

# IX. Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Pauschalprämienmodell contra Bürgerversicherung

Zu den gegenwärtigen Kontroversen um soziale Gerechtigkeit, gehört der Streit um die gerechte Finanzierung der Kosten des Gesundheitswesens. Bis weit in die 1990er Jahre hinein war das traditionelle System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland als solches nicht umstritten. Das galt auch für einen seiner zentralen Bestandteile, nämlich für die Einkommensumverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft. Sie kommt dadurch zustande, dass die Beiträge prozentual nach dem der Versicherungspflicht unterliegenden Einkommen – d.h. in der Regel vom Arbeitslohn – berechnet werden, während die Leistungen, also die gesundheitliche Versorgung, sich nach dem medizinischen Bedarf richten und somit vom Einkommen unabhängig sind, wenn man vom Krankengeld absieht, dessen Anteil an den Ausgaben der Krankenkassen aber gering ist. Das System der gesetzlichen Krankversicherung folgt also dem Grundsatz: »jeder nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem medizinischen Bedarf«.

## 1 Der politische Streit Anfang der 2000er Jahre

Erst ab Ende der 1990er Jahre wurde grundsätzliche Kritik an dem bis dahin allgemein akzeptierten System der gesetzlichen Krankenversicherung laut. Das geschah nicht zuletzt unter dem Eindruck der Tatsache, dass der Anstieg der Beitragssätze nicht gebremst werden konnte, obwohl der Gesetzgeber – unabhängig von der parteipolitischen Richtung der jeweiligen Bundesregierung – mit einer nahezu ununterbrochenen Folge von »Gesundheitsreformen« und Konsolidierungsgesetzen gegenzusteuern versuchte. Liberal orientierte Wirtschaftswissenschaftler sahen in einer stärker marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens die einzige Möglichkeit, die Beitragsentwicklung unter Kontrolle zu bringen. Sie gewannen die Überzeugung, dass vor allem die interne Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und die lohnbezogene Berechnung der Kassenbeiträge einer effizienteren marktwirtschaftlichen Steuerung entgegenstünden. Daraus ergab sich dann die Forderung, die nach der Lohnhöhe gestaffelten Krankenversicherungs-

beiträge durch einkommensunabhängige »Pauschalprämien« (auch »Kopfpauschalen« oder »Kopfprämien« genannt) zu ersetzen und den sozialen Ausgleich über den Staatshaushalt statt innerhalb der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung zu organisieren.

Diese Auffassung wurde – mit gewissen Abwandlungen – in der Wirtschaftswissenschaft zur vorherrschenden Meinung (vgl. Sachverständigenrat 1996, Sachverständigenrat 2002, Donges u. a. 2002, Henke u. a. 2002, Knappe/Arnold 2002, Sachverständigenrat 2003, Pimpertz 2003, Breyer u. a. 2004, Rürup/Wille 2004) und fand auch in die Gutachten von Kommissionen Eingang, die zur Beratung von Regierung und Parteien einberufen worden waren (Nachhaltigkeitskommission 2003, Herzog-Kommission 2003, Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi 2010). Die Anhänger des traditionellen Krankenversicherungssystems antworteten mit einem Gegenmodell zur Pauschalprämie, der »Bürgerversicherung«, dessen Kern darin besteht, das Prinzip »jeder nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem medizinischen Bedarf« nicht nur zu bewahren, sondern konsequenter als bisher zur Geltung zu bringen (vgl. Lauterbach 2004, SPD-Projektgruppe Bürgerversicherung 2004, Greß/Rothgang 2010). Die »Bürgerversicherung« wurde nicht nur von den sozialpolitischen Traditionalisten wie etwa den Gewerkschaften propagiert, sondern auch von den Parteiführungen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen, die auf diese Weise ihr sozialpolitisches Profil wieder verbessern konnten, das unter den Renten- und Arbeitsmarktreformen der Regierung Schröder gelitten hatte. Zugleich übten die Befürworter der Bürgerversicherung heftige Kritik am Pauschalprämienmodell (z. B. Pfaff/Pfaff 2004, Wasem u. a. 2003).

Politische Brisanz bekam das Pauschalprämienmodell dadurch, dass es von der CDU auf ihrem Leipziger Bundesparteitag von 2003 beschlossen (CDU 2003, S. 20–30) und darüber hinaus in das gemeinsame Wahlprogramm von CDU und CSU für die Bundestagswahl 2005 übernommen wurde (CDU/CSU 2005, S. 30f.). Im Wahlkampf erwies sich die »Kopfprämie« allerdings als ziemlich unpopulär und war vielleicht auch mit ursächlich dafür, dass die Union die angestrebte schwarz-gelbe Mehrheit verfehlte. Nachdem das Pauschalprämienmodell während der Großen Koalition auf Eis gelegen hatte, wurde es bei Bildung der schwarz-gelben Koalition 2009 wieder aktuell. Zwar scheuten CDU und CSU vor dem Systembruch zurück, zu dem ihr kleinerer Koalitionspartner FDP sie drängte, aber das »Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung«, das am 12. November 2010 vom Bundestag verabschiedet wurde und am 1. Januar 2011 in

Kraft getreten ist, kann als Versuch gewertet werden, das herkömmliche Krankenversicherungssystem langsam und in kleinen Schritten in Richtung des Pauschalprämienmodells zu transferieren.

Beim Streit um das Pauschalprämienmodell geht es nicht nur um versicherungstechnische Regelungen, sondern auch um die Zukunft zweier entscheidender Leitideen des sozialstaatlichen Gerechtigkeitsparadigmas, nämlich der Verteilungsgerechtigkeit und der kollektiven sozialen Sicherheit. Die gewachsene Institution der gesetzlichen Krankenversicherung ist in ihrer mehr als 100-jährigen Geschichte zu einem Symbol dieser Leitideen geworden. Deshalb löst der Versuch, diese Institution von Grund auf umzugestalten, heftige politische Leidenschaften aus. Dies ist der Grund, warum im Folgenden die Kontroverse um das Pauschalprämienmodell näher analysiert wird. Die Analyse wirft ein Licht auf den Konflikt zwischen dem sozialstaatlichen und dem post-sozialstaatlichen Gerechtigkeitsparadigma. Sie zeigt zudem, dass es bei sozialpolitischen Reformen nicht nur auf die unmittelbaren praktischen Auswirkungen ankommt, sondern dass nicht zuletzt auch Gerechtigkeitsymbole im Spiel sind, die eine erstaunliche politische Wirkungskraft entfalten können.

## 2 Der Ausgangspunkt: die Kritik am bestehenden Krankenversicherungssystem

Bevor das Pauschalprämienmodell und sein Gegenmodell, die Bürgerversicherung, in den Grundzügen erläutert werden können, muss auf die Kritik am bestehenden Krankenversicherungssystem eingegangen werden. Es gibt eine Reihe von Konstruktionsproblemen, die Anlass für die Reformdiskussion geben; zum Teil herrscht in dieser Hinsicht auch Übereinstimmung zwischen den ansonsten kontroversen Positionen. Der Problemhintergrund des Streites soll im Folgenden verständlich gemacht werden. Dabei geht es vor allem um folgende Punkte:

1. fehlende Kostentransparenz und blockierter Wettbewerb,
2. mangelhafte Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs,
3. Erosion der Beitragseinnahmen,
4. Belastung der Wirtschaft durch hohe »Lohnnebenkosten«,
5. der Dualismus von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und das Problem der »Zweiklassenmedizin«.

## 2.1 Fehlende Kostentransparenz und blockierter Wettbewerb

Der Impuls für die Einführung eines Pauschalprämienmodells anstelle der traditionellen solidarischen Finanzierung ist, wie bereits erwähnt, von der marktwirtschaftlich-liberal orientierten Wirtschaftswissenschaft ausgegangen. Ökonomen, die in den Bahnen der → neoklassischen Wirtschaftstheorie denken, stehen Einrichtung wie der Sozialversicherung im Allgemeinen und der traditionellen gesetzlichen Krankenversicherung im Besonderen ohnehin skeptisch gegenüber, weil sie in ihr Anreize zu Fehlsteuerung und Verschwendung vermuten. Grundsätzlich sehen sie ein Problem darin, dass die Versicherten durch den Abschluss einer Versicherung in die Lage versetzt werden, »kostenlos« – d.h. ohne zusätzliche Kosten über den bereits bezahlten Versicherungsbeitrag hinaus – Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Dadurch entstehe das Phänomen des *moral hazard* oder »moralischen Risikos«. Damit ist gemeint, dass die bloße Tatsache, versichert zu sein, die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das versicherte Risiko – in diesem Fall Krankheit und Bedarf an medizinischer Behandlung – tatsächlich eintritt. Der liberalen Versicherungstheorie nach kann *moral hazard* nur durch spürbare Selbstbeteiligungen und durch risikoabhängige Versicherungsprämien wirksam bekämpft werden; die Letzteren bewirken, dass man, wie es z. B. in der deutschen Kfz-Haftpflichtversicherung praktiziert wird, im Schadensfall in eine höhere Risikoklasse eingestuft wird und höhere Prämien zahlen muss.

Wenn schon in einer privaten Versicherung solche Fehlsteuerungsprobleme auftreten, so müssen sie in der Optik der traditionellen Ökonomie umso größer sein, wenn ein Missverhältnis zwischen dem gezahlten Versicherungsbeitrag und der in Anspruch genommenen Versicherungsleistung besteht. Ein solches Missverhältnis ist aber geradezu zwingend, wenn die Krankenversicherungsbeiträge nach dem Einkommen gestaffelt sind. Bei Versicherten mit niedrigem Einkommen liegen die Beiträge unter den Kosten der medizinischen Behandlung; die Gesundheitsleistungen erscheinen ihnen als zu billig und werden in höherem Maß konsumiert, als dies notwendig wäre. Umgekehrt ist es bei Versicherten mit höherem Einkommen: Sie müssen mehr zahlen als es ihrem Gesundheitskonsum entspricht; das könnte dazu verleiten, zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, um die Beiträge wieder hereinzuholen. Wenn die Höhe des Beitrags vom Einkommen abhängt, sind die wahren Kosten des Versicherungsschutzes nicht sichtbar, sondern werden durch die Einkommensumverteilung verzerrt.

