

AKV pronto!

Eine Streitschrift zur sofortigen Einführung einer Allgemeinen Krankenversicherung (AKV)*

WULF-DIETRICH LEBER

Dr. Wulf-Dietrich Leber
ist Leiter der Abteilung
Krankenhäuser im GKV-
Spitzenverband Berlin

Es ist an der Zeit, das dysfunktionale Nebeneinander einer gesetzlichen und einer privaten Vollversicherung zugunsten einer allgemeinen Krankenversicherung zu beenden. Wenig beleuchtet werden bisher die Umverteilungswirkungen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich zu einem mächtigen Umverteilungssystem entwickelt, in dem Einkommensstarke einen Solidarbeitrag für Einkommensschwache leisten. Aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit ist es nicht mehr zu rechtfertigen, dass einige Bevölkerungsgruppen nicht Teil dieses Systems sind. Die zahlreichen Vorschläge für mehr Wahlfreiheit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung lösen dieses Verteilungsproblem nicht. Im Folgenden wird die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung zu einem nicht mehr allzu fernen Stichtag skizziert.

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist nach wie vor – und damit einzig in Westeuropa – durch ein Nebeneinander von GKV und PKV gekennzeichnet. Ein untrügliches Zeichen dafür, dass die Tage dieses ordnungspolitischen Anachronismus gezählt sind, ist die Tatsache, dass Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery und Gesundheitsminister Hermann Gröhe dieses System auf dem letzten Ärztetag (2017) als „bewährt“ bezeichnet haben. Das ist die gleiche Formulierung, mit der Anfang der 90er-Jahre der Status quo ungleicher Wahlrechte für Arbeiter und Angestellte in der GKV verteidigt wurde: das „bewährte gegliederte System“. Kurz darauf, im Jahre 1992, folgten die Beschlüsse von Lahnstein, die diesem Anachronismus ein Ende machten und gleiche Wahlrechte für alle gesetzlich Versicherten einführten. Zusammen mit einem Risikostruktur-

ausgleich wurde ein Wettbewerbssystem für rund 90 Prozent der Bevölkerung geschaffen. Außen vor blieben die privat Versicherten (Reiners 2017 a).

Der Markt für privat Versicherte ist – anders als es im Ohr der Wettbewerbsvertreter zunächst klingen mag – alles andere als gut reguliert. Weil die Versicherten in jungen Jahren eine sogenannte Alterungsrückstellung ansparen, diese aber bei Versicherungswechsel in höherem Alter nicht mitnehmen können, ist der Wettbewerb auf Neuzugänge beschränkt. Mangels „Portabilität der Alterungsrückstellung“ gibt es eine quasi lebenslange Unternehmensbindung – ausgesprochen komfortabel für die Vorstände der Versicherungsunternehmen, aber bisweilen wenig erquicklich für die derart in Haft

* Der Artikel gibt die persönliche Meinung des Autors wieder. Eine Vorfassung zu diesem Beitrag ist abrufbar auf www.wulf-dietrich-leber.de.

Genommenen. Das Geschäftsmodell der privaten Versicherung ist zudem durch den hohen Verwaltungsaufwand der Kostenerstattung, die fehlenden Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung und die niedrigen Zinsen auf dem Kapitalmarkt in Schwierigkeiten geraten. Problematischer jedoch ist die Tatsache, dass die GKV ein maßgebliches Einkommensumverteilungssystem ist, an dem privat Versicherte nicht beteiligt sind. Umverteilungsgerechtigkeit wird erst durch die Integration beider Systeme zu erreichen sein.

Im Folgenden wird ein Systemübergang skizziert, der das angeblich „bewährte“ Nebeneinander zugunsten einer „Allgemeinen Krankenversicherung (AKV)“ beendet. Es wird dafür nicht der Begriff „Bürgerversicherung“ verwendet, da dieser zum einen parteipolitisch besetzt ist, zum anderen das falsche Versprechen einer Abschaffung der „Zweiklassenmedizin“ macht. Die Niederländer hatten zum Stichtag 01.01.2006 ebenfalls eine allgemeine Krankenversicherung eingeführt und die Dichotomie von privater und gesetzlicher Krankenversicherung aufgehoben.

Der Ausgangspunkt der Überlegungen, die Systemumstellung zu einem nicht mehr allzu fernen Stichtag erfolgen zu lassen, ist verteilungspolitisch – nicht primär gesundheitspolitisch. Es wird nach diesem Stichtag weiterhin Zusatzversicherungen geben und damit keine vollständige Behandlungsgleichheit – so wie überall in der Welt. Die sofortige Stichtagsregelung „AKV pronto!“ soll dafür sorgen, dass alsbald Verteilungsgerechtigkeit hergestellt wird. Dieses Mo-

dell unterscheidet sich fundamental von anderen Vorschlägen, bei denen durch Wahlrechte und gleichzeitige Begrenzung des Neuzugangs eine generationenüberschreitende Perpetuierung des Status quo vorgeschlagen wird.

Ausgangspunkt: Verteilungsgerechtigkeit

Die GKV ist ein mächtiges parafiskalisches Umverteilungssystem. Die Beiträge bemessen sich nicht nach dem Ausgabenrisiko, sondern nach dem Einkommen des gesetzlich Versicherten. So kommt es zu einer Umverteilung von Versicherten mit hohem Arbeitseinkommen zu denen mit niedrigem Einkommen. Da zudem Kinder beitragsfrei mitversichert sind, ist die GKV ein fundamentaler Bestandteil des Familienlastenausgleichs. Allein die beitragsfreie Mitversicherung hat ein Volumen von 37 Milliarden Euro (mehr als das Kindergeld mit 34 Milliarden Euro), wobei allerdings rund ein Drittel durch einen Bundeszuschuss refinanziert wird.

