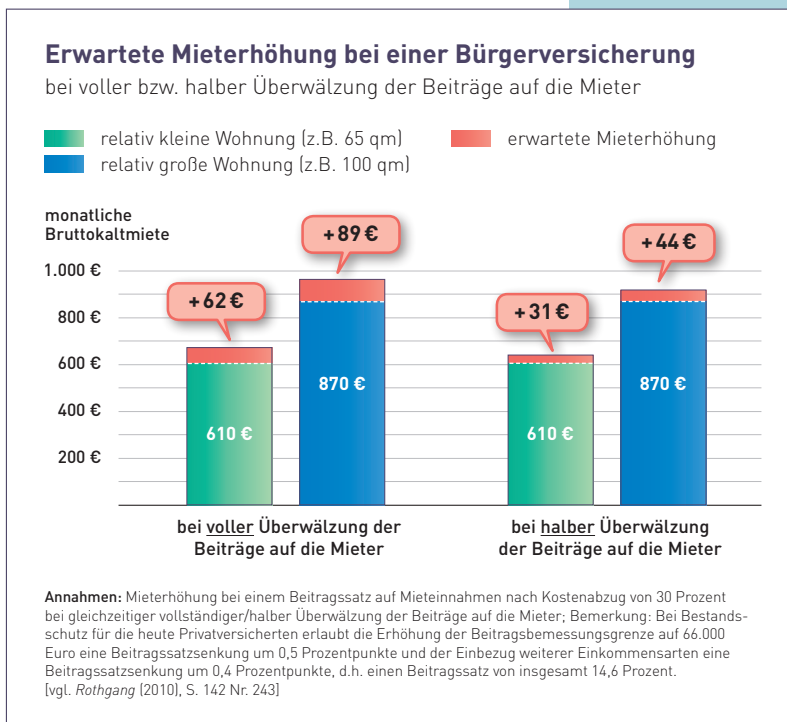
8. Der Bürgerversicherung folgen Mieterhöhungen.

Um die Solidarität in der Krankenversicherung zu stärken, wollen die Grünen und die Linke auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung in die Beitragspflicht der Bürgerversicherung einbeziehen. Doch das wird Auswirkungen auf die Höhe der Mieten haben. Voraussichtlich werden die zusätzlichen Versicherungsbeiträge von den Vermietern partiell oder ganz auf die Mieter umgelegt. Mieter werden damit zusätzlich belastet.

Bei Einbezug der Mieteinnahmen in eine Bürgerversicherung ist davon auszugehen, dass den Vermietern bestenfalls ein Kostenabzug gestattet wird. Das ist auch in der Einkommenssteuer so. Zum Kostenabzug gehören unter anderem zuordnungsfähige Finanzierungskosten, Abschreibungen, Grundsteuern oder Instandhaltungskosten.

Die Höhe des möglichen Kostenabzugs schwankt individuell. Im folgenden Beispiel sei von 30 Prozent der ursprünglichen Mieteinnahmen auszugehen. Muss ein Vermieter auf seine um den Kostenabzug reduzierte Mieteinnahme zukünftig Krankenversicherungsbeiträge zahlen und ist er gleichzeitig in der Lage, die ökonomische Beitragslast auf die Mieter voll zu überwälzen, dann müsste zum Beispiel eine zur Miete wohnende Familie mit Kindern für eine relativ große Wohnung

(Bruttokaltmiete: 870 Euro) eine zusätzliche Monatsmiete von 89 Euro aufbringen. Auf das Jahr betrachtet wäre das eine Zusatzbelastung von 1.068 Euro. Diese nicht unerhebliche Mieterhöhung wäre insbesondere für Mieter mit geringem Einkommen eine spürbare Belastung. Bei einer halben Überwälzung der neuen Beiträge fallen die Mieterhöhungen entsprechend moderater aus. Die hier betrachtete Familie mit Kindern müsste pro Jahr 528 Euro zusätzlich für Mietzahlungen aufbringen.

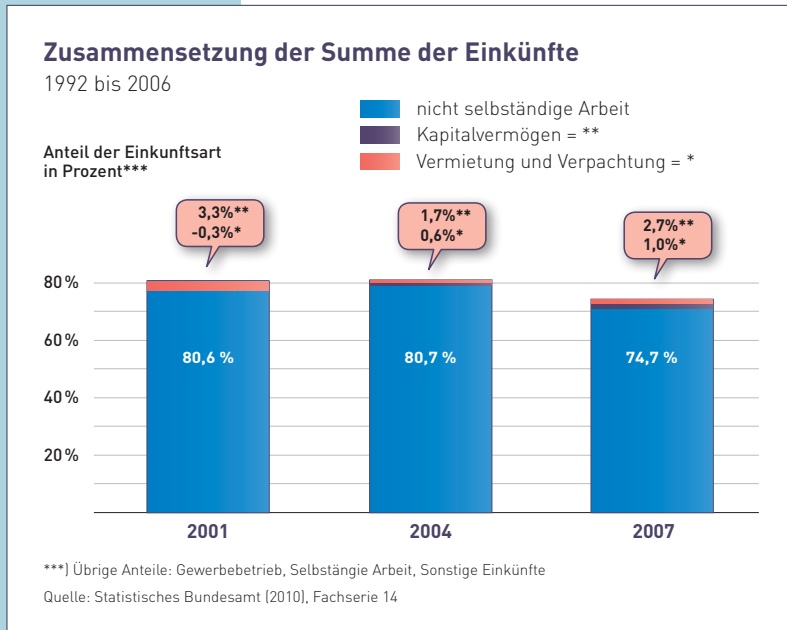


9. In der Bürgerversicherung ist auf die Finanzierungsgrundlage kein Verlass.

Viele Befürworter der Bürgerversicherung versprechen sich von der Einbeziehung weiterer Einkommensarten eine breitere, weniger konjunkturabhängige und damit verlässlichere Finanzierungsgrundlage der Krankenversicherung. Das Ziel klingt gut, es würde mit einer Bürgerversicherung allerdings nicht erreicht.

Die Lohn- und Einkommenssteuerstatistik des Statistischen Bundesamtes⁴ zeigt: Gerade einmal 1,0 Prozent der Einkünfte in Deutschland stammen aus Vermietung und Verpachtung. Auf Kapitalvermögen gehen nur 2,7 Prozent der Einkünfte zurück. Von der Gesamtbedeutung her würden diese zusätzlichen Einkommensarten in einer Bürgerversicherung dementsprechend fast keine Rolle spielen.

⁴ Daten sind nur bis einschließlich 2007 erhältlich [Statistisches Bundesamt (2010), Fachserie 14, Reihe 7.1.1, S. 6].



Gerade auf die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ist kein Verlass. Zum Beispiel waren zwischen 1992 und 2001 diese Einkünfte durchgehend negativ. Aus dieser Perspektive erscheint es deshalb nur folgerichtig, dass der SPD-Vorschlag zur Bürgerversicherung vollständig auf die Berücksichtigung von Miet- und Pachtein-künften verzichtet. Und selbst das bürger-versicherungsfreundliche Gutachten im Auftrag der Grünen spricht von womöglich negativen Beitragserträgen bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung [Roth-gang (2010), S. 10].

Verlässlichkeit gibt es auch bei den Ein-künften aus Kapitalvermögen nicht, denn diese Erträge sind sehr volatil. Das zeigt sowohl die Einkommensstatistik des Statistischen Bundesamtes als auch die

Entwicklung der 2009 eingeführten Abgeltungssteuer:

- Innerhalb eines Jahres ist das Steueraufkommen der Abgeltungssteuer um fast 30 Prozent eingebrochen. Für 2011 wird ein darüber hinausgehendes Absinken erwartet. Im Jahr 2011 wird das Aufkommen 35 Prozent unter dem Niveau von 2009 liegen [u.a. FAZ (2011)].
- Nach der Einkommensstatistik des Statistischen Bundesamtes sind die Einkünfte aus Kapitalvermögen zwischen 2001 und 2007 je Einwohner von 390 Euro auf rund 350 Euro gefallen [Statistisches Bundesamt (2010), Fachserie 14].

Schon deshalb, aber auch weil diese Einkünfte insgesamt nur 2,7 Prozent der Gesamteinkünfte in Deutschland ausmachen, sind Erwartungen, die Finanzierung der Krankenversicherung ließe sich über die Verbeitragung von Einkünften aus Kapitalvermögen verbessern oder sogar lösen, fern jeglicher Realität.