Könnten die Versicherten jedoch die Kosten und Leistungen der Versicherung einander klar zuordnen, dann wären sie in der Lage, zwischen

günstigeren und weniger günstigen Krankenkassen zu wählen und somit zwischen ihnen einen echten Preiswettbewerb auszulösen. Dies würde dann seinerseits die Kassen veranlassen, Druck auf die konkurrierenden Erbringer von Gesundheitsleistungen – also auf Ärzte, Krankenhäuser, Hersteller von Arzneimitteln usw. – auszuüben und damit für niedrigere Preise und bessere Qualität zu sorgen. Ein solcher echter Wettbewerb ist aus der Sicht liberaler Gesundheitsökonomien die einzige Lösung für das Problem der wachsenden Gesundheitskosten. Durch das bestehende Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung wird diese Lösung aber blockiert.

Folgt man dieser Einschätzung, dann ergibt sich als zwingende Konsequenz, dass der Grundsatz »jeder nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem medizinischen Bedarf« aufgegeben werden muss und dass der Krankenversicherungsschutz klar von der Einkommensumverteilung zu trennen ist. Der Krankenversicherungsbeitrag muss demnach für alle Versicherten unabhängig vom Einkommen gleich hoch sein. Soweit die Politik das Ziel der Einkommensumverteilung verfolgt, darf sie das nicht durch die Beitragsberechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung tun, sondern nur im Staatshaushalt, d. h. durch Steuern und steuerfinanzierte staatliche Sozialleistungen.

## 2.2 Mangelhafte Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs

Der Idee nach soll das bestehende gesetzliche Krankenversicherungssystem gewährleisten, dass alle Versicherten ihrer finanziellen Leistungskraft entsprechend Beiträge entrichten und nach Bedarf medizinische Leistungen erhalten. Sowohl die Befürworter des Pauschalprämienmodells als auch diejenigen, die der Bürgerversicherung den Vorzug geben, sind sich einig, dass dieses Ziel bei der gegenwärtigen Ausgestaltung nur sehr unvollkommen erfüllt wird. Allerdings ziehen sie daraus entgegengesetzte Konsequenzen: Die einen wollen die einkommensbezogenen Krankenversicherungsbeiträge ganz abschaffen, weil sie ihrer Meinung nach in einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem ohnehin fehl am Platz sind. Die anderen wollen die krankenversicherungsinterne Umverteilung zielgenauer ausgestalten und das System deshalb zur Bürgerversicherung weiterentwickeln.

Diese Diskussion wird leichter verständlich, wenn man sich vor Augen führt, dass sich in der in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht weniger als sieben Umverteilungsmechanismen überlagern:

1. Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken: Dies ist der normale versicherungstechnische Basismechanismus, der in jeder Versicherung – sei sie gesetzlich oder privat – stattfindet. Der Versicherer nimmt dem Versicherten gegen Zahlung eines Preises ein bestimmtes Risiko ab. Im Ergebnis zahlen dann diejenigen, bei denen das Versicherungsrisiko nicht eingetreten ist, für jene, die es getroffen hat.
2. Ausgleich zwischen Versicherten mit geringem und hohem Krankheitsrisiko: Während die private Krankenversicherung die Höhe ihrer Prämien von einer Gesundheitsprüfung beim Abschluss des Vertrags abhängig macht und gegebenenfalls Risikozuschläge verlangt oder Leistungsausschlüsse vereinbart, ist dies in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht der Fall.<sup>1</sup> Der Ausgleich zwischen Risikoklassen bewirkt bereits eine soziale Umverteilung, durch die sich die Sozialversicherung von allen Formen der privaten Versicherung unterscheidet.
3. Umverteilung von Männern auf Frauen: Sie ergibt sich aus der Tatsache, dass die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung für beide Geschlechter gleich hoch sind, obwohl Frauen wegen ihrer höheren Lebenserwartung und wegen der möglichen Schwangerschaft ein höheres Risiko darstellen.
4. Umverteilung von Junge auf Alte: Die Höhe des Beitrags hängt nicht vom Lebensalter ab. Da das Krankheitsrisiko mit dem Lebensalter steigt, findet eine Umverteilung zwischen Generationen – im Sinne gleichzeitig lebender Altersgruppen – statt. Die private Krankenversicherung kennt keine solche intergenerative Umverteilung.<sup>2</sup>
5. Umverteilung von Einkommensstärkere auf Einkommenschwächere: Die Beiträge werden dem Einkommen nach der Versicherten berechnet, während die Leistungen – vom Krankengeld abgesehen, das aber nur einen geringen Teil des Leistungsvolumens ausmacht – nur vom medizinischen Bedarf abhängen.
6. Umverteilung von Ledige auf Verheiratete: Sie ergibt sich aus der kostenlosen Familienversicherung für die nicht berufstätigen Ehegatten von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung kennt solche Leistungen nicht, denn hier muss für jedes Familienmitglied eine eigene Versicherung abgeschlossen werden.
7. Umverteilung von Kinderlose auf Versicherte mit Kindern: Diese resultiert ebenfalls aus der kostenlosen Familienversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In der privaten Krankenversicherung müssen hingegen auch die Kinder eigenständig versichert werden.

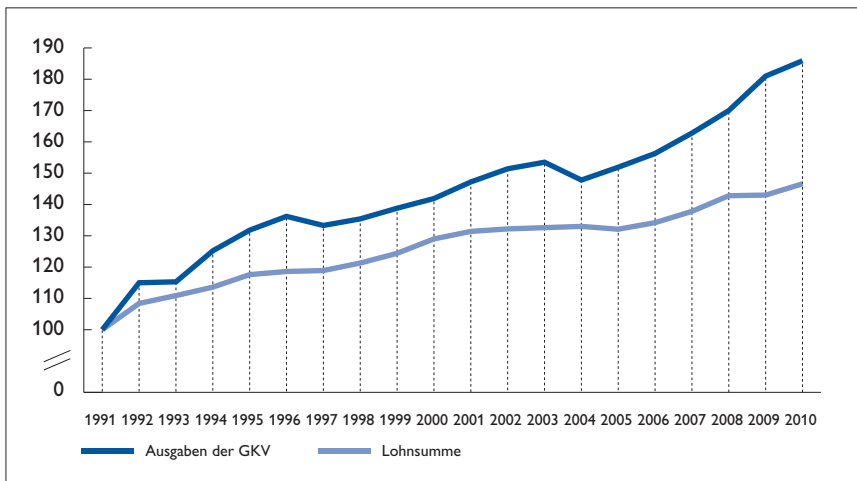
Die ersten vier der sieben aufgezählten sieben Umverteilungsmechanismen – zwischen Gesunden und Kranken, zwischen den Risikogruppen, zwischen den Geschlechtern und zwischen Jungen und Alten – werden nicht nur von den Anhängern der Bürgerversicherung, sondern auch von den meisten Befürwortern des Pauschalprämienmodells als notwendige Bestandteile der Sozialversicherung anerkannt und nicht in Frage gestellt. Lediglich die interne Einkommensumverteilung (Nr. 5) und die familienpolitische Umverteilung (Nr. 6 und 7) werden kritisiert, und zwar charakteristischerweise von beiden Lagern. Aus folgenden Gründen wird hier der angestrebte Sozialausgleich nur unvollkommen erreicht:

1. Nur ein – wenn auch großer – Teil der Bevölkerung, nämlich etwa 90%, gehört der gesetzlichen Krankenversicherung. Die anderen 10%, die in der Regel höhere Einkommen beziehen als die gesetzlich Versicherten, sind privat versichert und nehmen am krankensicherungsinternen Solidarausgleich nicht teil; hauptsächlich handelt es sich dabei um Beamte, Selbstständige und gut verdienende Angestellte.<sup>3</sup>
2. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Solidarausgleich durch die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze verzerrt: Wenn das versicherungspflichtige Arbeitsentgelt diese Grenze, die derzeit (2012) bei 3825 Euro monatlich liegt, überschreitet, werden die darüber liegenden Entgeltbestandteile nicht mit zusätzlichen Beiträgen belastet. Es gibt demnach einen Höchstbeitrag und diese Deckelung bewirkt, dass Versicherte mit einem höherem Arbeitsentgelt nicht entsprechend ihrer tatsächlichen Einkommenshöhe zum Solidarausgleich beitragen müssen.
3. Die Beiträge der pflichtversicherten Arbeitnehmer werden nach dem Arbeitslohn berechnet. Andere Einkünfte der Versicherten – z. B. Einkünfte aus Vermögen, Vermietung und Verpachtung oder aus einer zusätzlich ausgeübten selbstständigen Tätigkeit – werden nicht berücksichtigt. Es ist also möglich, dass Personen mit niedrigem Arbeitseinkommen, aber hohem sonstigem Einkommen von der versicherungsinternen Einkommensumverteilung profitieren.
4. Nicht erwerbstätige Ehegatten von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung sind beitragsfrei versichert.<sup>4</sup> Dieser krankensicherungsinterne Familienausgleich wird aus mehreren Gründen kritisiert: Erstens ist er nicht an die Bedingung geknüpft, dass Kinder erzogen werden; er stellt also eine Subvention der »Hausfrauenehe« dar. Zweitens kommt es wegen der »Beitragsbemessungsgrenze« zu unsinnigen und sozial ungerechten Effekten.<sup>5</sup>

## 2.3 Erosion der Beitragseinnahmen

Im bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Ausgaben durch Beiträge gedeckt, die in der Regel prozentual von den Arbeitslöhnen berechnet werden. Sie wurden von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern hälftig getragen, bis die paritätische Finanzierung zugunsten der Arbeitgeber modifiziert wurde.<sup>6</sup> Die Einnahmen der Krankenkassen hängen damit von der Entwicklung der Lohnsumme ab. Die Erfahrung hat allerdings gezeigt, dass die Ausgaben der Krankenkassen im längerfristigen Durchschnitt deutlich stärker steigen als die Lohnsumme (s. *Abbildung 29*).

