

# Die Einführung einer Bürgerversicherung

## Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

STEFAN GREß,  
MARKUS LÜNGEN

Prof. Dr. Stefan Greß  
ist Hochschullehrer für  
Versorgungsforschung und  
Gesundheitsökonomie an  
der Hochschule Fulda

Prof. Dr. Markus Lungen ist  
Hochschullehrer für Volks-  
wirtschaftslehre, insbesonde-  
re Gesundheitsökonomie an  
der Hochschule Osnabrück

Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition hat trotz vielfältiger Aktivitäten die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht angetastet. Das ineffiziente Nebeneinander zweier ungleicher Krankenversicherungssysteme besteht damit unverändert fort. Dieser so genannte Systemwettbewerb führt zu allokativen Fehlanreizen, sachlich nicht gerechtfertigten Unterschieden beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und erheblichen finanziellen Belastungen für Privatversicherte und Steuerzahler. Die Autoren dieses Beitrags sprechen sich daher trotz erheblicher Umsetzungshindernisse dafür aus, in der nächsten Legislaturperiode den Weg zu einer Bürgerversicherung einzuschlagen.

### 1. Hintergrund

Das Konzept der Bürgerversicherung kam auf die politische Agenda als Gegenentwurf zum Modell der Gesundheitsprämien. Auf Parteitagungen legten Ende 2003 die damals im Bundestag vertretenen Parteien ihre Konzepte für die nächste Bundestagswahl vor. Insbesondere die SPD, die Grünen und zur Überraschung einiger Beobachter auch der stellvertretende CSU-Parteivorsitzende favorisierten die Bürgerversicherung.<sup>1</sup> 14 Jahre später zur Bundestagswahl 2017 hat sich nicht nur die Parteienlandschaft des Bundestages, sondern auch die Perspektive auf die Bürgerversicherung grundlegend verändert. Nicht mehr die Ablehnung des als aus Verteilungsaspekten problematischen und fiskalisch nicht umsetzbaren angesehenen Gegenmodells der Gesundheitsprämien steht

im Vordergrund, sondern ökonomische Argumente zur Vereinheitlichung eines Versicherungsmarktes und die immer deutlicher werdenden Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung.

Bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung vor nunmehr 134 Jahren spielten mögliche Risikoselektion, fairer Wettbewerb oder ein erforderlicher Kontrahierungszwang keine Rolle. Dies änderte sich mit der Übertragung von

1 Der damalige stellvertretende CSU-Parteivorsitzende Horst Seehofer hatte sich zum Ärger der CDU vehement gegen das von der damaligen CDU-Parteivorsitzenden Angela Merkel favorisierte Modell einer Gesundheitsprämie ausgesprochen und sich für eine Bürgerversicherung ausgesprochen (vgl. Spiegel Online vom 28. Juli 2003, Download unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/debatte-ueber-buergerversicherung-seehofer-in-der-union-isoliert-a-259004.html> am 28. Juni 2017).

ökonomischen Konzepten auf Krankenversicherungsmärkte. Heute gilt es als weitgehend unstrittig, dass Krankenkassen in einem solidarischen System keinen Vorteil aus der Versicherung von Personen mit geringer Morbidität, geringem Einkommen oder auch geringer Kinderzahl haben sollen. Daher ist ein Ausgleich der Risiken zwischen gesetzlichen Krankenkassen notwendig. In diesen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist in Deutschland die private Krankenversicherung (PKV) jedoch nicht einbezogen. Die Bürgerversicherung würde dafür sorgen, dass einheitliche Wettbewerbsbedingungen für alle Versicherten gelten.

Neben diesem Argument zur Ausweitung des Wettbewerbsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in den letzten Jahren eine überraschend schwache wirtschaftliche Situation der PKV getreten. Hierfür sind mehrere Ursachen maßgeblich, wie Kapitalmarktprobleme, sprunghafte Prämiensteigerungen der privaten Assekuranz und nachfolgend ausbleibende Wechsel von Versicherten in die PKV, zunehmende Attraktivität der GKV durch vergleichsweise stabile Beiträge und auch faktisch ausbleibende Diskussionen über Leistungseinschränkungen.

Insgesamt ergibt sich die überraschende Situation, dass die Bürgerversicherung nicht mehr aktiv als Gegenmodell zu Gesundheitsprämien vertreten werden muss, sondern derzeit faktisch als Gewinnerin aus der Konkurrenz mit der PKV hervorzugehen scheint. Die Unter-

### **Die Strategie des Abwartens könnte sich als politische Option herausstellen, um mittelfristig eine Bürgerversicherung zu implementieren.**

scheidung ist nicht trivial, denn als Folge sind nicht mehr Beschlüsse auf Parteitaugen wichtig für die Zukunft der Bürgerversicherung, sondern die Strategie des Abwartens könnte sich als politische Option herausstellen, um mittelfristig eine Bürgerversicherung zu implementieren.