10. Die Bürgerversicherung wird dem eigenen Anspruch der Solidarität nicht gerecht.

Die Kernthemen der Bürgerversicherung sind Solidarität und Gerechtigkeit. Sie sollen wahlweise „gestärkt“, „ausgebaut“ oder „weiterentwickelt“ werden. So oder ähnlich kann man es in jedem programmatischen Beschluss zur Bürgerversicherung nachlesen [u.a. SPD (2011b), S. 21].

Das klingt gut, sollte aber Anlass genug sein, einmal grundsätzlich über die verschiedenen Ebenen von Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen nachzudenken:

- Solidarität zwischen Gesunden und Kranken
- Gerechtigkeit und Solidarität zwischen den Generationen
- Ökonomische Gerechtigkeit zwischen Einkommensstarken und -schwachen
- Solidarität mit den Familien

Erwartungen, die Finanzierung der Krankenversicherung ließe sich über die Verbeitragung von Einkünften aus Kapitalvermögen lösen, sind fern jeglicher Realität.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesen jeder Krankenversicherung, sie wird in der Privaten Krankenversicherung ebenso geleistet wie in der heutigen GKV oder auch in einer Bürgerversicherung.

Die Gerechtigkeit zwischen den Generationen hingegen ist das Alleinstellungsmerkmal der Privaten Krankenversicherung. In der PKV stellt der Aufbau von Alterungsrückstellungen in Höhe von inzwischen 155 Milliarden Euro sicher, dass jede Versichertengeneration selbst Vorsorge für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten trifft. Kapitaldeckung bedeutet damit immer auch Generationengerechtigkeit. Die Bürgerversicherung würde genau diese Solidarität zwischen den Generationen abschaffen. Mit Auflösung der PKV soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das nicht generationengerechte Umlageverfahren umgestellt werden. Unsere Kinder und Enkelkinder hätten die entsprechenden Mehrlasten zu tragen.

Als Alleinstellungsmerkmal der Bürgerversicherung wird häufig die vermeintliche ökonomische Gerechtigkeit zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen einerseits und die Solidarität mit den Familien andererseits (Familienlastenausgleich) genannt. Diese Solidarität wäre – so der Vorwurf – in der Privaten Krankenversicherung nicht gegeben. Sie ließe sich nur in einer Bürgerversicherung verwirklichen. Eben diesem Anspruch wird das Modell der Bürgerversicherung aber aus mehreren Gründen nicht gerecht. Ein Überblick:

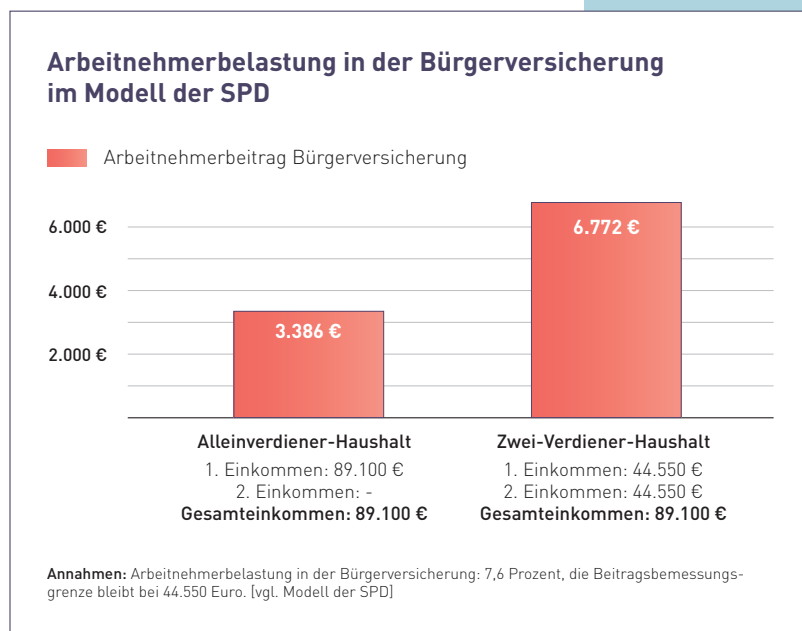
(a) Existenz der Beitragsbemessungsgrenze

Im Prinzip halten – bis auf die Linken – alle Parteien zumindest auf der Arbeitnehmerseite an der Existenz der Beitragsbemessungsgrenze fest. Das hat allerdings verteilungspolitische Folgen. Die ökonomische Gerechtigkeit ist nicht gewährleistet.

Weil die Beitragsbemessungsgrenze eine Umverteilung nur bis zu einer Einkommensgrenze zulässt, bleiben besonders leistungsfähige Versicherte mit einem Großteil ihres Einkommens verschont. Gleichzeitig ist durch die Beitragsbemessungsgrenze der Tatbestand gegeben, dass Ehepaare und Familien mit gleichem Haushaltseinkommen eben nicht gleich, sondern ungleich behandelt werden. Im Extremfall führt die Beitragsbemessungsgrenze dazu, dass – bei gleichem Gesamteinkommen – die Beitragsbelastung für einen Zwei-Verdiener-Haushalt doppelt so hoch ausfällt wie für einen Allein-Verdiener-Haushalt. Gerechtigkeit geht anders!

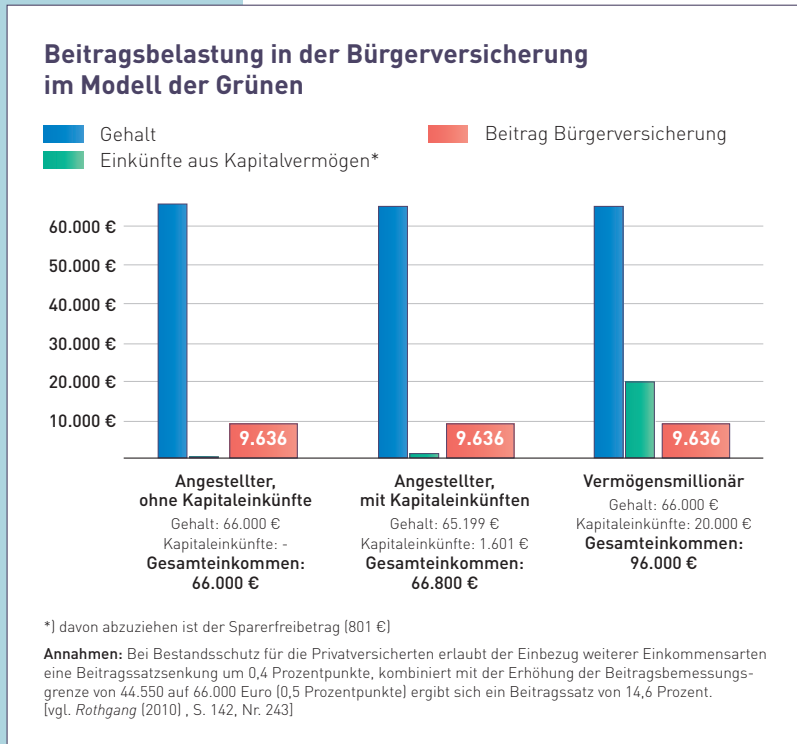
Gerecht wäre eine Beitragsbelastung allein nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Haushalte. Im Fall der Einkommenssteuer wird dabei in den meisten industriell entwickelten Ländern eine progressive Ausgestaltung der Belastung als „gerecht“ empfunden. Die Progression gewährleistet, dass höhere Einkommen nicht nur absolut, sondern auch prozentual höher besteuert werden. Genau das kann die Beitragserhebung in der Bürgerversicherung nach der Funktionalität der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung nicht gewährleisten. Die Höhe des Beitrags ist bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportional ansteigend, ab dem Überschreiten der Grenze

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesen jeder Krankenversicherung. Die Gerechtigkeit zwischen den Generationen hingegen ist das Alleinstellungsmerkmal der PKV.



verhält sich die Belastungswirkung mit wachsendem Einkommen sogar regressiv. Das heißt, mit zunehmender Leistungsfähigkeit sinkt die prozentuale Belastung.

(b) Einbeziehung weiterer Einkommensarten



Unter anderem die Grünen wollen zur Finanzierung der Bürgerversicherung – neben Lohn und Gehalt – weitere Einkommensarten wie zum Beispiel Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung einbeziehen [u.a. Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 13]. Dadurch entsteht insbesondere im Zusammenspiel mit dem geplanten Sparerfreibetrag sowie der Beitragsbemessungsgrenze eine verteilungspolitische Schieflage.