**Abb. 29: Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bruttolohnsumme in Deutschland 1991 bis 2010 (1991 = 100)**

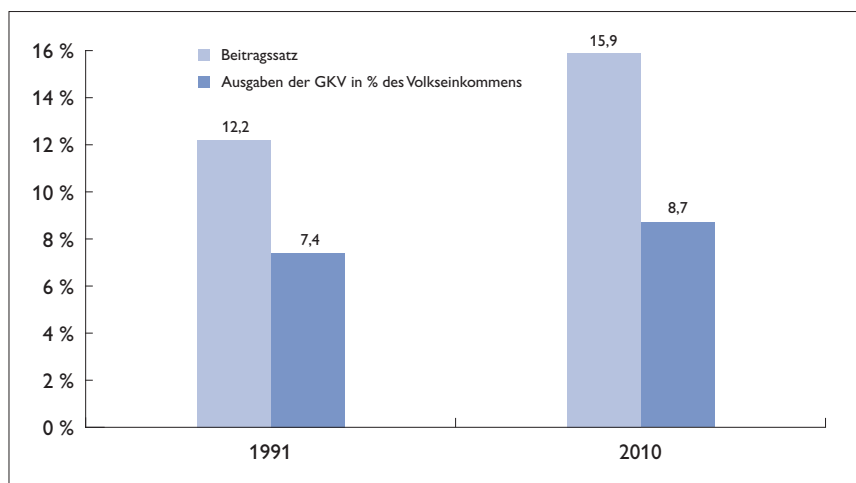


Eigene Grafik. Datenquelle: Statistisches Taschenbuch 2010 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), Tabellen 8.2 und 1.12.

Diese Diskrepanz ist nicht nur auf die Kostensteigerungen bei den Gesundheitsleistungen zurückzuführen, sondern auch auf die Tatsache, dass der Anteil der Löhne am → Volkseinkommen (→ »Lohnquote«) rückläufig ist (→ Kap. III.1.1). Wie *Abbildung 30* zeigt, ist der Anteil der Krankenkassenausgaben am → Bruttoinlandsprodukt von 1991 bis 2008 nur um 0,6%-Punkte gestiegen; der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag hat sich dagegen in der gleichen Zeit um 2,8%-Punkte erhöht.<sup>7</sup>



Abb. 30: Beitragssatz der GKV und Anteil der Ausgaben am BIP 1991 und 2010



Eigene Grafik. Datenquelle: Statistisches Taschenbuch 2010 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), Tabellen 7.7, 8.2 und 1.12.

Offenbar entwickeln sich die Gesundheitsausgaben in etwa im Gleichschritt mit dem Bruttoinlandsprodukt oder steigen jedenfalls nur geringfügig stärker als dieses – was auch eine Folge der zahlreichen gesetzgeberischen Eingriffe der letzten Jahrzehnte sein dürfte. Entscheidend ist demnach, dass die Lohnquote sinkt, was letztlich auf die in Kapitel III beschriebenen Strukturveränderungen in den entwickelten westlichen Volkswirtschaften zurückzuführen ist. Die Ankoppelung der Beiträge an die Arbeitslöhne verursacht daher ein strukturelles Einnahmeproblem für die Krankenkassen. Die Erosion der Beitragseinnahmen – im Vergleich zur Ausgabenentwicklung – ist, so kann man sagen, systembedingt.

## 2.4 Belastung der Wirtschaft durch hohe »Lohnnebenkosten«

Zusammen mit der mangelnden Kostentransparenz und der eingeschränkten Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs im Gesundheitswesen sind die sogenannten → Lohnnebenkosten aus der Sicht der neoklassischen der Ökonomie der wichtigste Kritikpunkt an der bestehenden Sozialversicherung. Wenn die Kosten der sozialen Sicherung prozentual auf die Arbeitslöhne

umgelegt werden, dann erhöht dies die Arbeitskosten und dies muss sich nach herrschender Meinung zwangsläufig nachteilig auf die Beschäftigung auswirken und die Arbeitslosigkeit erhöhen. Diese Gefahr sieht man vor allem im Bereich arbeitsintensiver einfacher Dienstleistungen, bei denen der Anteil der Arbeitskosten an den Gesamtkosten besonders hoch ist.

Die Vermutung, dass die lohnbezogenen Sozialversicherungsbeiträge beschäftigungsschädlich seien, ergibt sich zunächst einmal aus der Tatsache, dass – wie es in der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist – (annähernd) die Hälfte der Beitragslast von den Arbeitgebern getragen werden muss. Diese Arbeitgeberbeiträge wirken wie eine Lohn-erhöhung: Die Nachfrage nach Arbeitskräften geht zurück, weil ein Teil der Unternehmen Maschinen statt menschliche Arbeit einsetzt und ein anderer wegen zu hoher Kosten die Produktion einstellen muss und aus dem Markt ausscheidet. Aber auch derjenige Teil der lohnbezogenen Beiträge, der von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern selbst getragen wird, ist nach dieser Theorie problematisch. Abzüge vom Arbeitslohn mindern nämlich den Arbeitsanreiz bzw. stärken die Neigung, Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen oder einer Schwarzarbeit nachzugehen statt angebotene Arbeit anzunehmen. Auf diese Weise entsteht nach herrschender Meinung ein »Abgabenkeil«: Der lohnbezogene Arbeitgeberbeitrag reduziert die Arbeitskräftenachfrage und der lohnbezogene Arbeitnehmerbeitrag vermindert das Arbeitskräfteangebot. Beides zusammen muss diesem Argument zufolge tendenziell zum Rückgang der Beschäftigung bzw. zum Anstieg der Arbeitslosigkeit führen (zur Theorie des »Abgabenkeils« vgl. Rürup 2003).

Es ist hier nicht möglich, die in der ökonomischen Theorie vorherrschende Theorie der Lohnnebenkosten näher darzustellen und ihre Schwachstellen zu beleuchten (zur Kritik der Lohnnebenkostentheorie aus →keynesianischer Sicht s. Bontrup 1998). Es muss der Hinweis genügen, dass die Einschätzung, der Senkung oder nach Möglichkeit vollständigen Beseitigung der Lohnnebenkosten komme eine zentrale Bedeutung für den Arbeitsmarkt zu, eines der entscheidenden Argumente für die Forderung nach grundlegender Umgestaltung der traditionellen Krankenversicherung und für das Pauschalprämienmodell darstellt. Auch die Gesundheitsreform der CDU/CSU-FDP-Koalition von 2010 folgte dieser Linie. Nach diesem Gesetz wird der lohnbezogene Beitragssatz zur Krankenversicherung ab 2011 nicht mehr erhöht und weitere Kostensteigerungen im Gesundheitswesen müssen über einen von allen Versicherten in gleicher Höhe zu zahlenden Zusatzbeitrag aufgefangen werden. Dieser gleitende langfristige Übergang zum Pauschalprämienmodell wird damit begrün-

det, dass die Arbeitskosten begrenzt und deshalb die Kosten der sozialen Sicherung von den Löhnen abgekoppelt werden müssten.<sup>8</sup>

## 2.5 Der Dualismus von gesetzlicher und privater Krankenversicherung

In Deutschland sind, wie bereits ausgeführt wurde, beinahe 90% der Bevölkerung in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen, die restlichen rd. 10% bis auf wenige Ausnahmen in der privaten.<sup>9</sup> Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung folgt keinem inhaltlich nachvollziehbaren Prinzip, sondern ist das Ergebnis der historischen Entwicklung. Das Nebeneinander von gesetzlichem und privatem Versicherungssystem ist nicht nur die Ursache zahlreicher Funktionsmängel des deutschen Gesundheitswesens, sondern auch ein ernsthaftes Gerechtigkeitsproblem. Diese duale Struktur ist im Übrigen eine deutsche Spezialität, es gibt sie in keinem anderen europäischen Land (vgl. Greß u. a. 2009).

### 2.5.1 Die Besonderheiten der privaten Krankenversicherung

Die systematisch wichtigste Besonderheit der privaten im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass die Höhe des Beitrags unabhängig vom Einkommen und ausschließlich nach dem individuellen Krankheitsrisiko des Versicherten kalkuliert wird. Das bedeutet, dass sich die Umverteilung innerhalb der privaten Krankenversicherung auf den normalen versicherungstechnischen Basismechanismus, d. h. auf den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken der gleichen Risikoklasse beschränkt. Einen Ausgleich zwischen Risikogruppen und Geschlechtern, zwischen Jungen und Alten, Armen und Reichen, Ledigen und Verheirateten oder zwischen Versicherten mit Kindern und solchen ohne Kinder (→ Kap. IX.2.2), so wie ihn die gesetzlichen Krankenversicherungen kennen, gibt es also nicht. Darüber hinaus sind folgende wichtige Besonderheiten zu erwähnen:

- In der privaten Krankenversicherung gilt das »Kostenerstattungsprinzip«: Die Versicherten müssen die Rechnung für die medizinische Versorgung zunächst selbst begleichen und erhalten dann von ihrer Kasse eine Erstattung. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt hingegen das »Sachleistungsprinzip«; Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker usw. erhalten ihre Vergütung direkt von der Krankenkasse.
- Die private Krankenversicherung verlangt von den Versicherten im Regelfall eine → Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten. Dieser früher

charakteristische Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung hat sich allerdings erheblich relativiert, seit auch dort in immer größerem Umfang Zuzahlungen, Praxisgebühren und Leistungsausschlüsse üblich geworden sind.

- Die Versicherung in einer privaten Krankenversicherung eröffnet die Möglichkeit der Behandlung als Privat- statt als Kassenpatient. Für diese Patienten dürfen Ärzte und Krankenhäuser höhere Vergütungen berechnen als für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Alle Anzeichen sprechen dafür, dass sie daher auch bevorzugt behandelt werden. Außerdem übernehmen die privaten Krankenkassen häufig Behandlungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bezahlt werden.
- Die privaten Krankenversicherungen bilden einen Kapitalstock. Dieser Kapitalstock entsteht, weil für die jüngeren Versicherten Altersrückstellungen für die höheren Aufwendungen, die nach der statistischen Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, gebildet werden. Die gesetzliche Krankenversicherung wird hingegen konsequent nach dem → Umlageverfahren finanziert, d.h.; dass dort – ähnlich wie in der gesetzlichen Rentenversicherung – ein »intergenerativer« Ausgleich zwischen Jung und Alt stattfindet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Leistungen der privaten Krankenversicherung tendenziell besser und die Beiträge zwar nicht generell, aber in bestimmten Fallkonstellationen deutlich günstiger sind als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Paradox – günstigere Beiträge bei höheren Leistungen – wird möglich durch die »Risikoselektion«: Bei der privaten Krankenversicherung sammeln sich tendenziell die wohlhabenderen Versicherten mit dem besseren Gesundheitszustand und dem geringeren Krankheitsrisiko, während bei den gesetzlichen Krankenkassen die Ärmere und Kränkere verbleiben. Diese Risikoselektion aber ist das Ergebnis der historisch gewachsenen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Sie bewirken, dass unterschiedliche Bevölkerungsgruppen versicherungsrechtlich und bei der medizinischen Versorgung ungleich behandelt werden, sodass man von einer versteckten Umverteilung zulasten der gesetzlich Versicherten und zugunsten der Privatversicherten sprechen kann.<sup>10</sup> Dieser Tatbestand ist aus der Sicht mancher Experten verantwortlich für eine Tendenz zur Ausprägung einer Zweiklassen-Medizin und für Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen.