In einem solchen Szenario entspräche eine Bürgerversicherung einer ausgeweiteten GKV, die deren bestehende struktu-

relle Probleme übernehmen würde. Dies sind insbesondere die einseitige Belastung des Faktors Arbeit mit Krankenversicherungsbeiträgen, die enge Koppelung von Versicherungsverhältnissen an klassische Arbeitsverträge, die vertikalen und horizontalen Ungerechtigkeiten bei der Bemessung von Beiträgen auf der Grundlage der sozialversicherungspflichtigen Einkommen und schließlich die regressiven Wirkungen einer Beitragsbemessungsgrenze.

Der Übergang der gesetzlichen Krankenversicherung zur Bürgerversicherung sollte daher aus Sicht der Autoren die Option nutzen, eine umfassende Krankenversicherung aus einem Guss anzubieten, welche zumindest einige der genannten strukturellen Probleme auf der Einnahmenseite lösen kann.

## **2. Notwendigkeit der Einführung einer Bürgerversicherung**

Der Notwendigkeit zur Einführung einer Bürgerversicherung ergibt sich durch eine Kombination von Faktoren. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV, der ineffiziente Systemwettbewerb und Defizite im Geschäftsmodell der PKV.

### **2.1 Strukturelle Einnahmeschwäche GKV**

Aus wissenschaftlicher Sicht hat die GKV in den letzten Jahrzehnten weniger ein Ausgabenproblem als ein Einnahmenproblem. Während die Leistungsausgaben der GKV je Mitglied zwischen 1995 und 2016 um 70 % gestiegen sind und sich damit weitgehend parallel zum Bruttoinlandsprodukt (+65,1 %) entwickelten, stiegen die beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder in diesem Zeitraum um lediglich 35 % (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen 2017). Die in den letzten Jahren außerordentlich robuste Konjunktur in Deutschland, verbunden mit einer Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2011, überdeckt derzeit, dass die Erwerbseinkommen der Beschäftigten einseitig belastet werden. Es ist daher die Forderung folgerichtig, die gesamte finanzielle Leistungsfähigkeit der Mitglieder bzw. der Gesellschaft insgesamt zur Finanzierung der GKV heranzuziehen.

### **2.2 Ineffizienter Systemwettbewerb**

Die Dualität von GKV auf der einen Seite und PKV auf der anderen Seite weist im Status quo eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb ist durch unterschiedliche Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Kalkulation von Beiträgen bzw. Prämien und unterschiedliche Vergütungen für Leistungsanbieter – massiv verzerrt und damit dysfunktional (Jacobs 2013). Diese Verzerrungen führen nicht nur zu einer Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sache nicht begründbaren Ungleichbehandlungen zwischen unterschiedlichen Versicherungsträgern, sondern auch zu allokativen Fehlanreizen. Der bessere Zugang von Privatversicherten insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist empirisch ebenso robust dokumentiert (Greß/Heinemann 2013) wie die Beeinflussung von regionalen Niederlassungsentscheidungen durch den Anteil der Privatversicherten (Sundmacher/Ozegowski 2016).

### **2.3 Systematische Defizite im Geschäftsmodell der PKV**

Während zwischen den Jahren 2000 und 2004 noch durchschnittlich 336.800 Personen die GKV in Richtung PKV verließen, verringerte sich die Anzahl zwischen 2011 und 2015 auf durchschnittlich noch 150.800. Die Anzahl der Rückkehrer von der PKV in die GKV blieb mit rund 150.000 pro Jahr weitgehend konstant, seit 2012 übersteigen die Abwanderungen aus der PKV die Zuläufe (vgl. Tabelle 1).

Da weder die Versicherungspflichtgrenze sprunghaft angehoben wurde, noch die Einkommen in Deutschland eingebrochen sind, ist diese Entwicklung am ehesten durch einen grundlegenden Wandel im Wahlverhalten der Versicherten und veränderte Präferenzen der gesetzlich Versicherten zu erklären. Statt des prinzipiell unumkehrbaren Wechsels in die PKV wird ein Verbleib in der GKV mit Abschluss von Zusatzversicherungen bevorzugt. Da das Geschäftsmodell der PKV jedoch faktisch auf einen fortlaufenden Zulauf von neuen Vollversicherten mit geringer Morbidität und neu aufzubauenen Altersrückstellungen angewiesen ist, wird durch das stagnierende Neugeschäft die Nachhaltigkeit des Geschäftsmodells für Bestandsversicherte gefährdet.