Das Absonderliche ist, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen von diesem Umverteilungssystem ausgenommen sind: besser verdienende Arbeitnehmer, Selbstständige und Beamte. Sie unterliegen nicht der Versicherungspflicht und können sich der solidarischen Umverteilung entziehen.

Die persönlichen Vorteile, nicht der Versicherungspflicht zu unterliegen, sind beträchtlich und bislang wenig diskutiert. Ein 40-jähriger Arbeitnehmer mit einem Jahreseinkommen

von 50.000 Euro (unter der Versicherungspflichtgrenze) zahlt pro Jahr bei einem Beitragssatz von 15,7 Prozent 7.850 Euro an Krankenkassenbeiträgen. Die durchschnittlichen Ausgaben für einen 40-Jährigen liegen bei 1.505 Euro, so dass sich ein Solidarbeitrag in der Größenordnung von 6.345 Euro ergibt. Über sein Berufsleben hinweg addiert sich das zur finanziellen Größenordnung einer Eigentumswohnung. Wer aber 60.000 Euro (also über der Versicherungspflichtgrenze von 57.600 Euro in 2017) verdient, der kann sich der Zahlung dieses Solidarbeitrags entziehen. Der Staat schenkt ihm eine Eigentumswohnung.

Die Tabelle zeigt den Solidarbeitrag nach Alter und Einkommen, also die Salden aus einkommensabhängiger Beitragsbelastung und altersspezifischen Ausgaben. Beitragsfrei versicherte Familienangehörige profitieren in Höhe ihrer Ausgaben von der GKV-internen Umverteilung (negative Solidarbeiträge in Spalte 3). Bei einer Einkommenshöhe von 50.000 Euro (Spalte 8) zeigt sich eine Art Steuerlast über das ganze Leben hinweg. Verteilungspolitisch problematisch ist der Abbruch dieser Besteuerung bei einem Einkommen jenseits der Versicherungspflichtgrenze: Die „Besteuerung“ sinkt auf Null, wenn der Versicherte statt der gesetzlichen eine private Krankenversicherung wählt.

Der Solidarbeitrag dient also einerseits der Umverteilung zwischen besser und weniger Verdienenden, andererseits finanziert er den Familienlastenausgleich, also die beitragsfreie Mitversicherung

Tabelle 1: Solidararbeitrag nach Alter und Jahreseinkommen (in Euro)

		0	10.000	20.000	30.000	40.000	50.000	60.000	Einkommen
Alter	Ausgaben	0	1.570	3.140	4.710	6.280	7.850	0	Beiträge
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Spalte
10	1.321								
20	935	-935	635	2.205	3.775	5.345	6.915	0	
30	1.100	-1.100	470	2.040	3.610	5.180	6.750	0	
40	1.505	-1.505	65	1.635	3.205	4.775	6.345	0	
50	2.208	-2.208	-638	932	2.502	4.072	5.642	0	
60	3.593	-3.593	-2.023	-453	1.117	2.687	4.257	0	
70	5.304	-5.304	-3.734	-2.164	-594	976	2.546	0	
80	7.015	-7.015	-5.445	-3.875	-2.305	-735	835	0	

Quelle: Eigene Berechnung. Beitragssatz 15,7 Prozent. Jahresausgaben nach Alter (Männer) gemäß GKV-Statistik 2015.

von Kindern und nicht verdienenden Ehepartnern. Besser verdienende Arbeitnehmer jedoch können sich diesem Solidarbeitrag entziehen. Ähnliches gilt für Selbstständige und Beamte, auf die noch im Einzelnen eingegangen wird.

Diese Ungleichbehandlung mag historisch erklärbar sein (ursprünglich war die Krankenversicherung eine Lohnausfall-Versicherung mit dem Schwerpunkt Krankengeld), verteilungspolitisch rechtfertigen lässt sie sich heute nicht mehr. Wieso werden Besserverdienende nicht zum Familienlastenausgleich herangezogen? Wieso soll die Studienrätin nicht an der allgemeinen Umverteilung teilnehmen?

Obwohl „soziale Gerechtigkeit“ als Thema im Bundestagswahlkampf 2017 platziert wurde, fehlte jede Debatte über die Ungerechtigkeiten, die aus der GKV-PKV-Spaltung resultieren.

Obwohl „soziale Gerechtigkeit“ als Thema im Bundestagswahlkampf 2017 platziert wurde, fehlte jede Debatte über die Ungerechtigkeiten, die aus der GKV-PKV-Spaltung resultieren. Thematisiert wurden allerdings Wahlmodelle, die vor allem jene privat Versicherten entlasten sollen, für die sich die Mitgliedschaft in der PKV „überraschend“ als Nachteil entwickelt hat. Teilweise werden diese neuen Wahlmöglichkeiten, von denen ja nur der kleine Kreis der nicht Versicherungspflichtigen profitiert, als sinnvoller Systemwettbewerb propagiert. Im Folgenden soll kurz gezeigt werden, dass solche Wahlrechte lediglich die GKV-PKV-Spaltung perpetuieren und keinerlei Beitrag zur Lösung der mangelnden Verteilungsgerechtigkeit darstellen.¹

