

## **Bürgerversicherung: Illusion oder Vision ?**

- Dr. Volker Leienbach -

Die derzeitige Gesundheitsreform hat noch keine Gesetzeskraft erlangt, da gibt es bereits viele Stimmen, die mit der Bürgerversicherung eine neue Reform verlangen. Angeblich soll sie das solide Fundament sein, um das Gesundheitswesen für die künftigen Herausforderungen insbesondere den demographischen Wandel sturmfest zu machen. Laut einer ntv-Umfrage sind 78 Prozent der Bevölkerung für eine Einbeziehung der Beamten und Selbständigen in die gesetzlichen Krankenkassen. Ist die Bürgerversicherung eine echte Vision oder doch nur eine Illusion ?

Der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung steigt. Ältere Menschen benötigen mehr Gesundheitsleistungen als junge Menschen. Der demographische Wandel bedeutet für die umlagefinanzierte gesetzliche Krankenkasse, dass die Beitragssätze in Zukunft stark steigen werden. Eine zahlenmäßig immer kleiner werdende nachwachsende Generation muss für einen immer größer werdenden Anteil älterer Menschen aufkommen. Diese demographische Last wird umso größer werden, je mehr Menschen in der GKV versichert sind. Deshalb vergrößert die Bürgerversicherung das Demographieproblem der GKV. Noch ärger ist, dass gleichzeitig die kapitalgedeckte PKV, die derzeit bereits 76 Mrd. Euro an Zukunftsvorsorge für ihre Versicherten gebildet hat, in der Bürgerversicherung keine Chance mehr als Alternative zur GKV haben soll.

Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme von GKV (Umlageverfahren) und PKV (Kapitaldeckung) haben volkswirtschaftlich unterschiedliche Eigenschaften. Die PKV ist weitgehend demographieresistent und die GKV ist weniger bei inflationären Geldentwicklungen gefährdet. Es entspricht volkswirtschaftlicher Vernunft, beide Säulen vorzuhalten (im Sinne einer Risikoaufteilung). In Anbetracht der gegenwärtigen Demographieentwicklung ist ein weiterer Ausbau der kapitalgedeckten Säule erforderlich. Die allein auf der Umlagefinanzierung aufbauende Bürgerversicherung steht dazu in einem absurden Widerspruch.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, Prof. Eberhard Wille, hat errechnet, dass die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze zum 1.1.2003 von 3.375 Euro auf 4.500 Euro monatlich die GKV erst nach 16 Jahren um 0,1 Beitragsspunkte entlasten würde. Auch die am 1.1.03 tatsächlich erfolgte Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf 3.825 Euro hat, wie die derzeitige Finanzlage der GKV zeigt, nicht zu einer Entschärfung der drohenden weiteren Beitragssatzanhebungen beigetragen. Die Berechnungen zeigen, dass die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze nicht zur

Verbesserung der Finanzlage beiträgt. Dies ist ein wichtiger Hinweis, dass die Existenz der PKV nicht zu einer Schwächung des Solidarsystems in der GKV führt.

Auch das Finanzierungskonzept der Bürgerversicherung führt zu absurden Konsequenzen. Bemessungsgrundlage für die Bürgerversicherung sollen die Einkunftsarten des Einkommensteuerrechts sein. Für Selbständige und Gewerbetreibende legt man den Gewinn zugrunde. Einnahmen aus Kapitalvermögen werden um die Werbungskosten gemindert. Aus Gleichbehandlungsgründen wird man deshalb dem Arbeitnehmer - anders als heute - auch erlauben müssen, Werbungskosten beitragsmindernd zu berücksichtigen. Die Bürgerversicherung finanziert sich also letztlich nicht anders als über einen Zuschlag auf die Einkommenssteuer. Aber wie hoch muss dieser Zuschlag sein? Das Aufkommen aus der Lohn- und Einkommensteuer betrug 2002 rd. 140 Mrd. Euro. Die Ausgaben der GKV betragen im selben Jahr rd. 143 Mrd. Euro. Die Bürgerversicherung macht folglich eine Verdopplung der Lohn- und Einkommensteuerbelastung erforderlich. Also doch mehr Illusion statt Vision?

