

Die Bürgerversicherung: Mehr gesundheitspolitische Hoffnung als realpolitische Option

Von Bert Rürup, 08. Dezember 2017

Die SPD wird in den vermutlich bald anstehenden Koalitionsverhandlungen mit der Union sicher eines ihrer Lieblingsthemen wieder einbringen: die Bürgerversicherung. Die private Krankenvollversicherung soll abgeschafft werden, alle Einwohner sollen in einer der gegenwärtig noch 112 gesetzlichen Krankenkassen versichert sein.

Das gegenwärtige Nebeneinander von umlagefinanzierten, solidarischen gesetzlichen Krankenkassen und substitutiven, kapitalgedeckten und mit risikoabhängigen Prämien kalkulierenden privaten Krankenversicherungen ist historisch gewachsen. Versicherungsökonomisch ist diese Dualität nicht zu begründen. So etwas gibt es sonst nur in Chile. Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 10. Juni 2009 eine Schutzwürdigkeit des etablierten Geschäftsmodells der privaten Vollversicherung eingeräumt. Eine radikale Reform wäre daher kaum verfassungskonform. Zudem erkennt auch die SPD an, dass die Alterungsrückstellungen der Privatkassen den Versicherten gehören, also keineswegs eine Manövriermasse zur Finanzierung eines Systemwechsels sind.

Derzeit sind rund 72 Millionen dauerhaft in Deutschland lebende Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert; 16 Millionen davon als beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige. Bei den privaten Krankenversicherungen (PKV) sind fast neun Millionen Menschen gegen die wirtschaftlichen Risiken von Erkrankung abgesichert. Davon sind 4,5 Millionen Vollversicherte ohne eine staatliche Beihilfe im Krankheitsfall und nahezu ebenso viele Beamte und Pensionäre mit Beihilfeansprüchen. Daten darüber, wie viele der in der PKV Versicherten in der GKV beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder wären, gibt es nicht. Unterstellt man eine in etwa gleiche Quote wie bei den bisherigen GKV-Mitgliedern, wären es rund zwei Millionen Menschen.

Da die ärztlichen Leistungen von der PKV besser honoriert werden, sind für die dort Versicherten die Wartezeiten auf Arzttermine deutlich kürzer. Zudem können Ärzte Privatversicherten neue Therapien verschreiben, weil sie in der PKV nach der Zulassung prinzipiell sofort erstattungsfähig sind. Dem zweifellos besseren Service und oft schnelleren Zugang zu innovativen Behandlungsmöglichkeiten, welche Privatpatienten genießen, steht allerdings das Risiko eines „Overdoctoring“ gegenüber.

Obwohl der Anteil der Privatpatienten nur etwa elf Prozent beträgt, machen aufgrund der höheren Vergütungssätze die Honorareinnahmen für die ambulante Behandlung dieser Patienten etwa ein Viertel der Praxisumsätze aus. So zahlten die PKV, die Beihilfe und die 8,8 Millionen Privatversicherten selbst 2015 – neuere Zahlen gibt es nicht – 10,7 Milliarden Euro an die Mediziner. Für 72 Millionen gesetzlich Versicherte erhielten die Ärzte im Jahr 2016 rund 36,5 Milliarden Euro. Angenommen, diese zusätzlichen Honorare entfielen, dann fehlten den Ärzten rund sechs Milliarden Euro pro Jahr, und der hohe technische und personelle Standard vieler Praxen könnte nicht aufrechterhalten werden. Betroffen von diesem Einnahmeausfall wären vor allem Praxen mit hohem Privatpatientenanteil, also vorrangig Facharztpraxen in westdeutschen Großstädten. Um die Ärzteschaft mit dem schleichenden Verschwinden der privaten Vollversicherung zu versöhnen, denkt die SPD an eine Anhebung der Vergütung für in der GKV versicherte Patienten zur Kompensation der bisherigen Mehreinnahmen durch Privatpatienten. Da die SPD mit nachvollziehbaren Gründen davon Abstand genommen hat, neben den Arbeitseinkommen auch Mieteinnahmen und Kapitaleinkünfte mit Kassenbeiträgen zu belegen, müssten dann gegebenenfalls entweder die Beitragssätze steigen, die Beitragsbemessungsgrenze spürbar angehoben werden oder der Steuerzuschuss erhöht werden. Denn ob die Mehreinnahmen durch die Überführung bisher Privatversicherter in die GKV wirklich die Mehrausgaben übersteigen würden, ist ungewiss. Schließlich sind keineswegs alle von ihnen Großverdiener; nicht wenige PKV-Mitglieder sind durchschnittlich verdienende Beamte, Rentner oder gar Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen. Die Bürgerversicherung würde mehr Gerechtigkeit schaffen, aber auch eine Menge neuen Ärger.