Irrweg 1: Unsolidarische Wahlrechte

Derzeit haben Vorschläge Konjunktur, die den AKV-Übergang durch vermehrte Wahlrechte erreichen wollen (Greß und Lüngen 2017, FES 2016). Mehrere Parteien² sprechen sich dafür aus, dass insbesondere potenziell zahlungsunfähige Versicherte, Kinderreiche und

Einkommensschwache aus der „PKV-Falle“ befreit werden und vermittels erweiterter Wahlrechte Zugang zur GKV erhalten: Die PKV-Problemfälle werden auf Kosten der GKV entsorgt. Politisch gängig sind solche Wahlrechte, weil sie arg gebeutelten Versicherten Hilfe versprechen und weil sie als Maßnahme verkauft werden, die PKV langfristig „auszutrocknen“. Dieser Weg ist ein Irrweg. Er löst PKV-Probleme auf Kosten der GKV-Versicherten. Und er ist de facto ein PKV-Stabilisierungsprogramm. Wenn man den Betroffenen helfen will (wofür trotz des Ärgers darüber, dass dieser Personenkreis in den zurückliegenden Jahren den Solidarbeitrag eines

GKV-Versicherten nicht geleistet hat), dann müsste man die PKV zu einem Hilfefonds zwingen und nicht die GKV-Versicherten belasten.

Jüngstes Beispiel für ein solches Wahlrecht auf Kosten der GKV-Solidargemeinschaft ist eine Regelung im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HVVG)³. Dort wird das sogenannte 9/10-Prinzip modifiziert. Dies besagt, dass Versicherte nur dann Zugang zur GKV-Pflichtversicherung bekommen können, wenn sie neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Berufslebens gesetzlich versichert waren. Es handelt sich um eine Konkretisierung des Prinzips „Einmal PKV, immer PKV“, damit Versicherte nicht in jungen Jahren die günstigen PKV-Tarife wählen und im ausgabenträchtigen Alter in die GKV wechseln. Diese Regelung ist nun um einen Satz ergänzt worden: Ab 01.08.2017 werden drei Jahre pro Kind auf die Vorversicherungszeit angerechnet. Das hat zur Folge, dass jetzt kinderreiche PKV-Versicherte vermehrt in die GKV wechseln können – natürlich ohne Übergabe der Alterungsrückstellung. Ein potenzielles Zahlerproblem der PKV wird auf Kosten der GKV gelöst.

Durch erweiterte Wahlrechte wird zwar das Problem bestimmter „benachteiligter“ Gruppen geklärt, aber es wird die eingangs erwähnte Verteilungsgerechtigkeit nicht hergestellt. Die verbleibenden PKV-Versicherten werden immer noch nicht Teil der Umverteilungsgemeinschaft – nur jene, die eher auf der Empfängerseite der Solidaritätszahlungen sind.

Irrweg 2: „Systemwettbewerb“

Eines der Irrlichter in der Diskussion um eine Neuordnung der Krankenversicherung ist die These vom „Systemwettbewerb“: Die unterschiedlichen Systeme sollen in einen marktwirtschaftlichen Wettbewerb treten – einerseits die PKV mit ihren Prinzipien der Alterungsrückstellung und der Kostenerstattung, andererseits die GKV mit ihren einkommensbezogenen Beiträgen und dem Sachleistungsprinzip.⁴ Es bedarf kaum

1 Theoretisch wäre zur Einführung eines einheitlichen Systems auch die Überführung der GKV in ein PKV-System denkbar. Sie soll hier aber nicht breitflächig diskutiert werden, da angesichts des CDU-Bebakels mit der „Kopfprämie“ Anfang des letzten Jahrzehnts die politischen Umsetzungschancen nahe Null sein dürften. Unrealistisch ist auch der Aufbau einer Alterungsrückstellung für die Gesamtbevölkerung.

2 Vgl. hierzu im Bundestagswahlprogramm von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Wir GRÜNE wollen die gesetzliche und private Krankenversicherung zu einer Bürger*innenversicherung weiterentwickeln. Alle Bürger*innen, auch Beamte*innen, Selbstständige und Gutverdienende, beteiligen sich. Auf Aktiengewinne und Kapitaleinkünfte werden ebenfalls Beiträge erhoben. Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen übernehmen wieder jeweils die Hälften des Beitrags und die bisher allein von den Arbeitnehmer*innen getragenen Zusatzbeiträge werden wieder abgeschafft. Bei den Arzthonoraren soll nicht mehr zwischen gesetzlich und privat Versicherten unterschieden werden. Zuzahlungen für Medikamente und andere Selbstbeteiligungen wollen wir abschaffen. Mit der Bürger*innenversicherung wäre Gesundheit stabil, zukunftsfest und fair finanziert und alle Kassen würden auf Grundlage eines weniger manipulationsanfälligen Risikoausgleichs um die beste Versorgung konkurrieren.“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2017, S. 201 f.).

3 Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 04.04.2017, BGBl. I, S. 778.

4 Vgl. hierzu im Bundestagswahlprogramm der FDP: „Freie Wahl der Krankenversicherung: Wir Freie Demokraten stehen für Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitssystem, indem die Wahlfreiheit des Versicherten durch Kassenvielfalt gewährleistet ist. Dazu setzen wir uns neben einer starken privaten Krankenversicherung (PKV) auch für eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein. [...] Jede Bürgerin und jeder Bürger soll frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob sie oder er sich für den Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Anbieter der privaten Krankenversicherung entscheidet. Hierbei wollen wir die Angebote beider Systeme erhalten und so sicherstellen, dass jeder Mensch die Möglichkeit hat, das für sich und seine Lebensform am besten geeignete Modell zu wählen. Wir wollen außerdem die Möglichkeiten vereinfachen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wechseln. [...]“ (FDP 2017, S. 86 f.).

der Erwähnung, dass nur ein kleiner Teil der Bevölkerung von diesem Wettbewerb profitieren kann – nämlich jener, der nicht von der GKV-Versicherungspflicht erfasst ist und zugleich Zugang zur GKV hat. Letztlich ist das der Kreis der Besser verdienenden, die ihre Versicherungszahlungen minimieren können.