Denn eine direkte Einbeziehung weiterer Einkommensarten führt keineswegs dazu, dass sich Vermögensmillionäre überproportional an der Finanzierung beteiligen würden. Sie liegen mit ihren Vermögenseinkünften nämlich überwiegend über der (erhöhten) Beitragsbemessungsgrenze. Gleichzeitig werden Einkünfte aus Kapitalvermögen im Rahmen des Sparerfreibetrags (801 Euro) verschont. So können völlig verschiedene Einkommen mit

einem identischen Krankenversicherungsbeitrag belastet werden. Das widerspricht der Beitragsgerechtigkeit, denn ungleiche Einkommen würden in der Bürgerversicherung nicht ungleich, sondern gleich behandelt.

Die Linke will den Einbezug weiterer Einkommensarten mit der Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze kombinieren. So entstünde eine neue Gesundheitssteuer „auf alles“, die dem Wesen einer Einheitssteuer mit einem einstufigen Einkommenssteuertarif entspräche. Bei den Linken soll diese auch als „flat tax“ zu interpretierende Einheitssteuer bei 10,5 Prozent liegen. Eingangs- und Spitzensteuersatz sind identisch. Das wird im Allgemeinen als besonders ungerecht empfunden.

In Deutschland wurde der Einheitssteuer oder „flat tax“ im Bundestagswahlkampf 2005 erhöhte Aufmerksamkeit zuteil. Sie wurde nicht nur, aber insbesondere von den Linken, als höchst ungerecht kritisiert. Umso verwunderlicher ist es nun, dass die Linke gleichzeitig für das Modell der Bürgerversicherung eine Einheitsbelastung favorisiert. Absurd, aber wahr: Die Finanzierung des Krankenversicherungssystems würde zur „flat tax“. Die Linke ist auf den Spuren von Paul Kirchhof. Eine prozentuale Einheitslast, die im Steuersystem als höchst ungerecht empfunden wird, soll im zum Steuersystem mutierten Krankenversicherungssystem besonders gerecht, sozial und solidarisch sein.

(c) Familienlastenausgleich

Bestandteil der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung ist die beitragsfreie Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern. Diese so genannte Familienversicherung soll die Solidarität der Alleinstehenden mit den finanziellen Belastungen der Familien gewährleisten. Bei den Befürwortern der Bürgerversicherung

Absurd, aber wahr: Das Krankenversicherungssystem der Linken wäre eine „flat tax“. Die Linken auf den Spuren von Paul Kirchhof.

gibt es unterschiedliche Standpunkte zu der Frage, ob die beitragsfreie Familienversicherung so oder ähnlich weiterhin Bestand hätte [SPD (2011b), S. 23].

Bleibt es in der Bürgerversicherung bei der Familienversicherung, kann der Familienlastenausgleich in der Bürgerversicherung seinem Anspruch nicht gerecht werden. Der Familienlastenausgleich macht es möglich, dass Doppel-Verdiener-Haushalte mit relativ niedrigem Gesamteinkommen mit ihren Versicherungsbeiträgen die Beitragsfreiheit von Ehepartnern (ohne erziehende oder pflegende Tätigkeit) aus Haushalten mit einem hohen Einkommen subventionieren. Und das obwohl – wie im Beispiel – das Gesamteinkommen des Allein-Verdiener-Haushaltes doppelt so hoch wie das Gesamteinkommen des Zwei-Verdiener-Haushaltes ist.

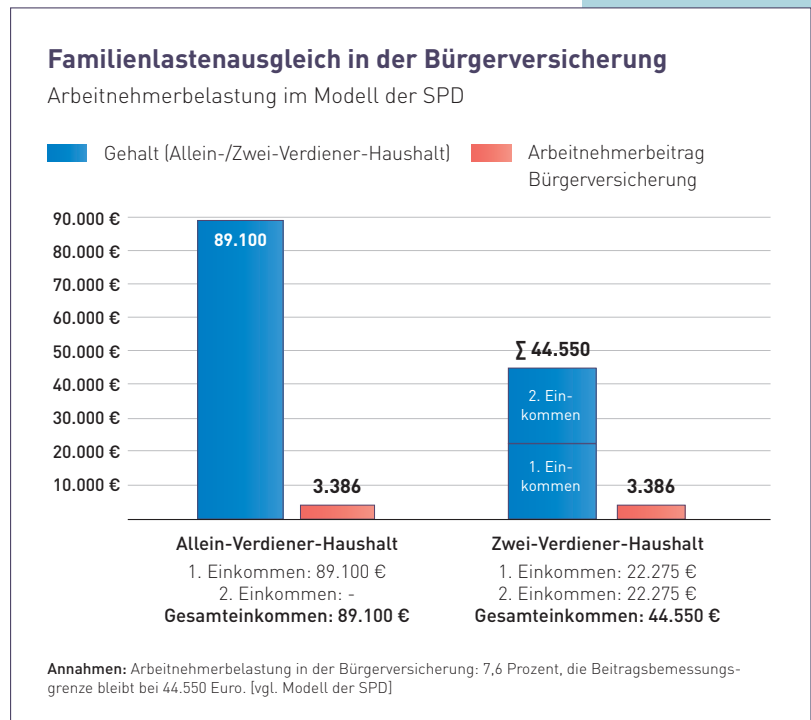
Überdies ergibt ein Vergleich zwischen den durchschnittlich gezahlten Beiträgen und dem Wert der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen im heutigen System der GKV, dass trotz der beitragsfreien Mitversicherung die Familien in der Regel Nettozahler sind. Erst bei 4 Kindern wird die Durchschnittsfamilie zum Nettoempfänger [WIP (2009), S. 18]. Dasselbe würde in der Bürgerversicherung gelten. Hinzu kommt, dass die beitragsfreie Familienversicherung systematisch längere Ausbildungszeiten beziehungsweise die Aufnahme eines Studiums subventioniert. Auf diese Art und Weise werden bildungsferne Familien benachteiligt [WIP (2009), S. 46].

Inzwischen haben viele erkannt, dass der Familienlastenausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung einen sozialrechtlichen Anachronismus darstellt. Auch deshalb setzen einzelne Varianten der Bürgerversicherung nur auf eine beitragsfreie Kinderversicherung beziehungsweise auf eine zeitlich begrenzte Familienversicherung. Dieser Ansatz der Neudefinition der beitragsfreien Familienversicherung ist dabei prinzipiell zu begrüßen. Schließlich ist diese nicht als „Ehehilfe“ gedacht. Allerdings darf die Beseitigung dieser verteilungs- und familienpolitischen Schiefelage nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie problemlos auch außerhalb einer Bürgerversicherung zu lösen ist. Die Familienversicherung lässt sich auch im jetzigen Krankenversicherungssystem neu regeln.

11. Die Bürgerversicherung führt zur Zwei-Klassen-Medizin.

Ziel der Bürgerversicherung ist die Abschaffung der so genannten Zwei-Klassen-Medizin. Durch die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung mit einer einheitlichen Vergütungsordnung sei gewährleistet, dass in Zukunft nicht mehr der Versichertenstatus oder die Einkommensverhältnisse über Leistungsniveau oder -umfang entscheiden. So oder ähnlich kann man es in jedem Konzept zur Bürgerversicherung nachlesen.

Die Zwei-Klassen-Medizin – wie sie von den politischen Befürwortern der Bürgerversicherung verstanden wird – prangert die Unterschiede einer Gesundheitsversorgung je nach Einkommens- und Versicherungsstatus an. Das Einebnen dieser Unterschiede



klings auf den ersten Blick grundsätzlich attraktiv. Ein zweiter Blick zeigt allerdings, dass die „Unterschiedslosigkeit“ und „Einheitlichkeit“ der gesundheitlichen Versorgung eine Illusion bleibt. Die Menschen werden auch in der Bürgerversicherung je nach ihren Prioritäten und ihren (finanziellen) Möglichkeiten nach einem besseren Schutz als dem Grundschutz suchen. Das wird allein schon durch Zusatzversicherungen möglich sein, die inzwischen systemfremd selbst die GKV anbieten darf.