Es gibt gute Gründe für die Einschätzung, dass dieses unkoordinierte Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung unter den Mängeln des bestehenden Systems besonders schwer wiegt, und zwar

nicht nur unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit, sondern auch wegen der nachteiligen Wirkung auf die Transparenz, den Wettbewerb und die Effizienz des Gesundheitswesens. Die meisten der Reformer, die für ein Pauschalprämienmodell plädieren und damit den radikalen Umsturz der historisch gewachsenen Institutionen fordern, übergehen dieses Problem allerdings stillschweigend oder verteidigen sogar ausdrücklich die Sonderrolle der privaten Krankenversicherung.

### 2.5.2 Die »Drei-Klassen-Versicherung« in Deutschland

Vereinfacht gesprochen teilt der Gesetzgeber die Bevölkerung in Deutschland in drei Gruppen, sodass man auch von einer »Drei-Klassen-Versicherung« reden kann:

1. Die Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenversicherung; das sind die Arbeiter/Arbeiterinnen und Angestellten, deren Arbeitsentgelt die → Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt, die pflichtversicherten Rentnerinnen und Rentner sowie einige weitere Gruppen (vgl. Anmerkung 3 zu diesem Kapitel). Zur dieser Gruppe gehören faktisch auch die Kinder und nicht erwerbstätigen Ehegatten der Pflichtversicherten, die über die Familienversicherung Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen haben.
2. Personen, die zwischen der privaten Krankenversicherung und der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung wählen können. Dies sind vor allem Angestellte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie Selbstständige, die vor Aufnahme ihrer selbstständigen Tätigkeit, also zu Beginn ihres Berufslebens, in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert waren.
3. Diejenigen, denen die gesetzliche Krankenversicherung aus rechtlichen Gründen oder faktisch versperrt ist und die sich daher nur in der privaten Krankenversicherung absichern können. Diese Gruppe, deren Angehörige man als die »Pflichtversicherten« der privaten Krankenversicherung bezeichnen könnte, rekrutiert sich vor allem aus Beamten<sup>11</sup> sowie aus den Selbstständigen, soweit sie nicht zur zweiten Gruppe gehören. Dazu gehören auch Selbstständige mit geringem Einkommen, die zuvor nicht abhängig beschäftigt waren. Zu dieser Gruppe gehören zudem die von Jugend an Behinderten, deren Eltern keine Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse waren, oder Hausfrauen nach der Scheidung, wenn der Ehemann nicht gesetzlich versichert war. Auch im Falle dieser Gruppe muss man die Kinder und nicht erwerbstätigen Ehegatten hinzurechnen.

Der zweiten Gruppe, die in der gesetzlichen Krankenversicherung zwar nicht versicherungspflichtig, aber versicherungsberechtigt ist, wird das Vorrecht zugestanden, sich an der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung nur dann zu beteiligen, wenn es für sie Vorteile verspricht, sich im Übrigen aber privat zu versichern, wenn es für sie persönlich günstiger ist. Generell kann man sagen, dass sich die Option zugunsten der Privatversicherung umso eher empfiehlt, je jünger man zum Zeitpunkt der Wahl ist, je besser der Gesundheitsstand ist und je weniger Familienangehörige man mitversichern muss. Die gesetzliche Krankenversicherung hingegen ist günstiger für Ältere, Kränkere und für Personen mit mehreren Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten.

Der ersten Gruppe, d. h. der Mehrzahl der abhängig Beschäftigten wird dieses Wahlrecht verwehrt. Sie müssen in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben und an deren Umverteilungsmechanismus teilnehmen, auch wenn der private Versicherungsschutz für sie günstiger wäre. Darüber hinaus müssen sie die »schlechten Risiken« aus der privilegierten zweiten Gruppe mitfinanzieren: Wenn diese sich nämlich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern, dann sind ihre Krankheitskosten tendenziell höher als ihre Beiträge, sodass die Differenz von der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten getragen werden muss; die »guten Risiken« der zweiten Gruppe sind hingegen in der Regel privat versichert und müssen nicht zur Finanzierung der Krankheitskosten der »schlechten Risiken« aus ihrer Gruppe beitragen.

Die Angehörigen der dritten Gruppe sind hingegen gänzlich aus der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrem Solidarausgleich ausgeschlossen, auch wenn der private Versicherungsschutz für sie im Einzelfall eine finanzielle Überforderung bedeutet.

Besonders gravierend wirkt sich das Wahlrecht der zweiten Gruppe aus, denn es ist im Wesentlichen für die Risikoselektion zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich. Hier stehen die gesetzlichen Krankenkassen in ständiger Konkurrenz mit den privaten Versicherungen; daher steht der Gesetzgeber unter dem Druck, nicht so sehr die Interessen der Pflichtversicherten insgesamt als vielmehr die der umworbenen Teilgruppe der Wahlberechtigten zu berücksichtigen, z. B. indem die Beitragsbemessungsgrenze relativ niedrig gehalten wird oder durch die Einführung von sogenannten → Wahltarifen und → Beitragsrückerstattungen, wie es mit der Gesundheitsreform der Großen Koalition geschehen ist. Die Benachteiligten in dem beschriebenen System der »Drei-Klassen-Versicherung« sind die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit mittlerem Einkommen, die der Pflichtversicherung in der gesetzlichen

Krankenversicherung nicht entweichen können. Sie sind gezwungen, die notwendige solidarische Umverteilung allein zu schultern, während sich die Besserverdienenden daran nicht beteiligen müssen.

Das geschilderte Drei-Klassen-Versicherungssystem ist historisch gewachsen. Es beruht auf der Tatsache, dass die gesetzliche Krankenversicherung ursprünglich ausschließlich für die Arbeiter – und sogar nur für einen Teil der Arbeiter – konzipiert war, weshalb alle anderen Berufsgruppen auf die Privatversicherung angewiesen waren. Auch als dann später weitere Teile der Bevölkerung, vor allem die Angestellten, in die Versicherungspflicht einbezogen wurden, mussten allein schon deswegen Befreiungsmöglichkeiten vorgesehen werden, weil es sich dabei um Personenkreise handelte, die in der Vergangenheit zum Teil bereits private Versicherungsverträge abgeschlossen hatten. Ähnlich verhielt es sich mit den Beamten und ihren Familienangehörigen, denen der Staat im Rahmen seiner »Fürsorgepflicht« sogenannte Beihilfen für die medizinische Behandlung zahlt; das Bestehen des Beihilfesystems verhindert bis heute die Einbeziehung der Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung.

Die traditionelle Rechtfertigung für das Drei-Klassen-Versicherungssystem lautet, die Krankenversicherungspflicht sei nur für diejenigen Bevölkerungsgruppen zu rechtfertigen, die auf Grund ihrer ökonomischen Situation nicht zur Eigenvorsorge imstande seien; wer aber zur Eigenvorsorge in der Lage sei, dessen Freiheit dürfe nicht durch eine staatliche Versicherungspflicht eingeschränkt werden. Dieser Argumentation aus liberaler Sicht kann man zwar eine gewisse Schlüssigkeit nicht absprechen, aber sie passt nicht auf die gegebene rechtliche Situation im deutschen Gesundheitswesen. Denn die Regelungen über die Befreiung von der Versicherungspflicht oder über Wahlmöglichkeiten knüpfen nicht nur am Einkommen an, sondern nicht zuletzt auch an berufsständischen Kriterien – also z. B. am Beamtenstatus oder an der abhängigen Beschäftigung. Dass Selbstständige oder Beamte mit niedrigem Einkommen oder mit zahlreichen Kindern von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, während gut verdienende Angestellte sich frei entscheiden können, ob sie der Solidargemeinschaft angehören wollen oder nicht, ist mit dem Gesichtspunkt der Befähigung zur Eigenvorsorge nicht zu begründen.