Völlig außer Acht bleibt bei diesem sogenannten Systemwettbewerb, dass es sich bei der GKV um ein Einkommensumverteilungssystem mit Solidarbeitrag der Besser verdienenden handelt, bei der PKV jedoch nicht. De facto ist es – pointiert formuliert – ein Wettbewerb, der genauso sinnvoll ist wie ein Wettbewerb zwischen Steuerzahlern und Steuerhinterziehern.

Modell „Deutsche Einheit“

Die kurz dargestellten „Konvergenzmodelle“ lösen das eingangs erwähnte Verteilungsproblem nicht.⁵ Offenbar perpetuieren die in der Diskussion befindlichen Wahlmodelle die bestehenden Systeme. Sie dienen nicht der Beseitigung der Ungleichbehandlung, sondern erhalten die Sonderrechte einer kleinen Gruppe von Privilegierten. Im Folgenden soll als Alternative zu den vermeintlichen „Konvergenzmodellen“ der Übergang zu einer einheitlichen Versicherung mit Stichtagsregelung vorgeschlagen und erläutert werden.

Vorbild für den Übergang in eine einheitliche, allgemeine Krankenversicherung könnte die Deutsche Einheit sein. Sie wurde zum Stichtag 03.10.1990 über Nacht hergestellt – Korrekturen folgen später. So wurde auch die deutsche Krankenversicherung trotz ihrer ungleichen Wahlrechte und anderer Schwächen ohne wesentliche Änderung auf die neuen Bundesländer übertragen. Die wettbewerbliche Neuordnung mit Risikostrukturausgleich und allgemeinen Wahlrechten erfolgte ein paar Jahre später.

Bei einer Stichtagsumstellung würde die Gesamtbevölkerung ab dem Tag X Pflichtmitglied in einer AKV, die im Großen und Ganzen den Versicherungsprinzipien der heutigen GKV entspräche.

Versicherte, die bislang in der PKV versichert waren, können eine der bestehenden gesetzlichen Krankenkassen wählen oder sich für einen „GKV-Tarif“ in ihrem bisherigen PKV-Unternehmen entsprechen.

entscheiden. Das erfordert eine gesetzliche Regelung, die auch privaten Versicherungsunternehmen ermöglicht, einen GKV-Tarif anzubieten, für den dann quasi alle GKV-Regeln gelten – inklusive Risikostrukturausgleich. Ob dies für die PKV-Unternehmen ein attraktives Geschäftsfeld ist, wäre gesondert zu diskutieren.⁶

Die GKV hat, insbesondere bezüglich ihrer Verteilungssystematik, nicht unbeträchtliche Schwächen. Die Umverteilung umfasst die Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit, so dass Teilzeitbeschäftigte von der Umverteilung profitieren, auch wenn sie beträchtliche Einkünfte aus anderen Quellen haben. Auch die Belastung ab der Beitragsbemessungsgrenze (52.200 Euro) widerspricht den gängigen Regeln einer fairen „Besteuerung“ nach Leistungsfähigkeit. Gleichwohl wird vorgeschlagen, diese zum Teil komplizierten und längerfristigen Korrekturen auf einen Zeitpunkt nach der Einheit zu verschieben. Man muss das Reformprogramm dosieren, um es nicht gänzlich unmöglich zu machen.

Zu den Fragen, die später geregelt werden können, gehört auch die Frage der paritätischen Finanzierung. Derzeit ist der Arbeitgeberanteil auf 7,3 Prozent eingefroren, durchschnittlich 8,4 Prozent sind hingegen vom Versicherten zu tragen. Die Tatsache, dass die Sozialpartner der GKV Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind, mag dazu beitragen, dass die Aufteilung der Lohnnebenkosten besondere Aufmerksamkeit genießt: Gesundheitspolitik als Fortsetzung von Tarifpolitik. Die Einführung einer AKV ist von dieser Frage jedoch erst einmal unabhängig. Sie kann paritätisch oder als Fortsetzung der derzeitigen Regelung eingeführt werden. Wenn es stimmt, dass die Einbeziehung der privat Versicherten beitragssenkende Wirkung hat, dann wäre es sogar für die Versicherten rational, keine Parität zu fordern. Die Beitragssenkung käme dann ausschließlich den Versicherten zugute.

Besser verdienende, Selbstständige, Beamte

Bei einer Stichtagsregelung kann ein Teil des Reformbedarfs später abgearbeitet

werden. Klar muss jedoch vorab geregelt werden, zu welchen Konditionen die ehemals privat Versicherten einbezogen werden.

Unproblematisch ist das bei den besser verdienenden Arbeitnehmern. Sie sind als freiwillig Versicherte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (57.600 Euro) schon seit Langem eine starke Versichertengruppe in der GKV. Ihr Arbeitseinkommen wird nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (52.200 Euro in 2017) herangezogen. Dies sollte man auch bei den ehemals privat Versicherten so handhaben. Eine Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Zahl der Reformgegner unnötig erhöhen.