Die systemfremde Existenz von Zusatzversicherungen in der GKV holt das ans Licht, was die „Vordenker“ der Bürgerversicherung gerne verschleiern. Differenzierungen in der Versorgung oberhalb eines gesetzlich vorgeschriebenen Grundversorgungsniveaus sind durchaus gewollt. Sie sind auch Ausdruck von Wettbewerb, unterschiedlichen Präferenzen und Wahlfreiheit der Bürger. Letztlich ließe sich deshalb die in einer Bürgerversicherung versprochene Unterschiedslosigkeit nur dann vollständig durchsetzen, wenn allen Bürgern die Beschaffung privat finanzierter Gesundheitsleistungen (innerhalb oder außerhalb einer Zusatzversicherung) verboten und dieses Verbot auch kontrolliert und durchgesetzt würde.

Dieses Bedingungsgefüge ist selbst in streng zentralistisch organisierten Staaten nicht erfüllbar. Also gilt: Eine freie Gesellschaft wählt je nach individuellen Präferenzen und finanziellen Ressourcen unterschiedlich hohe medizinische Versorgungsstandards im Krankheitsfall. Das stellt keine Zwei-Klassen-Medizin dar, sondern lediglich eine frei gewählte medizinische Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung. Medizinische Leistungsdifferenzierung wird erst dann zur Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin, wenn die bewusste Wahl einer höheren medizinischen Versorgung automatisch zu Lasten Dritter führt, die sich nicht für eine höherwertige medizinische Versorgung entschieden haben. Das ist in Deutschland definitiv nicht der Fall.

In Deutschland gibt es zwei Versicherungssysteme, aber nur eine Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser Versorgungsstruktur sorgt gerade das Nebeneinander von PKV und GKV dafür, dass es für die gesamte Bevölkerung zu einer sehr guten Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten kommt. So leisten Privatversicherte – weil sie für viele medizinische Leistungen höhere Honorare zahlen – mit ihrem Mehrumsatz (10,8 Milliarden Euro) einen überproportionalen Beitrag zum Gesundheitswesen. Dieser Beitrag kommt direkt auch der Versorgung der gesetzlich Versicherten zu Gute.

Die Existenz der PKV für Leistungsunterschiede in der medizinischen Versorgung verantwortlich zu machen, ist dagegen unsinnig. Denn der Tatbestand, dass es in der PKV vertragliche Leistungssicherheit gibt, ist nicht ursächlich für den einen oder anderen Leistungsausschluss in der GKV. Die überwiegende Zuzahlungsfreiheit in der PKV steht in keinem kausalen Zusammenhang zur Einführung von Zuzahlungen in der GKV. Und: Die Charakterisierung der PKV als budgetfreie Zone ist nicht Auslöser einer eben solchen Budgetierung in der GKV.

Letztlich ist es genau umgekehrt. Nur der Fortbestand der PKV schützt gesetzlich Versicherte vor Leistungskürzungen. Denn in der PKV gibt es einen unkündbaren Leistungskatalog. Das hat auch Doris Pfeiffer, Chefin des GKV-Spitzenverbandes, erkannt. Sie hat die richtigen Schlüsse gezogen, als sie im Tagesspiegel (1.7.2008) sagte: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem [in einer Bürgerversicherung] ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Genau diese Konkurrenzsituation würde die Bürgerversicherung beseitigen. Gleichzeitig würde ein grauer Markt entstehen, auf dem diejenigen, die es sich leisten können, mit Barzahlungen den rationierten Leistungen ausweichen. Fazit: Eine echte Zwei-Klassen-Medizin entsteht erst unter der Voraussetzung eines Einheitssystems.

Nirgendwo gibt es eine so ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin wie in jenen Staaten, die formal ein einheitliches Versorgungssystem haben.

„Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem [in einer Bürgerversicherung] ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Doris Pfeiffer,
GKV-Spitzenverband

Ein Blick über die Grenzen kann diesen Zusammenhang eindrucksvoll bestätigen: Nirgendwo gibt es eine so ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin wie in den Staaten, die formal ein einheitliches Versorgungssystem haben, wie zum Beispiel Großbritannien. Die Wirklichkeit in diesen Ländern ist von Warteschlangen, Rationierungen sowie einer schlechten Infrastruktur bei den Leistungserbringern und den staatlichen Gesundheitsdiensten geprägt. Die einzige Möglichkeit, die Rationierungen und Belastungen in staatlichen Gesundheitsdiensten zu vermeiden, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Immer mehr Menschen machen in Großbritannien davon Gebrauch. Sie lassen sich ambulant wie stationär bei Ärzten behandeln, die immer häufiger – ohne Wartezeit und Rationierung – ausschließlich privat praktizieren. Eine allzu menschliche Ausweichreaktion, die charakteristisch für überwiegend einheitliche Gesundheitssysteme ist und letztlich eine echte Zwei-Klassen-Medizin zu Lasten Dritter mit all ihren Konsequenzen begründet, allen voran die Erosion gemeinsamer Versorgungsstrukturen.

12. Die Bürgerversicherung belastet die öffentlichen Haushalte. Oder die Gemeinschaft der Versicherten.

Im Konzept der Bürgerversicherung ist vorgesehen, dass neben allen Angestellten und Selbständigen auch alle bislang privat versicherten Beamten und Pensionäre in die Bürgerversicherung einbezogen werden [u.a. Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 12]. Das impliziert die Abschaffung der Beihilfe. An ihre Stelle tritt ein Arbeitgeberanteil, den der öffentliche Arbeitgeber an die Träger der Bürgerversicherung zahlt. Das führt – je nachdem, ob das Modell Bestandsschutz voraussetzt oder nicht – zur Belastung der öffentlichen Haushalte oder zur Belastung des Versichertenkollektivs selbst.

(a) Belastung der öffentlichen Haushalte!

Der Bestandsschutz der Beihilfe folgt direkt aus dem anerkannten Bestandsschutz der Privatversicherten. Konsequenterweise lässt die Bürgerversicherung nur ein Modell zu, in dem ausschließlich neue Beamte in der Bürgerversicherung versicherungspflichtig würden. Zwangsläufig würden daher über einen längeren Zeitraum für Beamte zwei Sicherungssysteme nebeneinander existieren. Da es sich bei den neuen Beamten in der Regel um junge und gesunde Personen handelt, werden die Arbeitgeberbeiträge die Beihilfeausgaben übersteigen. Arbeitgeberbeiträge müssen monatlich für jeden Neubeamten gezahlt werden, Beihilfeausgaben fallen für den jungen Neubeamten und für seine beihilfeberechtigten Angehörigen nur im relativ seltenen Krankheitsfall an. Zuzüglich zu den hohen Arbeitgeberbeiträgen für die jungen Beamten hat die öffentliche Hand für die älteren und relativ häufiger kranken Bestandsbeamten die entsprechend hohen Beihilfezahlungen zu leisten. Die Einführung einer Versicherungspflicht für neue Beamte lohnt sich für den Dienstherrn damit finanziell nicht. Die öffentliche Hand hat – bei Einführung einer Bürgerversicherung – Jahr für Jahr mit massiven Mehrausgaben zu rechnen. Die Gebietskörperschaften werden kaum bereit sein, diese finanziellen Mehrbelastungen bei der Absicherung ihrer Beamten zu akzeptieren.

(b) Entlastung der öffentlichen Haushalte?

Trotz des anerkannten Bestandsschutzes gehen viele Varianten der Bürgerversicherung annahmegemäß davon aus, dass die überganglose sofortige Einbeziehung aller Beamten in eine Bürgerversicherung denkbar wäre. Ein derartiges Szenario ist lediglich Theorie. Dennoch geht *Rothgang* für diesen Fall von Minderausgaben in Höhe von 3,5 Milliarden Euro aus [*Rothgang* (2010), S. 27]. Diese entstünden aus der Differenz zwischen den Arbeitgeberbeiträgen, die die öffentliche Hand in der Bürgerversicherung zahlen

Die öffentliche Hand hat bei Einführung einer Bürgerversicherung Jahr für Jahr mit massiven Mehrausgaben zu rechnen. Die Gebietskörperschaften werden nicht bereit sein, diese Mehrbelastungen zu akzeptieren.

müsste und den Beihilfezahlungen, die im derzeitigen System der Beihilfe anfallen. Das hört sich zunächst einmal plausibel an. Aber sind derartige Einsparungen realistisch? Am Ende entpuppt sich – das zeigt sich in der folgenden rechnerischen Überprüfung – die Berechnung von *Rothgang* als leeres Versprechen:

Laut Statistischem Bundesamt summierten sich die Beihilfezahlungen im Jahr 2006 auf 9,3 Milliarden Euro. Die Höhe des Arbeitgeberbeitrags, den die öffentliche Hand zu tragen hätte, wird im Gutachten von *Rothgang* anhand der (beitragspflichtigen) Beamten- und Versorgungsbezüge berechnet. Diese beliefen sich im Jahr 2006 unter Berücksichtigung einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf zusammen 96,4 Milliarden Euro. Bei einem Beitragssatz von 12,1 Prozent entsteht im grünen Grundmodell demnach eine Einsparung für die öffentlichen Haushalte von rund 3,5 Milliarden Euro pro Jahr.