### 2.5.3 Das Problem der »Zwei-Klassen-Medizin«

Die Ungleichbehandlung zwischen den Versicherten der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung hat nicht nur Verteilungs- und Umverteilungseffekte zur Folge, sondern auch – und dies ist vielleicht ein noch

ernsteres Problem – Rückwirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Es gibt viele Hinweise darauf, dass sich das deutsche Gesundheitswesen – nicht zuletzt unter dem ständigen Druck zur Kostenbegrenzung – in Richtung einer »Zwei-Klassen-Medizin« entwickelt. Dass jedenfalls in der Bevölkerung diese Einschätzung weit verbreitet ist, belegt der »Gesundheitsmonitor 2009« der Bertelmann-Stiftung (Böcken u. a. 2009). Die Wahrnehmung, Privatpatienten würden gegenüber Kassenpatienten bevorzugt, bezieht sich nicht nur auf den »Servicekomfort«, also die Wartezeiten, sondern auch auf die Qualität der ärztlichen Versorgung wie die Berücksichtigung neuerer medizinischer Kenntnisse, Gründlichkeit der Untersuchung und Verordnung teurerer Medikamente. Nicht nur Kassenpatienten fühlen sich benachteiligt, sondern auch die Privatpatienten selbst glauben, dass sie bevorzugt werden. Auch die Mehrzahl der Ärzte meint, in Deutschland gebe es eine Zwei-Klassen-Medizin: Nach einer im Auftrag der »Allianz Deutscher Ärzteverbände« durchgeführten Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach äußern sich 76 % der Hausärzte, 65 % der niedergelassenen Fachärzte und 61 % der Krankenhausärzte in diesem Sinne.<sup>12</sup>

Der Arzt, Gesundheitsökonom und SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach (2007, S. 57–123) sieht eine systematische Fehlsteuerung im Gesundheitswesen als Folge des dualen Versicherungssystems: Die Tatsache, dass an Privatpatienten sehr viel mehr Geld verdient werden kann als an Kassenpatienten, bewirkt, dass besonders qualifizierte und spezialisierte Ärzte und Kliniken, die über große Erfahrung in der Durchführung komplizierter Operationen oder in der Behandlung seltener und schwerer Krankheiten verfügen, dazu verleitet werden, sich hauptsächlich auf Privatversicherte zu konzentrieren. Vor allem die Tatsache, dass Klinikärzte Privatpatienten ambulant behandeln dürfen, während ihnen das bei Kassenpatienten verboten ist, bewirkt nach Lauterbach, dass die Versicherten der private Krankenversicherung in der Regel medizinisch wesentlich besser versorgt sind als die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung führt zu einem Ausmaß der Ungleichbehandlung gleicher sozialer Tatbestände, das unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit wohl schwerlich zu rechtfertigen ist. Das zeigt schon ein einfaches Gedankenexperiment: Gesetzt den Fall, in Deutschland existierte überhaupt kein Krankenversicherungsschutz und es müsste erst ein Versicherungssystem entworfen und eingeführt werden. Niemand würde sich in diesem Fall ein solches Drei-Klassen-Versicherungssystem ausdenken. Nichts spricht für die Institutionen, die wir heute vorfinden, außer der Tatsache, dass sie



historisch gewachsen sind. Die bloße Tatsache aber, dass etwas so geworden ist, wie es ist, kann unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit unmöglich als Rechtfertigung ausreichen. Sie erklärt zwar, dass es schwierig ist, die Dinge zu ändern, aber sie kann eine bestehende Ungerechtigkeit nicht gerecht machen.

### 3 Die beiden konträren Modelle: Pauschalprämienmodell und Bürgerversicherung

Der Streit zwischen den Anhängern des Pauschalprämienmodells und der Bürgerversicherung ist heftig und nahezu unversöhnlich. Aber nach dem bisher Gesagten ist zunächst einmal festzustellen, dass beide Seiten in der Diagnose gar nicht so weit von einander entfernt sind. Vermutlich könnten sie sich sogar auf eine Liste der Mängel des bestehenden Systems einigen und gemeinsame Reformziele benennen. Hier geht es im Kern um die oben bereits angesprochenen Themen:

1. Es sollte mehr Kostentransparenz geschaffen werden und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sollte gestärkt werden.
2. Der soziale Ausgleich sollte reformiert sowie zielgenauer ausgestaltet werden, als es heute der Fall ist.
3. Es sollte sichergestellt werden, dass sich die Beitragseinnahmen in Zukunft stabil entwickeln und dass aus der Tendenz zum allmählichen Rückgang der Lohnquote kein chronisches Finanzierungsproblem für die gesetzliche Krankenversicherung entsteht.
4. Die Belastung der Wirtschaft durch hohe Lohnnebenkosten sollte abgebaut werden oder jedenfalls nicht weiter steigen.
5. Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sollte neu geordnet werden.

Dass trotz relativ großer Übereinstimmung in diesen Punkten konträre Schlüsse gezogen und diametral entgegengesetzte Reformmodelle entwickelt werden, liegt wahrscheinlich daran, dass die Wichtigkeit der genannten fünf Ziele unterschiedlich bewertet wird:

- Für die Befürworter des Pauschalprämienmodells sind die Ziele (1), (2) und (4) entscheidend. Ihre Reformkonzeption ist vor allem so ausgerichtet, dass Markttransparenz hergestellt und Arbeits- und Sozialkosten entkoppelt werden. Daraus ergibt sich für sie die zentrale Forderung, die lohnbezogenen Krankenversicherungsbeiträge durch eine einheitliche Pauschalprämie zu ersetzen. Das Ziel (2), die effektivere Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs ist für sie eher ein Mittel zum Zweck.

- Die Anhänger der Bürgerversicherung verfolgen vorrangig die Ziele (2), (3) und (5). Im Vordergrund stehen die Verteilungsgerechtigkeit und das Bemühen, die Finanzierung der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Beidem soll auch die Beseitigung der Vorrechte der privaten Krankenversicherung dienen.

Im Jahr 2003 berief die damalige Bundesregierung die bereits erwähnte »Nachhaltigkeitskommission«, auch »Rürup-Kommission« genannt, und erteilte ihr den Auftrag, Vorschläge für die »nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme« zu unterbreiten. In ihrem Gutachten stellte diese Kommission die beiden konkurrierenden Modelle zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung parallel dar, jedoch ohne sich auf ein Votum zugunsten des einen oder des anderen Modells festzulegen (vgl. Nachhaltigkeitskommission 2003, S. 147 ff.). Am Gutachten der »Nachhaltigkeitskommission« orientiert sich die jetzt folgende Darstellung.

### 3.1 Pauschalprämienmodell

Die Nachhaltigkeitskommission verwendet den Namen »Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich« und nennt fünf wesentliche Kernelemente (Nachhaltigkeitskommission 2003, S. 161 – 174):

1. Einkommensunabhängige Pauschalprämie: Alle Versicherten entrichten einen Einheitsbeitrag in Höhe eines gleichen Euro-Betrags. Der Krankenversicherungsbeitrag verliert damit seinen Charakter als Solidarbeitrag und wird zu einem normalen Marktpreis. Insofern wird die gesetzliche Krankenversicherung der Privatversicherung angenähert, deren Beiträge ebenfalls keinen Bezug zu der sozialen und ökonomischen Lage der Kunden aufweisen. Im Unterschied zur privaten Krankenversicherung soll der Krankenversicherungsbeitrag jedoch nicht nach dem Geschlecht, nach Risikoklassen und nach dem Alter bei Eintritt in die Versicherung differenziert werden. Die Kassen sollen mit einem möglichst günstigen Preis-Leistungsverhältnis untereinander um die Mitglieder konkurrieren. Daher soll jede Krankenkasse die Höhe des Pauschalbeitrags in eigener Verantwortung festsetzen.
2. Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge: Mit der Umstellung vom lohnbezogenen Beitrag auf die Pauschalprämie entfallen zugleich die Arbeitgeberbeiträge und die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen ihre Krankenversicherungsbeiträge allein tragen. Zur Kompensation ist vorgesehen, dass die Bruttolöhne einmalig um den Betrag der Arbeitgeberbeiträge erhöht werden, und zwar so, dass auch die dadurch ausgelöste

Erhöhung der Lohnsteuer ausgeglichen wird. Die Ablösung der Arbeitgeber ist somit für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer anfangs zwar belastungsneutral, aber künftige Beitragserhöhungen, die wegen des strukturellen Trends zu steigenden Gesundheitskosten unvermeidbar sein dürften, gehen allein zulasten der Versicherten. Dieser Schritt wird mit arbeitsmarktpolitischen Gründen gerechtfertigt. Wenn die Sozialkosten, soweit es die gesetzliche Krankenversicherung betrifft, vollständig von den Arbeitskosten abgekoppelt werden und damit ein erheblicher Teil der Lohnnebenkosten abgeschafft wird, dann wird sich dies – so erwarten die Befürworter solcher Reformen – positiv auf die Beschäftigung auswirken.

3. Wegfall der Familienversicherung: Mit dem Übergang zur Pauschalprämie entfällt die bisherige beitragsfreie Mitversicherung für nicht erwerbstätige Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für jedes Familienmitglied ist eine eigene Pauschalprämie zu zahlen. Was die Kinder betrifft, liegt es nahe, das Kindergeld entsprechend zu erhöhen, wovon dann auch die Privatversicherten profitieren würden.
4. Steuerfinanzierter Sozialausgleich: Der interne soziale Ausgleich, der bislang innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet, wird durch Beitragszuschüsse des Staates an einkommensschwächere Versicherte ersetzt. Die Beitragszuschüsse sollen sicherstellen, dass die Belastung eines Haushalts durch Pauschalprämien (also einschließlich der Prämien für die nicht erwerbstätigen Familienmitglieder) einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens nicht übersteigt. Die Details des geplanten sozialen Ausgleichs sind komplex; es genügt der Hinweis, dass die Nettobelastung durch die Pauschalprämie in der Regel nicht höher werden soll als der bisherige prozentuale Krankenversicherungsbeitrag.<sup>13</sup>

Zwei Argumente sprechen aus Sicht der Vertreter des Pauschalprämienmodells dafür, die krankenversicherungsinterne Einkommensumverteilung durch den steuerfinanzierten Sozialausgleich zu ersetzen: Erstens werden sämtliche Steuerzahler und sämtliche Einkommensarten zur Finanzierung des Sozialausgleichs herangezogen und nicht nur die Lohneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Zweitens wird sichergestellt, dass die Belastung von Ehepaaren durch den Krankenversicherungsbeitrag nicht mehr von der Zufälligkeit der Verteilung des Familieneinkommens auf die Ehegatten abhängt.<sup>14</sup>

5. Beibehaltung der Trennung in gesetzliche und private Krankenversicherung: Eigentlich würde es der Logik des Pauschalprämienmodells – Herstellung eines transparenten Krankenversicherungsmarkts

– entsprechen, die gesamte Bevölkerung in die gesetzliche Versicherungspflicht einzubeziehen. Im Gegenzug müsste den privaten Krankenversicherungsunternehmen gestattet werden, unter den gleichen Bedingungen wie die gesetzlichen Kassen an der Durchführung des Pauschalprämienmodells teilzunehmen. Trotzdem sprechen sich die meisten Befürworter des Pauschalprämienmodells, wie bereits erwähnt, dafür aus, die Sonderrolle der privaten Krankenversicherung bestehen zu lassen.<sup>15</sup>

Im Übrigen gibt es natürlich auch beim Kopfprämienmodell verschiedene Varianten. So befürworten einige Wissenschaftler eine noch weiter gehende Annäherung der gesetzlichen an die private Krankenversicherung, z. B. Aufbau eines Kapitalstocks (z. B. Henke u. a. 2002) oder sogar risikoabhängige Prämien (Eekhoff u. a. 2008).