Viele Selbstständige sind schon heute gesetzlich versichert – auch wenn wegen des fehlenden Einkommens aus unselbstständiger Beschäftigung eine Art Hilfs-

Alternative zu den vermeintlichen „Konvergenzmodellen“ ist der Übergang zu einer einheitlichen Versicherung mit Stichtagsregelung.

konstruktion notwendig ist: Das gesamte Einkommen wird zur Beitragsbemessung herangezogen. Zudem gilt eine Untergrenze, die allerdings zunehmend in der Kritik ist (Haun und Jacobs 2016). Kleine Prognose: Selbstständige privat Versicherte lassen sich gut integrieren, aber ein paar versicherungsrechtliche Anpassungen sind sinnvoll.

Beamte sind ein Problem.⁷ Ihre Bezahlung enthält als sogenannte Beihilfe eine anteilige Erstattung von Gesundheitsleistungen, die in der Regel durch Ergänzungstarife der PKV dazu führt, dass Beamte den privilegierten Status von Privatpatienten erhalten. Eine ver-

5 Eine Ausnahme sind Modelle, bei denen PKV-Versicherte ergänzende Zahlungen zum Risikostrukturausgleich leisten müssen; vgl. hierzu Szenario 3 in Albrecht et al. 2016, S. 43.

6 Zur Auswirkung einer Bürgerversicherung auf Arbeitsplätze in den PKV-Unternehmen hat sich zwischenzzeitlich eine seltsame Debatte entwickelt, derzufolge die Aufrechterhaltung von Ineffizienz Arbeitsplätze sichert (Paquet 2013, Reiners 2014).

7 Vgl. stellvertretend für diverse Darstellungen Reiners 2017, Ochmann et al. 2017.

nünftige Regelung zur Versicherung von Beamten in der GKV fehlt bislang. Es gibt zwar auch vereinzelte Beamte in der GKV, die aber bekommen von ihrem Dienstherrn keinen Arbeitgeberanteil. Beim AKV-Übergang müsste letztlich die Beihilfe zugunsten eines Arbeitgeberbeitrags ersetzt werden. Hamburg hat jüngst ein Gesetz auf den Weg gebracht, damit den gesetzlich versicherten Beamten als „pauschalierte Beihilfe“ ein Arbeitgeberanteil gewährt werden kann – ein möglicherweise historischer Schritt.⁸ Die Abschaffung der Beihilfe jedoch bleibt das größte Problem bei der Einführung einer AKV.

Tabu Beihilfe

Die Beihilfe als öffentlich-rechtliches Privilegiensystem ist ein gesundheitspolitisches Tabu. Dabei lohnt sich eine Debatte, weil die Beihilfe eine archaische Zettelwirtschaft in Zeiten der Digitalisierung ist. Die Beihilfeberechtigten müssen ihre Abrechnung in der Regel doppelt einreichen: zum Ersten bei einer der rund 10.000 (!) Beihilfestellen, wo in der Regel eine komplizierte Teilkostenerstattung stattfindet, und zum Zweiten bei der ergänzenden privaten Krankenversicherung. Fast alle Versicherungstarife der privaten Versicherung sind ergänzende Teilkostenversicherungen. Bei Abschaffung der Beihilfe zugunsten einer allgemeinen Vollversicherung wäre all dies obsolet. Abertausende (meist beamtete) Sachbearbeiter könnten künftig einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen.

Die Abschaffung der Beihilfe ist ein gesetzgeberischer Kraftakt, weil mindestens siebzehn Beamtengesetze auf Bundes- und Landesebene geändert werden müssen – bei entsprechend hinhaltendem Widerstand der Betroffenen. Absehbar ist verfassungsrechtliche Gegenwehr. Nach herrschender Meinung gehört die Beihilfe jedoch nicht zu den durch Artikel 33 Absatz 5 Grundgesetz geschützten, hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamten-tums (Kingreen 2017). Die Fürsorge des Staates für die Staatsdiener kann auch in Form von Beitragzahlungen in eine allgemeine Versicherung gewährleistet werden.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, inwieweit allen Beamten künftig auch der privilegierte Status eines privat

Versicherten garantiert wird. Das führt zu der Frage, ob die Beamtenbesoldung neben der AKV-Beitragszahlung auch zusätzliche Besoldungskomponenten zur Finanzierung einer Zusatzversicherung enthält.

Zusatzversicherung

In allen Staaten dieser Welt gibt es Menschen, die willens und in der Lage sind, für Gesundheitsleistungen mehr auszugeben, als der Umfang der staatlichen verpflichtenden Versicherung vorsieht. In den meisten Staaten gibt es dafür einen regulierten Markt für Zusatzversicherungen. Die Zahl der Zusatzversicherungen in Deutschland beläuft sich immerhin auf rund 25 Millionen Versicherungsverträge. Sofern die Leistungserbringer bereit sind, die Versicherten mit erhöhter Zahlungsbereitschaft bevorzugt zu behandeln, muss man von „Zweiklassenmedizin“ sprechen.

Wenn nun das Nebeneinander von GKV- und PKV-Vollversicherung zugunsten einer AKV aufgehoben wird, bedeutet dies nicht die Aufhebung der Zweiklassenmedizin, es sei denn, man unterbindet sämtliche zusätzlichen Zahlungen, was wahrscheinlich nicht gelingen kann und bislang auch von keiner politisch relevanten Gruppierung vorgeschlagen worden ist. Insofern ist es falsch, mit einer „Bürgerversicherung“ das Ende einer Zweiklassenmedizin zu versprechen.