Mehr noch als die Befürworter der Bürgerversicherung spielen allerdings die Verteidiger des Status quo mit gezinkten Karten. Wenn etwa Arbeitgeberpräsident Ingo Kramer davon spricht, dass die Dualität von GKV und PKV zu effizienzsteigerndem Wettbewerb führt, dann verschweigt er, dass Voraussetzung dafür ein leicht möglicher Versicherungswechsel für alle Mitglieder wäre. Tatsächlich aber müssen alle abhängig Beschäftigten bis zur Versicherungspflichtgrenze in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sein. Wer einmal in eine Privatkasse gewechselt ist, kann außerdem meist nicht wieder in die GKV zurück. Effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen beiden Versicherungsformen gibt es also faktisch nicht. Wenn daher behauptet wird, dass die mutmaßlich von der SPD geforderte Abschaffung der PKV zugunsten einer Bürgerversicherung einen schmerzlichen Verlust an Wettbewerb im Gesundheitssystem bedeuten würde, ist dies schlicht falsch. Denn: Ein über individuelle, risikoadjustierte Prämien finanziertes, kapitalgedecktes System, in dem es faktisch keinen Wettbewerb der Versicherungen um Bestandskunden gibt, kann nicht in einem effizienzfördernden Wettbewerb mit einem umlagefinanzierten, solidarischen System stehen. Wenn es einen Wettbewerb zwischen diesen beiden Systemen gibt, dann den um die bislang in den gesetzlichen Kassen versicherten guten Risiken, also kinderlose und jüngere Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Es besteht also weit eher die Gefahr einer Risikoentmischung in dem Sinne, dass gute Risiken in die PKV mit ihren risikoadjustierten Prämien wechseln und schlechte Risiken in der GKV mit ihren risikounabhängigen Beiträgen bleiben.

Der einzige Vorteil, der aus der Existenz der privaten Vollversicherung für die gesetzlich Versicherten erwächst, ist ein recht generöser Leistungskatalog. Denn die bestehende Möglichkeit, dass gute Risiken aus der GKV in die PKV wechseln können, hat sich als eine Bremse für Leistungseinschränkungen in den

gesetzlichen Kassen erwiesen. Diesem Vorteil steht allerdings der Nachteil höherer Ausgaben gegenüber. Wolfgang Reitzle, ehemaliger Chef der Linde AG und ein

engagierter Befürworter der PKV, schreibt in seinem Gastkommentar im Handelsblatt vom 7. Dezember 2017: „Wer Gleichbehandlung nicht auf dem niedrigstmöglichen Niveau, sondern auf dem höchstmöglichen Niveau will, der kommt um eine private Komponente im Gesundheitssystem, um Markt-, Wettbewerbs- und Leistungsorientierung nicht herum.“ Diese Aussage hört sich besser an als sie inhaltlich ist. Denn: Das deutsche Gesundheitssystem ist gemessen an den Kosten in Relation zum Bruttoinlandsprodukt das drittteuerste und gemessen an den Pro-Kopf Ausgaben das fünftteuerste der Welt. Trotzdem liegt es hinsichtlich der Effizienz, also dem der medizinisch Versorgung zuzurechnenden „Gewinn an beschwerdefreien Lebensjahren“ und „vermeidbarer Sterblichkeit“, lediglich im Mittelfeld der 28 EU-Länder und hinter Frankreich, Italien, Zypern oder Schweden – obwohl es in diesen Ländern keine private Vollversicherung gibt.