### 3.2 Bürgerversicherung

Das Konzept der Bürgerversicherung besteht im Wesentlichen darin, die Prinzipien der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem die krankenkasseninterne Einkommensumverteilung, beizubehalten und dieses System von einer Arbeitnehmersversicherung zu einer Bürgerversicherung zu machen. Die Grundidee ist, die Solidarbasis der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbreitern, statt das Solidarsystem durch ein der privaten Krankenversicherung angelehntes Marktmodell mit ergänzendem steuerfinanzierten Sozialausgleich zu ersetzen. Der Kern des Bürgerversicherungsmodells lässt sich mit wenigen Punkten beschreiben:

1. Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung, also einschließlich der heute befreiten besser verdienenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Beamten und Selbstständigen;
2. Heranziehung aller Einkunftsarten zur Beitragszahlung, also nicht nur der Löhne, sondern auch der Gewinne und Vermögenseinkünfte wie Zinsen, Mieteinnahmen, Kursgewinnen usw.;
3. deutliche Erhöhung, wenn nicht gar völlige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze;
4. Beseitigung der Sonderrolle der privaten Krankenversicherung; den privaten Krankenkassen verbleibt nur das Geschäft der Zusatzversicherung für Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgedeckt werden. Dies ist die zwingende Folge der allgemeinen Krankenversicherungspflicht.

Im Übrigen variieren die Vorschläge zur Bürgerversicherung in den Details, z. B. in der Frage, auf welchem Wege die Krankenkassen die Beiträge auf Gewinne und Vermögenseinkünfte einziehen sollen oder wie die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung neu geordnet werden soll.

Im Dezember 2011 hat die SPD ihre offizielle Position zur Bürgerversicherung festgelegt und dabei deutliche Änderungen gegenüber dem zuerst diskutierten (z. B. in der Nachhaltigkeitskommission) Konzept vorgenommen.<sup>16</sup> Zwar wird an der Krankenversicherungspflicht aller Bürgerinnen und Bürger festgehalten, aber von der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und von der Beitragspflicht der Einkommen aus Vermögen ist nicht mehr die Rede. Zum Ausgleich ist ein dauerhafter Staatszuschuss vorgesehen, der aus der Besteuerung von Kapitaleinkünften finanziert werden soll. Auf diese Weise wollen die Sozialdemokraten auf verwaltungstechnisch wesentlich einfacherem Wege die gleiche Umverteilungswirkung erzielen wie mit dem ursprünglichen Konzept.

#### 4 Worum geht der Streit?

Es wurde oben bereits ausgeführt, dass die Anhänger der beiden konträren Modelle zwar in der Einschätzung der Mängel des bestehenden Systems teilweise übereinstimmen, dass sie aber entgegengesetzte Schlüsse daraus ziehen, und zwar hauptsächlich deshalb, weil sie die verschiedenen Probleme, die mit der Reform gelöst werden sollen, unterschiedlich gewichten. Trotzdem ist es erklärungsbedürftig, warum die Kontroverse so grundsätzlich geführt wird und bisweilen den Charakter eines Glaubenskriegen annimmt. Ginge es ausschließlich um die Erreichung konkreter sozial- und gesundheitspolitischer Ziele, dann gäbe es eine ganze Reihe von Ansatzpunkten für konstruktive Kompromisse (vgl. Allinger 2006). Die Befürworter des Pauschalprämienmodells könnten unter bestimmten Bedingungen ihre Ziele auch mit der Bürgerversicherung erreichen und umgekehrt. Dies gilt auch für die beiden Aspekte, die unter dem Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen vorrangig von Interesse sind, nämlich für den sozialen Ausgleich zwischen Einkommensstärkeren und Einkommensschwächeren und für die Neuordnung des Verhältnisses zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

## 4.1 Politisch-praktische Fragen

Was den sozialen Ausgleich zwischen Einkommensstärkeren und Einkommenschwächeren betrifft, so kann die angestrebte Verteilungsgerechtigkeit, jedenfalls der Theorie nach, sowohl durch die Bürgerversicherung als auch im Rahmen des Pauschalprämienmodells erreicht werden:

- Wenn alle Einkommensbezieher auf alle Einkommensarten Beiträge zur Bürgerversicherung zahlen, läuft das im materiellen Ergebnis auf dasselbe heraus wie das Pauschalprämienmodell mit steuerfinanziertem Sozialausgleich, falls tatsächlich alle Einkommensbezieher und Einkommensarten angemessen besteuert und zur Finanzierung des Sozialausgleichs herangezogen werden.
- Der Übergang zum Pauschalprämienmodell muss im Ergebnis nicht unbedingt zur Mehrbelastung der versicherungspflichtigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit niedrigerem Einkommen führen. Vielmehr kann die Mehrbelastung kompensiert – oder sogar überkompensiert – werden, wenn gewährleistet ist, dass die Umverteilungsgewinne, die den Höherverdienenden durch die Umstellung auf das Pauschalprämienmodell zufließen, über das Steuersystem abgeschöpft und auf dem Weg über Beitragszuschüsse an die Umverteilungsverlierer zurückgegeben werden. In diesem Fall entspricht das Verteilungsergebnis des Pauschalprämienmodells dem der Bürgerversicherung.

Auch bei der Neuordnung des Verhältnisses zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist der Unterschied zwischen den beiden Modellen längst nicht so entscheidend wie es erscheint. Sowohl das Bürgerversicherungs- als auch das Pauschalprämienmodell führen, wenn man ihrem jeweiligen theoretischen Ansatz folgt, zu der Konsequenz, dass die gesetzliche und die private Krankenversicherung in irgendeiner Weise zusammengeführt werden müssen. Dies verlangt nicht nur die Idee der Bürgerversicherung, die ja ihrem Wesen nach auf gleiches Recht für alle und auf die Beseitigung der Privilegien bestimmter Teilgruppen abzielt, sondern auch die Logik der Pauschalprämie, die für ungehinderten Wettbewerb und Markttransparenz sorgen soll. Wenn man es konsequent zu Ende denkt, dann liegt der Unterschied beider Denkschulen nur in dem Weg, auf dem der einheitliche Krankenversicherungsmarkt erreicht werden soll. Bei der Bürgerversicherung soll dies dadurch geschehen, dass die private Krankenversicherung in die Sozialversicherung eingegliedert wird, während beim Pauschalprämienmodell die gesetzliche Krankenversicherung so weit an die Privatversicherung angenähert werden soll, dass die privaten Versicherungen an dem neuen Modell teilnehmen können.

Daraus folgt, dass es unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitswesen eigentlich gar nicht auf die Prinzipien der Bürgerversicherung oder des Pauschalprämienmodell ankommen sollte, sondern auf ihre Umsetzung. Die wirklich wichtigen Fragen sind also beispielsweise,

- ob es im Rahmen der Bürgerversicherung gelingt, sämtliche Einkommensbezieher und alle Einkommensarten zur Beitragspflicht heranzuziehen und auf welche Weise die Krankenkassen den Beitragseinzug bewerkstelligen können;
- ob der Sozialausgleich im Pauschalprämienmodell wirklich hält, was er verspricht oder ob nicht etwa die Einkommensschwächeren ihren eigenen Sozialausgleich teilweise oder sogar ganz selbst bezahlen müssen (was z. B. der Fall wäre, wenn die Beitragszuschüsse durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer oder durch Kürzung von Sozial- und Bildungsausgaben finanziert würden);
- ob die private Krankenversicherung – gleich ob die Bürgerversicherung oder das Pauschalprämienmodell verwirklicht wird – in das gesetzliche Krankenversicherungssystem einbezogen wird oder ob das Drei-Klassen-Versicherungssystem erhalten bleibt.

### 4.2 Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – zwischen sozialstaatlichem und post-sozialstaatlichem Paradigma

Es wäre falsch, aus dem zuletzt Gesagten den Schluss zu ziehen, bei der Kontroverse zwischen Pauschalprämienmodell und Bürgerversicherung handele es sich sozusagen nur um einen Streit um Worte. In Wirklichkeit befinden wir uns hier an der Grenzlinie zwischen dem sozialstaatlichen und dem post-sozialstaatlichen Gerechtigkeitsparadigma. Hier stoßen zwei ganz verschiedene Auffassungen vom gerechten Umgang mit dem Risiko der Krankheit aufeinander. Ungeachtet der Tatsache, dass es auf der praktisch-politischen Ebene durchaus Überschneidungen und Kompromissmöglichkeiten zwischen beiden Modellen gibt, ist es sinnvoll, sich dies zu verdeutlichen. Denn erst wenn offengelegt ist, worum es in dem Prinzipienstreit, der hier ausgefochten wird, überhaupt geht, kann sich die Möglichkeit zum Dialog und zum Kompromiss eröffnen.

Beginnen wir mit dem sozialstaatlich geprägten Verständnis, das in den gewachsenen Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ausdruck kommt. Es ist geprägt durch die Leitideen der kollektiv organisierten sozialen Sicherheit und der Verteilungsgerechtigkeit. Krankheit ist in dieser Sicht eine Lebenslage, die prinzipiell jenseits dessen liegt, was

individuell bewältigt werden soll und kann. Die Gesundheitsversorgung gehört also nicht in den Bereich individueller Verantwortung, sondern in den der Solidarität und der zuteilenden und umverteilenden Gerechtigkeit. Daraus ergeben sich zwei wichtige Schlussfolgerungen:

1. Es gilt der Grundsatz »jeder nach seinem Bedarf, jeder nach seiner Leistungsfähigkeit«. Auf der Ausgabenseite des Systems muss also das Prinzip der Leistungsgewährung nach dem Bedarf gelten, während auf der Einnahmeseite die Lasten innerhalb der Solidargemeinschaft nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit zu verteilen sind.
2. Die Solidargemeinschaft, die für die Bewältigung des Krankheitsrisikos zuständig ist, soll umfassend sein. Das Gesundheitswesen muss also, wenn es nicht direkt vom Staat finanziert wird, in Form einer Krankenversicherung mit Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung organisiert werden. Für den Gesichtspunkt, dass von der Versicherungspflicht befreit werden sollte, wer aufgrund seines Einkommens und Vermögens selbst vorsorgen kann, gibt es in diesem Rahmen keine gerechtigkeits-theoretische Begründung.