Das Versorgungsgefälle zwischen den beiden „Klassen“ in Deutschland ist gottlob gering, weil die GKV einen umfassenden Versicherungsschutz gewährt. Zwei Klassen existieren eher auf der Beitragsseite, weil es eine ungleiche Einbeziehung in das Umverteilungssystem gibt. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob die Einführung einer AKV auch Auswirkungen auf die künftige Ausgestaltung des Zusatzversicherungsmarktes hat.

Relativ einfach ist die Sachlage bei der stationären Versorgung. Hier werden die Leistungen von GKV- und PKV-Versicherten mit den gleichen DRG-Fallpauschalen vergütet und es gelten für alle die gleichen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es ist allerdings möglich, eine privilegierte Behandlung in Form von 1-2-Bettzimmer-Versiche-

rungen und Chefarztbehandlung einzukaufen – im weitestgehenden gesellschaftlichen Konsens. Krankenhaus ist schon heute Bürgerversicherung. Bei Übergang zu einer AKV besteht quasi keinerlei Anpassungsbedarf.

Etwas schwieriger gestaltet sich beim Übergang die Situation in der ambulanten Versorgung. Hier werden gesetzlich Versicherte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt. Die privat Versicherten hingegen werden außerhalb dieses kassenärztlichen Systems

Die Beihilfe als öffentlich-rechtliches Privilegiensystem ist ein gesundheitspolitisches Tabu.

behandelt und anders vergütet: Nicht nach dem sogenannten einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), sondern nach einer Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die sich in ihrer Struktur unterscheidet. Sie wird wegen ihrer Bedeutung für die Beamtenversorgung staatlich festgelegt und enthält signifikant höhere Vergütungssätze. Die qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung umfassen den Kreis der privat Versicherten nicht.

Beim AKV-Übergang ist auch der Übergang im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu regeln. Es gilt ein System zu entwickeln, bei dem eine einheitliche Vergütung für die Gesamtbevölkerung geschaffen wird. Zusatzversicherungen für ambulante Versorgung, von denen es übrigens heute schon acht Millionen gibt, sollten jedoch nicht behindert werden. GKV-Vertreter bezweifeln in der Regel die Sinnhaftigkeit einer solchen Zusatzversicherung, da der Umfang der ambulanten Versorgung sehr umfassend ist und eher medizinisch zweifelhafte Leistungen zusätzlich abgesichert würden. Nun, auch die Sinnhaftigkeit einer Chefarztbehandlung mit einer Unzahl nachgehender Laboruntersuchungen kann medizinisch zweifelhaft sein. Man wird sie deshalb nicht untersagen. So kann es auch dem Urteil der Versicherten überlassen bleiben, ob sie bereit sind, gesondert Geld

8 Vgl. den Antrag im Hamburger Senat vom 31.07.2017 (Senatsdrucksache 2017).

für ambulante Zusatzleistungen auszugeben. Weniger Terminprobleme und ein Mehr an persönlicher Zuwendung werden allemal als Gegenleistung zu erwarten sein.

Ambulante Zusatzversicherungen wurden im gesundheitspolitischen Diskurs bislang eher vernachlässigt. Statt dessen erging man sich in abenteuerlichen Einsparrechnungen, die größtenteils darauf basierten, dass die erhöhten PKV-Vergütungen auf das Niveau der GKV heruntergerechnet wurden – mit entsprechenden Einnahmeverlusten bei den niedergelassenen Ärzten.⁹ Verfolgt man hingegen ein Übergangsmodell, bei dem künftig der Status eines privat Versicherten durch eine Zusatzversicherung aufrechterhalten werden kann, dann ist der Übergang auch nicht unbedingt mit solch drastischen Einkommensverlusten auf ärztlicher Seite verbunden.

Die Modelle zum Übergang der GOÄ in eine Zusatzversicherung sind nicht trivial, aber lösbar.

Für die politischen Umsetzungschancen der AKV-Einführung ist die Zusatzversicherung von erheblicher Bedeutung. Potenzielle Verlierer werden vor allem die niedergelassenen Ärzte sein, weil sie auf der Beitragsseite als in der Regel privat Versicherte künftig einen Solidarbeitrag zahlen müssen und weil sie auf der Praxiseinnahmeseite den Ausfall der lukrativen PKV-Einnahmen fürchten. Bevor man nun diesen drohenden Einnahmenausfall durch Anhebung der AKV-Vergütung ausgleicht, lohnt es sich, die Zahlungsbereitschaft der bislang privat Versicherten abzuschöpfen. Die Modelle zum Übergang der GOÄ in eine Zusatzversicherung sind nicht trivial, aber lösbar.

Überführung der Alterungsrückstellung in einen Rückstellungsfonds

Das deutsche PKV-System basiert auf dem versicherungsmathematischen Modell der Lebensversicherung: In jungen Jahren wird ein Kapitalstock angelegt (die sogenannte „Alterungsrückstellung“), der im Alter, wenn die Gesundheitsausgaben des Versicherten

steigen, sukzessive abgebaut wird. Theoretisch hat der PKV-Versicherte das ganze Leben eine konstante Prämie. Auf das wettbewerbspolitische Problem der mangelnden Portabilität der Alterungsrückstellung wurde schon hingewiesen; auf die unzureichende Bildung von Rückstellungen soll hier nicht eingegangen werden.