Dennoch gäbe es für die SPD eine klügere Alternative als auf eine mit hohen verfassungsrechtlichen Risiken behaftete, zügige Abschaffung der privaten Vollversicherung zu pochen. Die Sozialdemokraten könnten nämlich kurzfristig für mehr Gleichbehandlung und mehr Wahlfreiheit im Gesundheitssystem eintreten. Ein erster Schritt wäre, beihilfefähige Tarife in der GKV zu entwickeln, um Beamten zumindest eine Wahlmöglichkeit zu eröffnen. Zudem sollte die Tarifgestaltung der GKV grundsätzlich überarbeitet werden. Diskutiert wird dabei seit Längerem über eine sogenannte „Kopfpauschale“. Dieses Konzept sieht vor, dass jeder Versicherte einen Pauschalbeitrag bezahlt – unabhängig von seinem Einkommen. Wer nun behauptet, es sei ungerecht, wenn die sprichwörtliche Krankenschwester genauso viel zahlen müsse wie der ebenso sprichwörtliche Chefarzt, der verschweigt, dass alle Pauschalprämienmodelle zwingend mit einem aus Steuern (und damit allen Quellen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit) finanzierten Sozialausgleich kombiniert sind. Simulationsrechnungen zeigen, dass so der gut verdienende Chefarzt letztlich deutlich mehr zu zahlen hätte als die „arme“ Krankenschwester. Die aus Steuern finanzierte Umverteilung von Reich zu Arm wäre also nicht nur umfassender, sondern auch viel zielgenauer als das bisherige System, da nur wirklich Bedürftige vom Sozialausgleich profitierten – und nicht etwa die Kinder oder die Ehefrau des zitierten Chefarztes oder die Krankenschwester, die mehrere Mietshäuser geerbt hat.

Diese Art der Finanzierung des solidarischen Belastungsausgleichs ist kein Alternativkonzept zur Bürgerversicherung. Denn die Abwägung zwischen lohnabhängigen Beiträgen und Pauschalen mit steuerfinanziertem Sozialausgleich bezieht sich ausschließlich auf die Frage, wie die individuelle Belastung ökonomisch sinnvoll und vor allem verteilungspolitisch zielgenau bemessen werden kann. Von der Größe des Versichertenkreises ist diese Abwägung völlig unabhängig.

Die SPD vermischt (wie Die Grünen und Die Linke) regelmäßig zwei Fragen, die nichts miteinander zu tun haben – nämlich die nach dem richtigen Versichertenkreis und die nach der richtigen Beitragsbemessung.

Diese – nicht selten bewusste – Vermengung ist bedauerlich. Für das Konzept von Pauschalbeiträgen mit einem integrierten, steuerfinanzierten Sozialausgleich hat auch der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2006/07 vehement geworben. Dahinter steht die richtige Überzeugung, dass die Umverteilung von Reich zu Arm eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die aus allen Quellen der

gesamtwirtschaftlichen Leistungsfähigkeit finanziert werden sollte und eben nicht nur aus Lohneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Wie dies funktioniert, kann man in der Schweiz oder den Niederlanden beobachten.

Anstatt sich mit der Forderung einer schnellen Einführung der Bürgerversicherung zu verheben, sollte die SPD mehr darauf pochen, den Sozialausgleich zielgenauer zu machen. Dass dieser heute nur aus Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze und nicht aber allen Einkommen, also aus Steuermitteln, finanziert wird, ist tatsächlich sozial ungerecht.

Den Sozialausgleich für alle in der GKV-Versicherten zielgenauer zu machen, wäre durchaus eine gesundheitspolitische Reform, die einer Großen Koalition würdig wäre und mit der die SPD bei ihren Anhängern punkten könnte.