Berechnungsmethodik und Ergebnisse *Rothgang* (2010)

A	Beihilfeausgaben in Mrd. € (2006)*	9,32 Mrd. €
B	Beitragspflichtige Beamten- und Versorgungsbezüge (2006)*	96,4 Mrd. €
C	Beitragssatz in der Modellvariante	12,1 %
D = C/2	Arbeitgeberbeitrag in der Modellvariante	6,05 %
E = B x D	Arbeitgeberbeiträge für Beamte und Pensionäre pro Jahr	5,83 Mrd. €
F = A-E	Einsparungen für die öffentlichen Haushalte pro Jahr	3,49 Mrd. €

* Statistisches Bundesamt (2009)

Die Überprüfung dieser Rechnung fördert zahlreiche Fehler zu Tage. Die tatsächlichen fiskalischen Wirkungen einer Einbeziehung der Beamten in die Bürgerversicherung liegen weit unter dem bei *Rothgang* genannten Niveau. Drei wesentliche Unstimmigkeiten seien hier genannt:

- Der aus den Beamten- und Versorgungsbezügen errechnete Arbeitgeberbeitrag für die Beamten enthält lediglich die Krankenversicherungskosten, die gegenübergestellten Beihilfekosten enthalten jedoch auch die Kosten der Pflegeversicherung. Eine konsistente Rechnung muss dementsprechend auch die Arbeitgeberbeiträge für Beamte und Pensionäre in der Pflegeversicherung zum Abzug bringen. Der Beitrag liegt bei 0,975 Prozent beziehungsweise 0,94 Milliarden Euro.
- Das Leistungsniveau der beihilfeberechtigten Privatversicherten liegt häufig weit über dem der GKV. Mit dem Bürgerentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber das Leistungsniveau der GKV im Verhältnis zur PKV mindestens mit 80 Prozent bemessen [vgl. Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)]. Eine konsistente Rechnung muss dementsprechend die Beihilfeausgaben um jene Beihilfeausgaben bereinigen, die sich auf Leistungen oberhalb des Leistungsniveaus der GKV beziehen. Je nach Beihilfeträger beziehungsweise Beihilfeschritt können das sehr unterschiedliche Beiträge sein. Im Extremfall kumulieren sich die Minderausgaben auf 1,86 Milliarden Euro (20 Prozent von 9,32 Milliarden Euro).

Die Minderausgaben entstehen allerdings nicht durch das Szenario der Bürgerversicherung, sondern stellen das Ergebnis eines Entschlusses dar, parallel zur Einführung der Bürgerversicherung die Leistungen des Staates für die heutigen Beihilfeempfänger systematisch einzuschränken. Letztendlich geht es dabei um Rationierungen, die *Rothgang* zu Gunsten der Bürgerversicherung instrumentalisiert. Er macht diese Einsparungen aus den Leistungseinschränkungen gegenüber den heute Beihilfeberechtigten als finanzielle Wirkung der Bürgerversicherung geltend.

Beide Tatbestände – Bürgerversicherung auf der einen, Rationierung auf der anderen Seite – gilt es sauber zu trennen. Sie haben sachlich nichts miteinander zu tun.

- Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist eine Finanzierung der Kinderbeiträge durch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse ein erklärter politischer Wille. In der Begründung zum Entwurf des GKV-WSG der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 24.10.2006 (BT-Drs.16/3100) heißt es dazu: „Die gesetzliche Krankenversicherung trägt ... eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität.“

In der Praxis werden für die Kinderbeiträge in der GKV über 14 Milliarden Euro benötigt. Soll es auch in Zukunft bei einer Steuerfinanzierung bleiben, müsste der Steuerzuschuss proportional mit der Zahl der dort Versicherten steigen, wenn man die Beihilfeberechtigten (rund 4,2 Millionen) in eine Bürgerversicherung überführen würde. Bei einer Abschaffung der Beihilfe hätte dies – auch weil Beihilfeberechtigte im Vergleich zur Versichertenstruktur der GKV überproportional viele Kinder haben – eine Erhöhung des Steuerzuschusses für Kinderbeiträge um rund 6 Prozent (0,84 Milliarden) zur Folge.

Alle drei genannten Faktoren zusammen zeigen, dass die öffentliche Hand auch bei einer ohnehin nur in der Theorie möglichen sofortigen Einführung einer Bürgerversicherung für heute Beihilfeberechtigte (ohne Bestandsschutz) nicht mit nennenswerten Einsparungen zu rechnen hätte. Die von *Rothgang* publizierte Entlastungsrechnung gilt es dementsprechend zu korrigieren. Ein Überblick:

Modifizierte Berechnung (Ausgangspunkt: *Rothgang* (2010))

A	Einsparungen für die öffentlichen Haushalte pro Jahr (nach <i>Rothgang</i> 2010)	3,49 Mrd. €
B	Bereinigung um die Arbeitgeberbeiträge für Beamte und Pensionäre in der Pflegeversicherung	0,94 Mrd. €
C	Rationierung: Beihilfeausgaben, die sich auf Leistungen oberhalb des Leistungsniveaus der GKV beziehen	bis zu 1,86 Mrd. €
D	Mehrbelastung durch Anstieg des Steuerzuschusses	0,84 Mrd. €
E = A-(B+C+D)	Belastungen / Einsparungen für die öffentlichen Haushalte pro Jahr	bis zu -0,15 Mrd. €

(c) Belastung des Versichertenkollektivs

Angesichts der rechnerischen Fehler im Gutachten von *Rothgang* zur grünen Bürgerversicherung sind eventuelle Entlastungen der Haushalte auf Grund des Gesamtvolumens der Ausgaben vollständig zu vernachlässigen. Unabhängig von der exakten Größe wäre eine eventuelle Entlastung der öffentlichen Haushalte ein durch und durch fragwürdiger Vorgang. Es würde sich um einen klassischen Verschiebebahnhof handeln. Die öffentliche Hand würde sich nur zu Gunsten von Arbeitgeberbeiträgen ihrer relativ hohen Beihilfezahlungen für das relativ alte Kollektiv der Beamten entledigen. Gleichzeitig wären die bisher beihilfeberechtigten Angehörigen beitragsfrei.

In diesem Fall entstünden Ersparnisse, die vollständig auf Kosten der Versicherten der Bürgerversicherung erzielt oder – besser gesagt – „sozialisiert“ würden. Denn Beamte,

Beide Tatbestände – Bürgerversicherung auf der einen, Rationierung auf der anderen Seite – gilt es sauber zu trennen. Sie haben sachlich nichts miteinander zu tun.

Die Bürgerversicherung würde die öffentliche Hand wahlweise fiskalisch belasten oder dazu verleiten, die Bürgerversicherung als sozialpolitischen Verschiebeparkplatz zu missbrauchen.

die vom Staat als Beihilfeträger in eine Bürgerversicherung „abgeschoben“ werden, sind im Kollektiv als kostenintensives „schlechtes Risiko“ zu betrachten. Sie haben im Vergleich zur „normalen“ Wohnbevölkerung eine höhere Lebenserwartung. Schon jetzt (2008) liegt das Durchschnittsalter der Beamten und beihilfeberechtigten Angehörigen mit 45,9 Jahren über dem Altersdurchschnitt der anderen Versichertengruppen (42,9 Jahre). Hinzu kommt, dass Beamte eine hohe Zahl an beitragsfreien Mitversicherten mitbrächten. Die Mitversicherungsquote bei den Beihilfeberechtigten in einer Bürgerversicherung wäre 1,77; das heißt, auf 100 beihilfeberechtigte Mitglieder kommen 77 Mitversicherte. Im Kollektiv der Bürgerversicherung ohne die Beamten läge die Mitversicherungsquote wesentlich niedriger, nämlich nur bei 1,38 [WIP (2005)].