Das Gesamtvolumen der Alterungsrückstellungen für die Krankenversicherung beläuft sich derzeit auf rund 190 Milliarden Euro – eine Art Nibelungenschatz.¹⁰ Der heimliche Traum vieler Gesundheitspolitiker ist die Überführung in den Gesundheitsfonds. Dagegen stehen eigentumsrechtliche Vorbehalte, wobei einigermaßen unklar ist, wessen Eigentum die Alterungsrückstellung denn nun ist: Eigentum des Versicherungsunternehmens oder Eigentum des Versicherten (Kingreen 2014).

Wahrscheinlich sollte man sie als angespartes Eigentum der PKV-Versichertengemeinschaft sehen und auch für diese verwenden. Möglich wäre eine Auszahlung, besser aber noch eine quasi ratenmäßige Rückzahlung, so wie die

Alterungsrückstellung auch gedacht war. Konkret sollte die Alterungsrückstellung in einen Rückstellungsfoonds überführt werden, der den ehemals PKV-Versicherten je nach persönlichem Anteil am Gesamtvolume die Alterungsrückstellung in monatlichen Raten bis zum Lebensende zurückzahlt.¹¹

Via Rückstellungsfoonds würde den PKV-Versicherten ihr Geld zurückgegeben. Es erfolgt keine „Nachbesteuerung“ der PKV-Versicherten, d. h. es wird nicht versucht, für zurückliegende Jahre den fehlenden Solidarbeitrag doch noch irgendwie abzukassieren. Verteilungsgerechtigkeit wird für die Zukunft hergestellt, nicht für die Vergangenheit. Das Geld – und das ist das Wichtigste – steht zur Verfügung, um denen, die künftig einen Solidarbetrag leisten müssen, der in ihrer bisherigen Lebensplanung nicht vorkam, den Übergang in die AKV zu erleichtern. Die monatliche Überweisung aus dem Rückstellungsfoonds mildert die Belastung.

Bei der Überführung der Alterungsrückstellung in einen Fonds ist es hilfreich, dass in Deutschland die private Krankenversicherung quasi die Zwillingsschwester der Lebensversicherung

ist, bei der ebenfalls ein Ansparprozess mit anschließender Rückzahlung existiert – allerdings in der Regel mit einem Rückkaufsrecht.

Aktuarische Herausforderung

Was passiert mit den bestehenden PKV-Tarifverträgen, wenn es durch die AKV-Versicherungspflicht quasi einen Wegfall der Geschäftsgrundlage gibt?

Einfach ist es zunächst mit den rund 25 Millionen PKV-Verträgen im Bereich der Zusatzversicherung. Sie sind vom AKV-Umstieg nicht betroffen. Eine aktuarische, also versicherungsmathematische Herausforderung ist hingegen die Umwandlung der PKV-Vollversicherungsverträge. Hier steht eine Umwandlung an, deren Einzelheiten für erhebliche Diskussionen sorgen dürften, da bei all diesen Verträgen eine Aufsplittung in einen „GKV-Tarif“ und eine PKV-Zusatzversicherung erfolgen muss.

Ein Folgeproblem ergibt sich bei der Umstellung der Beamtenvergütung. Hier müssen die Gebietskörperschaften entscheiden, ob sie all jenen, die bisher beihilfeberechtigt waren, auch künftig in vollem Umfang den Status eines privat Versicherten, also künftig Zusatzversicherten, erhalten. So lange diese Frage nicht geklärt ist, sind Einsparberechnungen mit Vorsicht zu genießen. Die Annahme, dass allen Beamten der Status des privat Versicherten künftig genommen wird, ist möglicherweise unrealistisch.

⁹ Noch abenteuerlicher ist allerdings die „Berechnung“ von Drabinski, die von einer Belastung der GKV bei Einführung einer Bürgerversicherung ausgeht, dabei aber alle Umverteilungswirkungen durch einkommensstarke PKV-Versicherte ausblendet (Drabinski 2017).

¹⁰ Vgl. Zahlenbericht der PKV 2015 (PKV 2016, S. 18). Weitere 30 Milliarden Euro entfallen auf die Pflegeversicherung. Ein (leider nicht ausgewiesener) Teil dieser Alterungsrückstellung entfällt auf die Zusatzversicherung, hat also für die folgenden Überlegungen keine Bedeutung.

¹¹ Juristisch wird es wahrscheinlich einen heftigen Aufstand der Aktionäre von PKV-Unternehmen geben, die die Ansicht vertreten, dass es sich um Vermögen der Unternehmen handelt. Man kann dieser juristischen Auseinandersetzung gelassen entgegensehen: Wenn den mehr als 100.000 bislang privat versicherten Juristen die kalte Enteignung zugunsten der Kapitaleigner droht, dann wird sich schnell eine herrschende Meinung entwickeln, derzufolge die Alterungsrückstellung eine persönliche „Ansparung“ ist.

Parallelproblem Pflegeversicherung

Die vorgetragene Argumentation zur Einführung einer AKV gilt völlig analog auch für eine Allgemeine Pflegeversicherung (Rothgang und Jacobs 2011). Die Umverteilungsvolumina sind geringer¹², aber die Privilegierung bestimmter Gruppen ist noch schwerer zu rechtfertigen. Bei der Krankenversicherung könnte man ja noch diskutieren, ob via Quersubventionierung bei den Ärzten eine Art von indirektem Transfer an die GKV erfolgt, bei der Pflegeversicherung mit identischen Geldleistungen gibt es solche Effekte nicht. Jene, die nicht von der Versichertengpflicht erfasst sind, werden durch das Beitragsprinzip „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ von der solidarischen Finanzierung ausgenommen.