Insofern ist es auch konsequent, dass diejenigen, die sich für den Erhalt der historisch gewachsenen gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland aussprechen, für die Universalisierung ihrer Prinzipien, sprich für die Ausweitung der herkömmlichen Krankenversicherung für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu einer Bürgerversicherung eintreten.

Im Pauschalprämienmodell spiegelt sich ein völlig anderes Verständnis von sozialer Sicherheit, nämlich eins, das der individuellen Risikoabsicherung durch private Versicherungen entspricht. Deren Prinzipien sollen auf die Sozialversicherung übertragen werden und diese dadurch qualitativ umgestalten. Dies ist die eigentliche Logik des Pauschalprämienmodells, weswegen einige Varianten dieses Modells auch in der Tat so weit gehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung völlig an die private Krankenversicherung angeglichen und in eine »Bürgerprivatversicherung« umgewandelt wird (vgl. Eekhoff u. a. 2008). Das Pauschalprämienmodell beruht letztlich auf der Vorstellung, dass es primär Sache des Individuums ist, sich durch Abschluss eines Versicherungsvertrags gegen das Krankheitsrisiko zu schützen. Krankenversicherungen sind aus dieser Sicht zunächst einmal marktmäßig handelbare Güter wie Kleider oder Fahrräder, für die das Gesetz von Angebot und Nachfrage zu gelten hat. Sozialpolitische Eingriffe des Staates sind aus dieser Sicht lediglich aus zwei Gründen angezeigt:

1. Viele, besonders jüngere und gesunde, Bürger neigen dazu, das Krankheitsrisiko zu unterschätzen und würden deshalb nicht ausreichend vorsorgen, wenn es keine gesetzliche Versicherungspflicht gäbe.



2. Der Staat muss, da die Gesundheitsversorgung zum elementaren Lebensbedarf gehört, dafür sorgen, dass auch die Ärmsten ihre Krankenversicherung bezahlen können.

Aus dieser Logik heraus hat die Einkommensumverteilung mit der Absicherung gegen das Krankheitsrisiko nicht unmittelbar zu tun und die Konstruktion des Pauschalprämienmodells mit einem einkommensunabhängigen und für alle Versicherten gleich hohen Beitrag erscheint geradezu als zwingend. Wenn ein Sozialausgleich als Bestandteil des Pauschalprämienmodells vorgesehen ist, dann dient dies im eigentlichen Sinne nicht der Verteilungsgerechtigkeit, sondern soll lediglich sicherstellen, dass die gesamte Bevölkerung gegen das Risiko der Krankheit versichert ist.

Das sozialstaatliche Gerechtigkeitsverständnis, welches im Modell der Bürgerversicherung zum Ausdruck kommt, mündet mehr oder weniger konsequent in die Forderung nach einer allgemeinen Versicherungspflicht der Gesamtbevölkerung ein; das ergibt sich aus dem Grundsatz der Solidarität, der sich gerade die Einkommensstarken nicht entziehen dürfen. Für das post-sozialstaatliche Verständnis, von dem das Pauschalprämienmodell motiviert ist, ist diese Überlegung nicht zwingend. Im Gegenteil: Wenn die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko Sache der Individuen ist und der Staat lediglich dafür zu sorgen hat, dass alle entsprechend handeln, dann reicht zu diesem Zweck eine gesetzliche Versicherungspflicht für die Bürgerinnen und Bürger mit geringerem und mittlerem Einkommen aus, während der Krankenversicherungsschutz bei höheren Einkommen der Eigeninitiative überlassen werden kann. Streng genommen gibt es in dieser Sicht keine Rechtfertigung dafür, dass der Staat aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit die Teilnahme der Reichen an einer Solidargemeinschaft erzwingt. Die Ablehnung einer umfassenden Versicherungspflicht durch die Anhänger des Pauschalprämienmodells liegt insofern in der Logik dieses Verständnisses von sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.<sup>17</sup>

Die Bürgerversicherung ist – wie schon die historisch gewachsene gesetzliche Krankenversicherung – ein Ausdruck des sozialstaatlichen Paradigmas von der beschützenden und zuteilenden Gerechtigkeit; sie orientiert sich an den Leitideen der Verteilungsgerechtigkeit und der kollektiven sozialen Sicherheit. Das Pauschalprämienmodell entstammt hingegen unzweifelhaft dem Denken des liberalen Individualismus. In der Geringerschätzung von Umverteilung und kollektiver Organisation trifft es sich mit den post-sozialstaatlichen Ideen der Teilhabegerechtigkeit und dem Vertrauen in die Steuerung gesellschaftlicher Prozesse durch den Markt. Wenn in der aktuellen Diskussion über die zweckmäßige Finanzierung des

Gesundheitswesens und die Organisation der Krankenversicherung gestritten wird, dann geht es also keineswegs allein um technische Dinge wie die Berechnungsgrundlage für die Krankenkassenbeiträge, die Höhe der Lohnnebenkosten, die Versicherungspflicht für bestimmte Personengruppen oder die Treffsicherheit des sozialen Ausgleichs. Vielmehr befinden sich zwei entgegengesetzte Verständnisse von sozialer Gerechtigkeit im Konflikt.

Daraus resultiert einerseits eine eher skeptische Einschätzung: Weil die Diskussion mit fundamentalen Fragen politischer Grundwerte verquickt ist – und zwar meist ohne dass dies den Beteiligten bewusst ist – fallen tragfähige Kompromisse schwer. Andererseits gibt es zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämienmodell zahlreiche Möglichkeiten für politisch-praktische Kompromisse. Dies zeigt, dass Grundsatzkonflikte über das, worin soziale Gerechtigkeit besteht, nicht zwangsläufig destruktiv sind, sondern dass Demokratien im Prinzip in der Lage sind oder jedenfalls sein sollten, diese im Diskurs zu überbrücken.

► **Zusammenfassung: Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen – Pauschalprämienmodell contra Bürgerversicherung**

1. Traditionell findet in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland innerhalb der Versichertengemeinschaft eine interne Einkommensumverteilung zugunsten der Einkommensschwächeren statt. Der Grundsatz »jeder nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem medizinischen Bedarf« war bis etwa Ende der 1990er Jahre eine als selbstverständlich akzeptierte Säule des deutschen Sozialstaats und des sozialstaatlichen Gerechtigkeitsverständnisses.
2. Unter dem Eindruck offenbar ständig steigender Krankenversicherungsbeiträge geriet das traditionelle Krankenversicherungssystem in die Kritik. Ausgehend von der Überzeugung, nur ein möglichst marktmäßig organisiertes Krankenversicherungssystem könne effizient wirtschaften, propagierten zunächst liberale Wirtschaftswissenschaftler das Pauschalprämienmodell als Alternative. CDU/CSU und FDP übernahmen dieses Konzept in ihre Programme, konnten es aber nicht durchsetzen und verfolgen es derzeit nicht aktiv weiter.
3. Die wichtigsten Prämissen des Pauschalprämienmodells sind:
  - Da die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung die tatsächlichen Kosten widerspiegeln sollen, dürfen sie nicht durch Maßnahmen der Einkommensumverteilung verzerrt werden, sondern müssen, wie alle anderen Preise in einer Marktwirtschaft, für alle Versicherten gleich hoch sein.

- Die politisch gewollte Umverteilung der Einkommen muss außerhalb des Krankenversicherungssystems stattfinden. Hierzu soll der Staat für einkommenschwache Versicherte aus Steuermitteln finanzierte Zuschüsse zum Krankenversicherungsbeitrag zahlen.
  - Durch die Umstellung auf das Pauschalprämienmodell sollen zugleich die Kosten der Gesundheitsversorgung von den Arbeitskosten abgekoppelt werden, wovon man sich positive Wirkungen für den Arbeitsmarkt verspricht.
4. Die Anhänger des traditionellen deutschen Krankenversicherungssystems haben auf das Pauschalprämienmodell mit dem Gegenentwurf der Bürgerversicherung geantwortet. Danach soll die bestehende gesetzliche Krankenversicherung in den Grundzügen erhalten bleiben. Jedoch soll die Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt werden. Außer Arbeitseinkommen sollen auch Vermögenseinkommen der Beitragspflicht unterliegen.
  5. Ungeachtet der heftigen Kontroverse zwischen den Anhängern des Pauschalprämienmodells und der Bürgerversicherung ist zu konstatieren, dass beide Seiten in der Problemanalyse vielfach übereinstimmen. So kritisieren sie – wenn auch mit ungleicher Gewichtung – am bestehenden Krankenversicherungssystem unter anderem:
    - fehlende Kostentransparenz und mangelnden Wettbewerb,
    - unzureichende Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung,
    - Belastung der Wirtschaft mit hohen »Lohnnebenkosten«,
    - mangelhafte Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und die Tendenz zur »Zweiklassenmedizin«.
  6. Technisch könnten die Ziele des Pauschalprämienmodells weitgehend auch mit der Bürgerversicherung erreicht werden; umgekehrt gilt dies ebenso. Die Unterschiede zwischen beiden Modellen liegen weniger im Politisch-Praktischen als im Konflikt zwischen dem sozialstaatlichen und dem post-sozialstaatlichen Verständnis von sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen:
    - Die Bürgerversicherung geht von den sozialstaatlichen Leitideen der kollektiven sozialen Sicherheit und der Verteilungsgerechtigkeit aus. Danach gehören Krankheit bzw. Gesundheitsversorgung prinzipiell nicht in den Bereich individueller Verantwortung, sondern in den der Solidarität. Dem entspricht das Festhalten an dem Grundsatz »jeder nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, jedem nach seinem medizinischen Bedarf«.

- Das Pauschalprämienmodell orientiert sich am Vorrang der individuellen Verantwortung: Es ist primär Sache des Individuums, sich durch Abschluss eines Versicherungsvertrags gegen das Krankheitsrisiko zu schützen. Krankenversicherungen sind aus dieser Sicht marktmäßig handelbare Güter, für die das Gesetz von Angebot und Nachfrage zu gelten hat. Sozialpolitische Eingriffe des Staates sind nur insoweit zu rechtfertigen, als sie sicherstellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger krankenversichert sind und dass auch einkommensschwache Personen den Krankenversicherungsschutz bezahlen können.