Fazit: Der Bestandsschutz der Beihilfe lässt bei Einführung einer Bürgerversicherung nur ein Modell zu, in dem ausschließlich Neubeamte in der Bürgerversicherung versicherungspflichtig wären. Zwangsläufig müsste die öffentliche Hand mit massiven Mehrausgaben rechnen. Das Szenario ohne Bestandsschutz ist dagegen reine Theorie. Es würde darüber hinaus die öffentliche Hand lediglich dazu verleiten, die Gestaltung der Bürgerversicherung als sozialpolitischen Verschiebeparkplatz zu missbrauchen. Unter dem Strich wären beide Alternativen gleich teuer. Wahlweise würden die Steuerzahler oder die Beitragszahler für die Belastungen eintreten müssen.

13. Die Bürgerversicherung führt zu „Vorteils-Hopping“. Ein Finanzausgleich kann dieses Problem nicht heilen.

Die Idee, alle Bürger übergangslos in eine Bürgerversicherung einzubeziehen, ist nicht realistisch. Dazu wären massive Eingriffe in bestehende private Versicherungsverträge und in die Tätigkeit der privaten Versicherer nötig. Beides lässt – und das akzeptieren auch die Befürworter einer Bürgerversicherung – das Grundgesetz nicht zu.

In Anbetracht des verfassungsrechtlich gegebenen Vertrauensschutzes wollen deshalb sowohl die SPD als auch die Grünen den Versichertenstatus der Privatversicherten nicht antasten, sondern ihnen stattdessen ein Wahlrecht für den Wechsel aus der PKV in die Bürgerversicherung einräumen. So heißt es im SPD-Präsidiumsbeschluss (April 2011): „Privatversicherte können – unabhängig vom Alter und Gesundheitszustand – in einem befristeten Zeitrahmen wählen, ob sie in der Bürgerversicherung (...) oder in ihren bestehenden Verträgen der Privatversicherung bleiben wollen.“ Das Ziel dieser Regelung ist fast selbsterklärend: Mit Options- oder Wechselrechten hoffen die Parteien, die Umsetzung der Bürgerversicherung beschleunigen zu können. Längere Übergangsphasen sollen vermieden werden.

Das klingt vordergründig plausibel. Auf den zweiten Blick wäre das Wechselrecht für die Bürgerversicherung allerdings kostensteigernd. Denn ein Wechselrecht stellt eine Einladung zum Vorteils-Hopping dar. Da die GKV einkommensabhängige Beiträge, die PKV hingegen risikoadäquate Beiträge erhebt, gäbe es je nach Einkommen den Anreiz, durch einen Wechsel in die GKV Beiträge zu sparen. Diese Ersparnis für den Einzelnen müsste freilich in der Mehrzahl der Fälle von den übrigen GKV-Versicherten subventioniert werden. Das kann der Bürgerversicherung nur zum Nachteil gereichen. Entsprechende Konsequenzen für den Beitragssatz sind programmiert. Darauf weist auch die bürgerversicherungsfreundliche Studie der Hans-Böckler-Stiftung hin [Hans-Böckler-Stiftung (2004)]. Dort heißt es, ein Optionsrecht würde sich „wohl eher beitragssatzsteigernd auf die Bürgerversicherung auswirken, da wohl eher ältere, höhere Kosten verursachende Personen wechseln würden, um den (im Einzelfall im Vergleich zur GKV höheren) (...) privaten Versicherungsbeiträgen im Alter zu entgehen.“

Ein Options- oder Wechselrecht würde sich „wohl eher beitragssatzsteigernd auf die Bürgerversicherung auswirken.“

Hans-Böckler-Stiftung (2004)

Das Problem des Vorteils-Hoppings wird also von den Vordenkern der Bürgerversicherung erkannt. Lösen können sie es indes nicht. Und zwar auch nicht, wenn sie – wie die Grünen – parallel zum Wechselrecht für die verbleibenden Privatversicherten einen Finanzausgleich installieren wollen, um sicherzugehen, dass sich auf dem Weg zur Bürgerversicherung auch alle (nicht wechselnden) Privatversicherten am vermeintlich nur in der GKV möglichen Solidarausgleich beteiligen [Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 12]. Dieser Weg wäre aber verfassungswidrig und auch nicht sachgerecht (siehe unten). Das hat die SPD erkannt. In ihrem Präsidiumsbeschluss zur Bürgerversicherung (April 2011) nimmt sie – aus guten Gründen – Abstand von ihrem ursprünglichen Plan, im Bestand der PKV verbliebene Privatversicherte in einen Finanzausgleich einzubeziehen.

Das politische Festhalten anderer Parteien am Plan eines Finanzausgleichs zwischen einem System der Einkommensumverteilung und einem System der Eigenverantwortung hätte absurde Konsequenzen. Es führt zu einer klassischen Doppelbelastung, wenn Privatversicherte zum einen für ihre eigene Krankenversorgung im Alter einen Kapitalstock ansparen und gleichzeitig im Zuge eines am Kriterium der Altersstruktur festzumachenden Finanzausgleichs einen Solidarbeitrag für die Versorgung der älteren Versicherten in der Bürgerversicherung leisten müssten. Genauso wäre es familienpolitisch unausgewogen, wenn im System der PKV verbleibende Privatversicherte mit Kindern zum einen für ihre Kinder eigene risikoäquivalente Versicherungsprämien zahlen und gleichzeitig im Zuge eines Finanzausgleichs einen Solidarbeitrag für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der Bürgerversicherung leisten müssten.

Die Doppelbelastung wird gar zur Dreifachbelastung, wenn man den heute schon von den Privatversicherten zu Gunsten des Gesamtsystems geleisteten Solidarbeitrag berücksichtigt. Dabei geht es zum einen um Mehrumsätze über höhere Preise und privatärztliche Honorare in Höhe von aktuell 1.214 Euro p.a. je Privatversicherten und zum anderem um die anteilige Beteiligung der Privatversicherten am Steuerzuschuss zu Gunsten der jetzigen GKV (2011: 196 Euro je Privatversicherten). Beide Komponenten blieben in der Bürgerversicherung mit Bestandsschutz erhalten. Allein schon deshalb ist jede Aussage, dass sich Privatversicherte dem Sozialsystem entziehen und folgerichtig ein Finanzausgleich notwendig wäre, undifferenziert und falsch.

Solidarbeitrag der Privatversicherten im Status Quo

	absolut	je Versicherten
Solidarbeitrag I (Mehrumsatz 2008)	10,8 Mrd. Euro	1.214 Euro
Solidarbeitrag II (Steuerfinanzierung 2011)	1,7 Mrd. Euro	196 Euro
Summe I + II	12,5 Mrd. Euro	1.410 Euro

14. Die Bürgerversicherung erzeugt Bürokratie. Es entsteht ein hoher Verwaltungs- und Kontrollaufwand.

Die Befürworter der Bürgerversicherung behaupten, diese sei in ihrer Administration und Verwaltung einfach, einheitlich und transparent [Bündnis 90/Die Grünen (2010), S. 11]. Das klingt zunächst einmal gut, hat aber mit der Realität nichts gemein. Denn für das Konzept der Bürgerversicherung müssten die Krankenkassen über umfassende Informationen zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen aller Versicherten

verfügen. Doch dem ist nicht so. Dem wäre auch nicht so, wenn die Krankenkassen zu einem zweiten Finanzamt mutieren würden. Denn auch die Finanzverwaltung verfügt nur sehr eingeschränkt über Informationen über die Einkommenshöhe der Bürger in Deutschland. Ein Überblick:

Über umfassende Einkommensinformationen verfügen die Krankenkassen in der Gegenwart nur für diejenigen Einkommensarten, auf denen die allgemeine gesetzliche Krankenversicherungspflicht nach § 5 SGB V basiert. Dabei handelt es sich in erster Linie um das Arbeitsentgelt, Rentenzahlungen und Lohnersatzleistungen. Für diese Einkünfte existiert ein umfänglicher Datenaustausch zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und Sozialversicherungsträgern.