In der Bürgerversicherung bleibt der Wettbewerb auf der Strecke. Die Leistungen der Krankenkassen werden vereinheitlicht. Und der Beitragseinzug läuft aufgrund der Nähe zum Steuersystem am besten über das Finanzamt. Unterschiede in den Ausgaben der Kassen werden über einen Risikostrukturausgleich, der die unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen der Versicherten berücksichtigt, ausgeglichen. Am Ende bieten alle das Gleiche zum gleichen Preis. Auch der Gegeneinwand, die Kassen könnten ja unterschiedliche Versorgungsverträge mit den unterschiedlichen Leistungserbringern abschließen, überzeugt nicht. Unterschiedliche Verträge führen nämlich zu unterschiedlichen Leistungsangeboten und ziehen dann eine solidaritätswidrige Risikoselektion nach sich, die kein Gesetzgeber dauerhaft bestehen lassen kann. Am Ende steht das steuerfinanzierte Einheitsversorgungssystem.

Die heutige Trennlinie zwischen PKV und GKV gibt Millionen von Versicherten die Wahlfreiheit zwischen zwei unterschiedlichen Versicherungssystemen (GKV und PKV). Zwischen beiden Systemen besteht intensiver Wettbewerb. Eine Bürgerversicherung beseitigt diesen Wettbewerb, und zwar zum Nachteil aller. Ausländische Beispiele mit einer Bürgerversicherung bzw. einer einheitlichen Versorgung für alle Bürger zeigen, dass an die Stelle des Systemwettbewerbs eine Mangelverwaltung über Wartelisten tritt. Dies geht nicht nur zu Lasten der auf der Warteliste Stehenden, sondern auch zu Lasten der Exportchancen des deutschen Gesundheitswesens.

Die heutige PKV unterstützt ein einheitliches Leistungsangebotssystem für alle Versicherten. Der wichtigste Unterschied zwischen PKV und GKV liegt also vor allem in der Finanzierung. Die PKV hat bisher auf den Ausbau eines eigenen Systems von Privatkrankenhäusern und Privatärzten verzichtet, weil sie eine Zwei-Klassen-Medizin ausdrücklich negiert. In anderen Ländern mit einheitlichen Versicherungssystemen für alle Bürger gibt es hingegen eine bestens etablierte Zwei-Klassen-Medizin, weil sich neben dem Einheitsmarkt ein wachsender Privatmarkt mit Privatkliniken - ohne Wartelisten - und Privatärzten entwickelt hat. Die PKV möchte nicht in eine Situation kommen, eine ähnliche Entwicklung auch in Deutschland vorantreiben zu müssen.

Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze und damit auch ihre Aufhebung nutzen also der GKV nicht. Die Einbeziehung der Beamten ist für sie eine finanzielle Belastung. Die PKV weiß aus der privaten Pflegeversicherung, dass die Mitversichertenquote - Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten - bei Beamten noch höher ist als bei GKV-Versicherten. Da sich nachweisen lässt, dass freiwillig GKV-Versicherte aufgrund der hohen Mitversichertenquote keinen positiven Finanzierungssaldo für die GKV darstellen, ist die Situation für Beamte evident. Sie verfügen über im Durchschnitt niedrigere Einkommen und würden deshalb auch im Durchschnitt niedrigere Beiträge bezahlen; sie würden damit im Ergebnis die GKV erheblich finanziell belasten.