## Anmerkungen

- 1 Die Beitragsdifferenzierung nach Risikoklassen ist in der Privatversicherung systemnotwendig, weil sie nicht auf einer Versicherungspflicht, sondern auf Freiwilligkeit beruht. Ohne risikoabhängige Beitragskalkulation würden sich in einer freiwilligen Versicherung vor allem die Menschen sammeln, welche Anlass zu der Befürchtung haben, krank zu werden, während die Gesünderen den Abschluss eines Versicherungsvertrags zumindest hinauszögern würden.
- 2 In der Privatversicherung werden stattdessen die individuellen Versicherungsprämien so kalkuliert, dass sie die mutmaßlichen Krankheitskosten für die gesamte Zeit vom Vertragsabschluss bis zum Lebensende abdecken. In jungen Jahren werden somit also Rückstellungen für die höheren Krankheitskosten im Alter gebildet. Daher sind die Prämien umso höher, je älter der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss ist, d.h. nach Maßgabe der Zeit, die zur Bildung der Altersrückstellungen zur Verfügung steht.
- 3 Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, stark vereinfacht dargestellt, folgendermaßen geregelt:
  - Versicherungspflichtig sind Arbeiter/innen und Angestellte, wenn ihr Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2012) 4237,50 Euro pro Monat nicht übersteigt. Beamte und Selbstständige unterliegen nicht der Versicherungspflicht.
  - Ebenfalls versicherungspflichtig sind Arbeitslose, die Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II beziehen. Das Gleiche gilt für Studenten und weitere kleinere Bevölkerungsgruppen.
  - Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten von Pflichtversicherten oder freiwillig Versicherten sind in der sogenannten Familienversicherung beitragsfrei versichert.
  - Beim Berufsanfang haben Arbeiter/innen und Angestellte, deren Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt und die deshalb nicht versicherungspflichtig sind, das Recht zur freiwilligen Versicherung.
  - Das Recht zur freiwilligen Versicherung steht außerdem allen Personen zu, deren Pflichtversicherung oder Familienversicherung – aus welchem Grund

- auch immer – endet (z. B. wenn das Einkommen von Arbeitnehmern die Versicherungspflichtgrenze überschreitet oder wenn Jugendliche volljährig werden).
- Auch Rentnerinnen und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung unterliegen der Krankenversicherungspflicht, jedoch nur dann, wenn sie bereits während ihrer Erwerbstätigkeit langjährig Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung waren (sei es aufgrund von Versicherungspflicht oder freiwilliger Versicherung).
  - Geringfügig Beschäftigte (mit einem monatlichen Arbeitsentgelt unter 400 Euro) sind nicht versicherungspflichtig. Der Arbeitgeber zahlt für die geringfügig Beschäftigten einen Pauschalbetrag von 13% des Lohns an die Krankenkasse, ohne dass dadurch ein Versicherungsschutz begründet wird. Allerdings haben die meisten geringfügig Beschäftigten als Familienangehörige von Versicherten ohnehin einen Anspruch auf medizinische Versorgung.
- 4 Eigenes Einkommen bis zu 375 Euro monatlich (Stand 2012) ist erlaubt.
  - 5 Dies wird an einem Beispiel deutlich: Beim Ehepaar A arbeitet nur der Ehemann und erzielt ein Monatsgehalt von 6 000 Euro. Weil dieses Gehalt über der Beitragsbemessungsgrenze (3 825 Euro) liegt, zahlt der Ehemann für sich und seine Ehefrau den Höchstbeitrag; dies sind bei dem seit dem 1. Januar 2011 geltenden Beitragsatz von 15,5% insgesamt 594,43 Euro (einschließlich Arbeitgeberbeitrag). Beim Ehepaar B verdienen sowohl der Mann als auch die Frau je 2 500 Euro. Für jeden von ihnen beträgt der Krankenkassenbeitrag je 15,5% von 2 500 = 387,50 Euro. Das macht für das Ehepaar B zusammen 775 Euro, also rd. 200 Euro mehr als für das Ehepaar A, obwohl dessen Bruttoeinkommen 1 000 Euro höher ist.
  - 6 2006 wurde die paritätische Finanzierung zulasten der Arbeitnehmer durchbrochen. Seitdem müssen die Versicherten zusätzlich zum hälftigen Beitrag noch einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% tragen, der zur Finanzierung des Zahnersatzes dient. Dieser Schritt war Bestandteil der »Agenda 2010« von Bundeskanzler Gerhard Schröder. Seit dem 1. Januar 2011 beträgt der Beitragssatz für die Arbeitnehmer 8,2% und für die Arbeitgeber 7,3%.
  - 7 Das Jahr 2009 wurde nicht in diese Betrachtung einbezogen, weil seine Daten durch zwei Sondereffekte verzerrt werden, nämlich einmal durch den starken Rückgang des BIP infolge der Wirtschaftskrise und zum anderen durch die vorübergehende Subvention der Krankenversicherungsbeiträge durch den Bund im Rahmen des »Konjunkturpakets II«.
  - 8 Vgl. Begründung zum »Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)« vom 26.9.2010, Bundestagsdrucksache 17/3040, S. 17–20.
  - 9 Für einige kleinere Personengruppen gibt es Sonderformen der Risikoabsicherung für den Krankheitsfall. So haben z. B. die Bundeswehrsoldaten einen direkten Anspruch auf »freie Heilfürsorge« gegenüber dem Bund. Sozialhilfeempfänger konnten vor der »Hartz IV-Reform« unmittelbar gegenüber dem Sozialhilfeträger »Krankenhilfe« beanspruchen; seit der Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe (→ Kap. VI.3) sind die Empfänger von »Grundsicherung für Arbeitssuchende« in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, wobei die Bundesagentur für

- Arbeit die Beiträge übernimmt. Traditionell verblieb eine kleine Restgruppe der Bevölkerung, welche weder zur gesetzlichen noch zur privaten Krankenversicherung einen Zugang hatte (z.B. Auslandsrückkehrer). Mit der am 1.1.2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform der Großen Koalition (»GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz«) sollte diese Lücke geschlossen werden, sodass alle bislang nicht krankenversicherten Einwohner einen Versicherungsschutz erhalten: Wenn sie in ihrem Leben früher in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, werden sie in dieser versicherungspflichtig; andernfalls erhalten sie gegenüber der privaten Krankenversicherung einen Anspruch auf Abschluss eines Versicherungsvertrags zu einem »Basistarif« ohne Gesundheitsprüfung. Nach ersten Erfahrungen waren trotz dieses Gesetzes 2009 noch immer 45 000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (vgl. Versicherung und Vorsorge Magazin, Dezember 2010).
- 10 Es wird auch die umgekehrte These vertreten, dass in Wirklichkeit die gesetzliche Krankenversicherung durch die private Krankenversicherung subventioniert werde: Nur weil die Ärzte für Privatversicherte höhere Vergütungen berechnen dürften, könnten sie ausreichende Einkommen erzielen und seien in der Lage, die Gesundheitsversorgung der Kassenpatienten aufrechtzuerhalten. Dieses Argument kann nur überzeugen, wenn es zutrifft, dass die Ärzte ohne die Zusatzeinkommen aus der Versorgung von Privatpatienten ihren Beruf aufgeben würden. Einen empirischen Beleg dafür gibt es allerdings nicht.
- 11 Beamte können zwar theoretisch freiwillige Mitglieder der GKV bleiben, wenn sie vor ihrer Verbeamtung in der GKV versichert oder familienversichert waren. In der Praxis spielt diese Möglichkeit aber kaum eine Rolle, weil die beamtenrechtliche Beihilfe auf die Funktion einer Ergänzung zur Privatkrankenversicherung zugeschnitten ist. Beamte haben auch keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag, sodass sie praktisch gezwungen sind, sich privat zu versichern.
- 12 Die wichtigsten Ergebnisse der Umfrage sind im Internet verfügbar unter [http://virchowbund.de/images/data/Allianz\\_Umfrage.pdf](http://virchowbund.de/images/data/Allianz_Umfrage.pdf) (Stand 10. September 2009).
- 13 Für die »Belastungsgrenze« werden Werte zwischen 13% und 14% des Brutto-Haushaltseinkommens genannt; dies würde in der Tat in etwa der heutigen Beitragsbelastung in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, wenn man einkalkuliert, dass die Arbeitgeberbeiträge (nach vorheriger Erhöhung der Bruttolöhne) entfallen sollen. Die zahllosen Detailprobleme der Berechnung des Sozialausgleichs sind im Übrigen bislang noch ungeklärt.
- 14 S. Anm. 5.
- 15 Eine Ausnahme bildet das Jahresgutachten des Sachverständigenrats von 2008/2009, in dem klar formuliert wird, dass das duale System der Krankenversicherung den Grundsätzen einer liberalen Ordnung des Krankenversicherungsmarkts widerspricht (Sachverständigenrat 2008, Ziffern 677–678). Diejenigen, die sich für den Erhalt der Sonderrolle der privaten Krankenversicherung aussprechen, führen dafür im Wesentlichen zwei Argumente an. Zum einen befürchten sie, die verfassungsrechtlich geschützten Eigentumsrechte der privaten Krankenversicherungsunternehmen könnten verletzt werden, wenn ihnen die Möglichkeit genommen

wird, weiterhin nach ihrem bisherigen Geschäftsmodell tätig zu sein. Außerdem wollen sie den in der privaten Krankenversicherung angesammelte Kapitalstock nicht antasten, weil er ihrer Meinung nach hilft, die künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu bewältigen, die als Folge der Alterung der Bevölkerung erwartet werden.

- 16 Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger, Beschluss des Bundesparteitages der SPD vom 4. bis 6. Dezember 2011, Beschluss Nr. 59.
- 17 Allerdings lässt sich damit das heutige Drei-Klassen-Versicherungssystem nicht rechtfertigen, denn es macht die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. den Ausschluss aus diesem System sowie die Möglichkeit der Befreiung nicht ausschließlich von der Fähigkeit zur Eigenvorsorge abhängig, sondern auch vom sozialen Status als Arbeiter, Angestellter, Beamter oder Selbstständiger.