Weitere Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts, wie zum Beispiel Einkünfte aus Kapitalvermögen, sind den Krankenkassen nur in den Fällen bekannt, in denen eine gesetzlich vorgeschriebene Einkommensprüfung vorgenommen wird. Diese wird unter anderem bei einem Antrag auf freiwillige oder Familienversicherung, bei einem Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung oder bei Überprüfung der individuellen Sozialverträglichkeit eines Zusatzbeitrages durchgeführt.

Zwangsläufig sind die vorhandenen Einkünfte aus Kapitalvermögen nur von einer Minderheit der Versicherten in der GKV bekannt. Zugleich werden diese nicht elektronisch, sondern nur im Rahmen papiergebundener Verfahren erfasst, das heißt, schriftliche Anträge der Versicherten müssen von den Krankenkassenmitarbeitern manuell bearbeitet werden.

Ähnlich ergeht es den Finanzämtern. Genauso wie die gesetzlichen Krankenversicherungen haben die Finanzbehörden nur sehr eingeschränkte Informationen über alle Einkommensarten der jeweiligen Bürger. Denn die Einführung der Abgeltungssteuer hat bei den Finanzämtern zu einer neuen Unwissenheit über die Einkünfte aus Kapitalvermögen einer Person geführt. Im Zuge der Abgeltungssteuer wird der Steuerbetrag im Quellenabzug von den Banken nur anonym an das Finanzamt abgeführt. Die Krankenkassen könnten deshalb – im Fall einer Bürgerversicherung – nicht auf die Anlage „KAP“ der Einkommensteuererklärung als Nachweis von Einkünften aus Kapitalvermögen zurückgreifen.

Damit lässt sich ein Fazit ziehen: Viele Varianten der „Bürgerversicherung“ setzen maßgeblich auf die Einbeziehung aller Einkommensarten zur Beitragserhebung. Dazu gehören auch die Einkünfte aus Kapitalvermögen. Die (elektronische) Infrastruktur zur Erfassung der Einkünfte aus Kapitalvermögen ist allerdings nicht vorhanden. Weder das Finanzamt noch die heutige GKV verfügen über die relevanten Informationen zu den Einkünften aus Kapitalvermögen der Versicherten. Das bestätigen auch einschlägige Gutachten zur Bürgerversicherung. Unter anderem heißt es bei *Rothgang* [Rothgang (2010), S. 10] es gebe Schwierigkeiten, weil „selbst im Einkommensteuerrecht inzwischen eine (anonyme) Abgeltungssteuer die einkommensbezogenen Steuersätze ersetzt hat.“

Der Ausbau der Infrastruktur zur Erfassung der Einkünfte aus Kapitalvermögen wäre nur mit hohem bürokratischen Aufwand realisierbar. Viele der Varianten der Bürgerversicherung lassen sich deshalb nur unter erheblichem Verwaltungs- und Kontrollaufwand umsetzen. Die Krankenkassen müssten zum zweiten Finanzamt mutieren. Das hat auch die SPD eingesehen. „Die SPD will die Krankenkassen nicht zu Finanzämtern machen“ [SPD-Generalsekretärin A. Nahles, 11.4.2011]. Damit verzichtet die SPD auf die bisher immer geforderte Erschließung neuer Beitragsquellen unter anderem aus Kapitalvermögen. Sie gesteht damit ein, dass die verhältnismäßig geringen zusätzlichen Beiträge auf Einkünfte aus Kapitalvermögen schnell verbraucht wären, um die zusätzliche Bürokratie zu finanzieren, die zur Erhebung dieser Beiträge benötigt werden würde.

Die Einführung der anonymen Abgeltungssteuer hat zu einer Unwissenheit über die Einkünfte aus Kapitalvermögen geführt. In einer Bürgerversicherung wäre die personenbezogene Erfassung dieser Einkünfte nur mit hohem bürokratischen Aufwand zu realisieren.

15. Die Bürgerversicherung gefährdet den medizinischen Fortschritt.

Das deutsche Gesundheitswesen gehört „zu den besten der Welt“ [SPD-Generalsekretärin A. Nahles, SPD-Fachkonferenz, 17.10.2011]. Internationale Studien bescheinigen immer wieder eine überdurchschnittlich hohe Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Trotzdem soll die Bürgerversicherung – so wird es zumindest versprochen – den Zugang zum medizinischen Fortschritt verbessern. Das klingt gut, aber letztlich ist das Gegenteil der Fall: Die Bürgerversicherung gefährdet den medizinischen Fortschritt.

Für den medizinischen Fortschritt bedarf es verlässlicher Rahmenbedingungen, die Fortschritt durch Innovation ermöglichen. Dazu gehört auch das pluralistische Gesundheitssystem. Denn Innovationen entstehen fast ausschließlich im Wettbewerb – und die Dualität zwischen PKV und GKV generiert Wettbewerb.

Darüber hinaus erleichtert die Existenz der privatwirtschaftlichen PKV den Zugang zu Innovationen für alle. Denn Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare und Preise. Zuletzt waren das über 10,8 Milliarden Euro Mehrumsatz jährlich. Dafür erhalten sie eine gute medizinische Versorgung. Sie stärken damit aber auch das Gesundheitssystem insgesamt. Denn mit einem Teil dieser Mehrumsätze können Ärzte und Krankenhäuser in anspruchsvolle und moderne medizinische Infrastruktur investieren. Davon profitieren alle: privat und gesetzlich Versicherte.

In der Bürgerversicherung würde die Teilhabe am medizinischen Fortschritt restriktiver. Ärzte und Krankenhäuser verlören im Zuge der Auflösung der PKV hohe Teile des Mehrumsatzes. Nach dem Vorbild der heutigen GKV würden Kriterien der Wirtschaftlichkeitskontrolle eine erheblich größere Rolle spielen. Auch die Funktion des Gemeinsamen Bundesausschusses bliebe erhalten. In der Konsequenz stände in der Bürgerversicherung im ambulanten Bereich die Anwendung neuer, innovativer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden immer unter dem Genehmigungsvorbehalt dieses Gemeinsamen Bundesausschusses.

Innovationsfreundlichere Rahmenbedingungen herrschen dagegen in der PKV vor. Auch wenn die PKV nicht jede (Schein-)Innovation akzeptiert, wird in der PKV jede medizinisch notwendige Heilbehandlung stets und ohne Genehmigungsvorbehalt und Wartezeit gewährt. So gelangen Innovationen – auch zum Nutzen aller gesetzlich Versicherten – schnell und unbürokratisch in das Gesundheitssystem. Die PKV ist ein spezifisches „Einfallstor“ für Innovationen.

Das wäre in der Bürgerversicherung nicht mehr der Fall. Mit Auflösung der PKV würde das Gesamtklima im Gesundheitswesen innovationsfeindlicher. Eine Zerschlagung der PKV im Zuge der Bürgerversicherung würde dem Wettbewerb und der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen schaden. Und die Dividende des Wettbewerbs sind Innovationen, ohne die die herausragende Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens nicht erhalten bliebe.

16. Die Bürgerversicherung trägt nichts zur Qualität in der Gesundheitsversorgung bei.

Verknüpft wird die Bürgerversicherung immer häufiger mit Leistungs- und Qualitätsfragen. Mit Hilfe der Bürgerversicherung ließe sich die Qualität der medizinischen Versorgung steigern, die integrierte ärztliche Versorgung fördern oder eine bessere ärztliche Versorgung in der Fläche sicherstellen [u.a. SPD (2011a), S. 8]. Das klingt zunächst einmal gut, führt aber in die Irre.

Das deutsche Gesundheitswesen gehört „zu den besten der Welt.“

A. Nahles, SPD

In der täglichen Versorgung ist die PKV als „Einfallstor“ für Innovationen unverzichtbar. So gelangen Investitionen – auch zum Nutzen aller gesetzlich Versicherten – schnell und unbürokratisch in das Gesundheitssystem.

Der Beitrag der Bürgerversicherung zur Qualität in der Gesundheitsversorgung ist schlicht null.

Der Beitrag der Bürgerversicherung zur Qualität in der Gesundheitsversorgung ist schlicht null. Die von den Anhängern der Bürgerversicherung genannten Qualitäts- und Versorgungsziele sind an sich zu begrüßen. Sie müssen politisch diskutiert und vorangebracht werden. Qualitäts- und Versorgungsfragen beziehen sich allerdings ausschließlich auf die Leistungsseite eines Krankenversicherungssystems. Mit dem Finanzierungsvorschlag der Bürgerversicherung stehen sie in keinem sachlichen Zusammenhang. Alle Qualitäts- und Leistungsfragen lassen sich grundsätzlich unabhängig von einer Bürgerversicherung auf den Weg bringen. Partiiell ist das schon der Fall. Im (geplanten) Patientenschutzgesetz, Krankenhaushygienegesetz und im Versorgungsgesetz werden viele der aufgeworfenen Qualitäts- und Versorgungsfragen bereits berücksichtigt.