Die Einbeziehung von Selbständigen in die GKV würde die – wirtschaftlich notwendige – Existenzgründung erschweren. Denn der Einstiegsbeitrag für Existenzgründer liegt in der PKV erheblich unter dem Mindest-GKV-Beitrag für Selbständige. Auch die Absenkung der GKV-Mindestbeiträge für Selbständige kann keine Alternative sein. Denn der Mindestbeitrag von z.Zt. rd. 250 Euro pro Monat ist deshalb in der Höhe festgelegt worden, weil die GKV nur sehr unzureichend in der Lage ist, bei Selbständigen die Bemessungsgrundlage für die Beiträge richtig zu erfassen. Vom Bundesversicherungsamt wird wiederholt berichtet, dass die GKV die Selbständigeneinkommen nur ungenügend erfasst. Von daher ist die GKV mit ihrer lohnabhängigen Finanzierung schon von der Idee her nicht in der Lage, Selbständige adäquat zu versichern. Dies begründet auch die vom Grundsatz her nachvollziehbare Forderung der Ersatzkassen, die Selbständigen vollständig aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. Eine einheitliche Bürgerversicherung steht dazu im krassen Widerspruch.

Privatpatienten leisten heute einen überproportionalen Finanzierungsanteil zum Gesundheitswesen von über 5 Mrd. Euro jährlich. Maßgeblich sind hierfür regelmäßig von der Politik beschlossene Rechtsgrundlagen. So verpflichtet die Gebührenordnung für

ärztliche Leistungen den Privatpatienten etwa das 3fache beim Arzt im Vergleich zum Kassenpatienten zu zahlen. Die Einnahmen aus Wahlleistungen in den Krankenhäusern müssen nach der Bundespflegesatzverordnung überwiegend dazu verwendet werden, um Krankenhauspflegesätze zu subventionieren. Fehlen dem Gesundheitswesen die 5 Mrd. Euro des privaten Sektors, reduziert dies entweder wesentlich den Ausstattungsstandard deutscher Krankenhäuser und niedergelassener Ärzte oder die Pflegesätze und ärztlichen Honorare müssen steigen.

Es gibt viele Beispiele für steuerfinanzierte Gesundheitssysteme im Ausland. Ihnen allen ist eines gemeinsam. Der Staat kann nach Kassenlage den Ausstattungsstandard des gesundheitlichen Versorgungssystems bestimmen. Knappe Kapazitäten, lange Warteschlangen und ungerechte Zuteilungskriterien, in denen alte Menschen weniger Chancen auf eine notwendige Operation als junge Menschen haben, sind die Folge.

Am Ende zerplatzt die Vision der Bürgerversicherung als Seifenblase einer uneffizienten und ungerechten Staatsmedizin. Die hochentwickelte Volkswirtschaft Deutschlands kann sich jedoch ein besseres Gesundheitswesen leisten.

Hierfür bedarf es auch keiner Visionen, sondern der Beachtung von vier Grundsätzen:

- (1) Der mühsame Weg der Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven muss durch Schaffung von mehr Wettbewerb auf allen Ebenen fortgeführt werden.
- (2) Die Balance zwischen Kapitaldeckung und Umlageverfahren muss durch eine stärkere Betonung der Kapitaldeckung neu ausgerichtet werden. Es lassen sich eine Reihe von Leistungen aus der GKV ausgliedern und schrittweise in eine kapitalgedeckte Versicherung in die PKV überführen. Solche Vorschläge liegen bspw. beim Krankengeld vor.
- (3) Die Eigenverantwortung muss gestärkt werden. Nur Leistungen, die den einzelnen Bürger finanziell überfordern und medizinisch wirklich notwendig sind, gehören in eine Sozialversicherung. Auch die tragbaren Grenzen der Selbstbeteiligung sind, wie ausländische Beispiele lehren, lange noch nicht erreicht.
- (4) Die Bürger werden sich aufgrund des demographischen Wandels und des kostenintensiven medizinischen Fortschritts trotzdem darauf einzustellen haben, dass

sie in Zukunft eher mehr Geld als heute für das Gesundheitswesen ausgeben müssen.

An diesen vier Punkten lässt sich eine vernünftige Fortentwicklung des Gesundheitswesens ausrichten. Das ist realistischer als Visionen zu versprechen, die letztlich niemandem helfen, aber fast allen schaden.