Mehr noch als in der Krankenversicherung besteht in der Pflegeversicherung mittelfristig (und vielleicht sogar in dieser Legislaturperiode) erheblicher Ausgabendruck, der auch die Frage drängender werden lässt, wer denn zur Finanzierung herangezogen wird. Da „Pflege“ absehbar ein Thema der Regierungskoalition sein wird, bietet sich an, den Übergang zu einer Allgemeinen Versicherung „pilotmäßig“ in der Pflegeversicherung umzusetzen.

AKV pronto! – Die Eckpunkte

Die gesundheitspolitische Debatte zum Verhältnis von GKV und PKV sollte sich nicht um die Wahlmöglichkeiten des kleinen Kreises von Privilegierten drehen, die nicht von der Versicherungspflicht erfasst sind. Wahlmöglichkeiten mögen zwar die Zahl der GKV-Versicherten erhöhen, sie stabilisieren aber die PKV auf Kosten jener, die der Versicherungspflicht unterliegen. Man wird das für die Vergangenheit nicht korrigieren können, aber man kann alsbald Verteilungsgerichtigkeit für die Zukunft herstellen. Die Erwartungen an diese Neuordnung sollten auch nicht übersteigert werden. Man wird das Landarztproblem oder andere als unbefriedigend empfundene Probleme nicht durch die Einführung einer „Bürgerversicherung“ lösen. Die Eckpunkte für eine Neuordnung sind in knapper Form die folgenden:

1. Zu einem nicht mehr allzu fernen Stichtag werden alle Bundesbürger Mitglieder in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Diese funktioniert wie die GKV.
2. Bislang privat versicherte Besserverdienende, Selbstständige und Beamte versichern sich ab diesem Stichtag in der GKV oder zu einem GKV-Tarif der PKV-Unternehmen.

3. Notwendige Anpassung gibt es vor allem in den Beamtengesetzen. Die Beihilfe wird durch einen Arbeitgeberbeitrag ersetzt.
4. Zusatzversicherungen bleiben möglich. Im Krankenhaus gibt es kaum Änderung, Anpassungen im ambulanten Bereich sind sinnvoll (EBM bleibt, GOÄ als Ergänzung).
5. Die Alterungsrückstellungen werden in einen Rückstellungsfonds überführt.
6. Aktuarische Herausforderung ist die Überführung bestehender privater Versicherungsverträge durch Aufsplittung in GKV-Tarif und Zusatzversicherung.
7. Vielleicht beginnt man mit dem Übergang zu einer allgemeinen Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung.

Ein jegliches hat seine Zeit – auch das vermeintlich Bewährte. Irgendwann war das preußische Dreiklassenwahlrecht nicht mehr zeitgemäß. In den 90er-Jahren waren die ungleichen Wahlrechte für Arbeiter und Angestellte nicht mehr zeitgemäß. Es wird einen Zeitpunkt geben, an dem das Nebeneinander einer privaten und einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr zeitgemäß ist. Der Zeitpunkt ist jetzt. AKV pronto!

¹² Der Beitragssatz beträgt in 2017 2,55 Prozent, also rund ein Sechstel des Krankenversicherungsbeitrags.

Literatur

Albrecht M, Möllenkamp M, Nolting HD, Hildebrandt S (2016):

Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung – Gestaltungspositionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. Hans-Böckler-Stiftung, Study Nr. 332, Oktober 2016. www.boeckler.de.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2017): Zukunft wird aus Mut gemacht – Bundestagswahlprogramm 2017. https://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BUENDNIS_90_DIE_GRUENEN_Bundestagswahlprogramm_2017_barrierefrei.pdf.

Drabinski T (2017): Budget impact Bürgerversicherung. Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Schriftenreihe Band 29, August 2017. www.ifmda.de.

FDP (2017): Schauen wir nicht länger zu! Bundestagswahlprogramm 2017. <https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/08/07/20170807-wahlprogramm-wp-2017-v16.pdf>.

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (2016): Der Weg zur Bürgerversicherung – Solidarität stärken und Parität durchsetzen. Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO DISKURS 24/2016. www.fes.de/wiso.

Greß S, Lüngen M (2017): Die Einführung einer Bürgerversicherung – Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 3-4/2017, 55-61.

Haun D, Jacobs K (2016): Mehr Schutz für Solisten. Gesundheit und Gesellschaft 11/16, 21-25.

Kingreen T (2017): Perspektiven für eine einheitliche Krankenversicherungsordnung. Vortrag im Rahmen des Fachgesprächs zum Thema „GERECHT. BEZAHLBAR. SOLIDARISCH. DIE GRÜNE BÜRGERVERSICHERUNG“ am 12.06.2017.

Kingreen T (2014): Niemals geht man so ganz: Die Altersrückstellungen der PKV. G+G Wissenschaft (GGW), Jg. 14, Heft 1, 16-22.

Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2017): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige – Teilbericht Beamte. Bertels-

mann Stiftung, Januar 2017. www.bertelsmann-stiftung.de.

PKV (2016): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015. Verband der Privaten Krankenversicherung, 2016. www.pkv.de.

Reiners H (2017): Beamte gehören in die GKV. Makroskop, 25.04.2017. www.makroskop.eu.

Reiners H (2017 a): Mythos Lahnstein. Gesundheit und Gesellschaft 9/17, Jg. 20, 23-28.

Reiners H (2014): Jobkiller Bürgerversicherung? – Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte. G+G Wissenschaft (GGW), Jg. 14, Heft 1, 7-15.

Rothgang H, Jacobs K (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 4/2011, 9-19.

Senatsdrucksache (2017): Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsversorgung. Senatsdrucksache Nr. 2017/02117 vom 31.07.2017.