17. Die Bürgerversicherung ist verfassungswidrig.

Alle Modelle einer Bürgerversicherung sind in mehrfacher Hinsicht verfassungswidrig. Sie sind zunächst einmal unvereinbar mit der Eigentumsgarantie des Grundgesetzes, insoweit sie einen Zugriff auf die eigentumsrechtlich geschützten Altersrückstellungen der Privatversicherten vorsehen (Artikel 14 Grundgesetz). Eine derartige entschädigungslose Enteignung lässt das deutsche Grundgesetz nicht zu.

Die Modelle der Bürgerversicherung sind unvereinbar mit den Grundrechten der Versicherten: Die Einbeziehung sämtlicher Privatversicherter in eine Pflichtmitgliedschaft der Bürgerversicherung bedeutet einen Eingriff in die grundrechtlich garantierte allgemeine Handlungsfreiheit (Artikel 2 Grundgesetz). Dieser Eingriff bedarf einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Hinreichende Rechtfertigungsgründe bestehen schon deshalb nicht, weil – demografiebedingt – die umlagefinanzierte Bürgerversicherung nicht geeignet wäre, die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der GKV zu gewährleisten.

Die Modelle der Bürgerversicherung sind unvereinbar mit den Grundrechten der Versicherungsunternehmen. Die Tätigkeit eines PKV-Unternehmens ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts durch das Grundrecht der Berufsfreiheit geschützt (Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz). Dass die Verfechter der Bürgerversicherung der PKV das Neugeschäft mit den Krankenvollversicherungen untersagen wollen, bedeutet daher ein verfassungswidriges Berufsverbot.

Die Bürgerversicherung ist unvereinbar mit der Eigentumsgarantie des Grundgesetzes. Eine entschädigungslose Enteignung lässt das deutsche Grundgesetz nicht zu.



Die Bürgerversicherung ist unvereinbar mit der Finanzverfassung. Die von Grünen, Linken und DGB geplante Beitragspflicht auf sämtliche Einkommensarten sowie die bei den Linken vollständig abgeschaffte Beitragsbemessungsgrenze verwischen die für die Finanzverfassung maßgebliche Unterscheidung zwischen einem Sozialversicherungsbeitrag und einer Steuer. Die Verbeitragung von Einkünften ohne Bemessungsgrenze wäre mit der Erfordernis des Äquivalenzprinzips nicht vereinbar. Das gilt auch, wenn sich die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze – wie im Vorschlag der SPD – nur auf die Arbeitgeberseite bezieht. Der Wert der in Anspruch genommenen Leistungen stünde nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zur Beitragshöhe. Letztlich ließe die Bürgerversicherung das Krankenversicherungssystem zum Steuersystem mutieren. Das wäre verfassungswidrig.

Fazit

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Auch dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen gesetzlich und privat Versicherten ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind nach wie vor kurz.

Trotz der Leistungsstärke steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Auch in Zukunft soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet bleiben. Die absehbar steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts und die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft müssen bewältigt werden. Für diese Herausforderungen und Probleme hat die Bürgerversicherung keine Lösung. Für die stetig wachsenden Ausgaben der Krankenversicherung bietet sie keine Abhilfe, sie erhöht im Zuge der Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze lediglich die Beiträge und Belastungen. Die Überführung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in das Regelwerk der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wäre die faktische Abschaffung der privatwirtschaftlichen Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz. Das Ergebnis wäre eine große, allumfassende Einheitsversicherung, in der letztlich allein der Staat darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.

Allen sollten die Stärken des deutschen Gesundheitssystems bewusst sein. Die Dualität aus GKV und PKV gehört zu diesen Stärken. Die Forderung nach einer Bürgerversicherung mit einem einheitlichen Ordnungsrahmen dient in keinem Fall einer besseren Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Die Problemlösungskompetenz der Bürgerversicherung ist gleich null. Die Forderung nach einer Bürgerversicherung stellt in erster Linie eine parteipolitisch motivierte Einheits- und Neiddebatte zu Lasten der Privatversicherten dar. Sachargumente zählen nicht. Das ist bedauerlich, gerade weil wir unsere politische Energie lieber darauf konzentrieren sollten, uns mit den tatsächlichen Zukunftsherausforderungen des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen. Das Gesundheitswesen ist zu wichtig, um es zum Experimentierfeld von sachfremden und ideologischen Weichenstellungen zu machen.

Literaturverzeichnis

- Bartsch, K.* (2011): Eine Simulationsstudie zu den kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Konzept einer Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE, Endbericht.
- Beske, F.* (2007): Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein, igsf-Stiftung, Schriftenreihe Band 108.
- Beske, F.* (2010): Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung bis 2060, igsf-Stiftung, Schriftenreihe Band 118.
- Bingler, K.; Bosbach, G.* (2007): Der Mythos von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in Soziale Sicherheit, Ausgabe 9/2007, S. 299-305.
- Bundesministerium der Finanzen* (2011): Die Steuereinnahmen des Bundes und der Länder.
- Bundesministerium für Gesundheit* (2010): Vorläufige und endgültige Rechnungsergebnisse der GKV, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/zahlen-und-fakten.html> (Stand: 20.6.2011).
- Bundesministerium für Gesundheit* (2010): Mitglieder und Versicherte der GKV, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/zahlen-und-fakten.html> (Stand: 20.6.2011).
- Bündnis 90/Die Grünen*: 32. Ordentliche Konferenz, 2010, Beschluss: Grüne Gesundheitspolitik erhöht und stärkt die Solidarität.
- Deutsche Bundesbank* (2011): Monatsbericht Mai 2011, 63. Jahrgang Nr. 5.
- Deutsche Rentenversicherung* (2010): www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Stand: 1.8.2011).
- Die Linke* (2010): Bürgerversicherung, <http://die-linke.de/politik/themen/themenaz/ad/buerger-versicherung/> (Stand: 1.6.2011).
- DGB* (2010): Reform-Kommission für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft: Bürgerversicherung statt Kopfpauschale, DGB-Bundesvorstand.
- FAZ* (2011): Abgeltungssteuer bringt viel weniger ein, 24.1.2011.
- Handelsblatt* (2011): SPD hat Bürgerversicherung falsch berechnet, 10.5.2011.
- Hans-Böckler-Stiftung* (2004): Die Bürgerversicherung – Zusammenfassung des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts: Finanzierungsalternativen der GKV – Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung, von: Pfaff, A., Pfaff, M. et al., Düsseldorf 2004.
- Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)*
- Nahles, A.* (2011) in: Beschluss des SPD-Präsidiums, Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig, Berlin 2011.
- Raffelhüschen* (2010): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz Update 2010 – Handlungsoptionen der Gesundheitspolitik, Hrsg.: Stiftung Marktwirtschaft, 2010.
- Rothgang, H.* (2010): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der GKV, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen.
- Statistisches Bundesamt* (2010): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (Stand 1.6.2011).
- Statistisches Bundesamt* (2011): Einkommensstatistik (Stand 1.6.2011).
- SPD* (2011a): Beschluss des SPD-Präsidiums, Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig, Berlin 2011.
- SPD* (2011b): Beschluss des Parteivorstandes, 26.9.2011.
- Tagesspiegel* (2008): Der finanzielle Druck auf die Krankenkassen wird immens, 1.7.2008.

Wissenschaftliches Institut der PKV (2005): Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung, von: Wild, F.; WIP-Studie 2005, ISBN 3-9810070-2-6, Köln.

Wissenschaftliches Institut der PKV (2008): Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, von: Niehaus, F.; WIP-Studie 2008, ISBN 978-3-9810070-7-7.

Wissenschaftliches Institut der PKV (2009): Familienförderung in der gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen, von: Niehaus, F., WIP-Diskussionspapier 2/2009.

Wissenschaftliches Institut der PKV (2008): Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Mitversicherung?, von: van der Beek, WIP-Studie 2008.



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-66 · Telefax (030) 20 45 89-33

www.pkv.de · info@pkv.de