**Tabelle 1: Nettoneuzugang, Vollversicherte und Nettoverzinsung in der privaten Krankenvollversicherung 2005 bis 2015**

Jahr	Nettoneuzugang	Vollversicherte	Nettoverzinsung
2005	113.600	8.373.000	4,82%
2006	116.100	8.489.100	4,75%
2007	59.900	8.549.000	3,56%
2008	90.300	8.639.300	4,27%
2009	171.600	8.810.900	4,23%
2010	84.600	8.895.500	4,08%
2011	80.900	8.976.400	4,21%
2012	-20.100	8.956.300	4,03%
2013	-66.200	8.890.100	3,91%
2014	-55.700	8.834.400	3,70%
2015	-47.100	8.787.300	3,70%

Quelle: PKV-Zahlenportal

Eine weitere Herausforderung für die PKV ergibt sich durch die überraschend lang andauernde Phase von äußerst niedrigen Zinsen auf Kapital. Zur Stabilisierung der Prämien sind die privaten Krankenversicherer auf auskömmliche Erträge bei der Anlage der Alterungsrückstellungen angewiesen. Diese Verzinsung ist allerdings – verursacht durch die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank – in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen (vgl. Tabelle 1). Die durchschnittliche Nettoverzinsung ist seit einem 2011 um einen halben Prozentpunkt zurückgegangen.

Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren deutlich verschärfen, wenn die privaten Versicherer vermehrt niedrigverzinsten Papiere in ihr Portfolio aufnehmen müssen. Der im Juni 2017 neu gegründete private Krankenversicherer Ottonova – der naturgemäß keinen Bestand von hochverzinsten Anleihen hat – kalkuliert mit einem Rechnungszins von 1,25 Prozent. Erwirtschaften die privaten Krankenversicherer einen Prozentpunkt weniger Zinsen für die

Kapitalanlagen, so müssen sie ihre Prämien um rund zehn Prozent erhöhen. Insofern stellt sich die Abhängigkeit vom Kapitalmarkt als Nachteil des Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung heraus.<sup>2</sup>

### 3. Elemente einer Bürgerversicherung

Ursprünglich war mit dem Begriff Bürgerversicherung vor allem die Integration von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung gemeint. Inzwischen wird allerdings auch die Verbeitung der Einkommensbasis der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Konzept Bürgerversicherung verbunden – insbesondere durch die Abschaffung bzw. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Tabelle 2 fasst die finanziellen Entlastungseffekte der genannten Maßnahmen für die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen.

**Tabelle 2: Elemente einer der Bürgerversicherung – Finanzielle Entlastungseffekte GKV**

Maßnahmen	Beitragssatzeffekt	Kumulierter Beitragssatzeffekt
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-0,9	-0,9
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.800 Euro/Monat	-0,8	-1,8
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-1,5	-3,1
Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze	-1,3	-3,8

Quelle: Rothgang/Domhoff 2017

## 3.1 Integration von GKV und PKV

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versichertengruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen. Die Ziele dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich diese Ziele zu erreichen (Greß/Bieback 2014). Mit anderen Worten haben heute noch nicht private versicherte Bürgerinnen und Bürger keinen verfassungsgemäß verbrieften Anspruch, sich irgendwann einmal in der Zukunft privat versichern zu können. Ähnliches gilt für die Berufsfreiheit der Unternehmen in der privaten Krankenversicherung. Eine Einschränkung des Angebots privater Krankenvollversicherungen lässt sich durch die oben genannten übergeordneten Ziele des Gesetzgebers rechtfertigen.

Von besonderer Bedeutung für die Umsatzbarkeit der Bürgerversicherung ist die Frage, wie sich der Übergang zu einem integrierten System von Kranken- und Pflegeversicherung organisieren lässt. Bei der Integration der sozialen und der privaten Krankenvollversicherung in den Niederlanden – dem außer Deutschland letzten europäischen Gesundheitssystem mit einer dualen Krankenversicherung – setzte der Gesetzgeber das neue System zum Stichtag 1. Januar 2006 um (Greß et al. 2007). Der zentrale Vorteil der Umsetzung einer Stichtagslösung auch in Deutschland bestünde darin, dass sich alle Versicherten zu ei-

<sup>2</sup> Vgl. dazu auch die Rezension in diesem Band zu dem Buch von Hartmut Reiners: „Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens“.

nem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern müssten. Damit würden sämtliche Vorteile eines integrierten Systems sofort wirksam werden. Außerdem würde eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure nicht entstehen. Nach aktuellen Berechnungen würde die Umsetzung einer Stichtagslösung den Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,9 Beitragssatzpunkte reduzieren (Rothgang/Domhoff 2017). Hinzu kämen nennenswerte Entlastungen der öffentlichen Haushalte, weil auch die Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert wären. Diese Entlastungen werden bis zum Jahr 2030 auf immerhin 60 Mrd. Euro beziffert (Ochmann et al. 2016).

Allerdings haben die privaten Krankenversicherer in den Niederlanden ihre Prämien nicht nach dem Kapitaldeckungsprinzip kalkuliert und dementsprechend keine Alterungsrückstellungen aufgebaut. In Deutschland genießen die Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Sie haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 mit der Einführung der Versicherungspflicht die Versicherten zum Abschluss dieser Verträge verpflichtet und traditionell die Beiträge für die Alterungsrückstellungen vorschreibt, wodurch die Verträge langfristig angelegt sind. Das setzt dem Übergangsrecht bei der Behandlung der Altverträge Schranken. Die Stichtagslösung ist zwar grundsätzlich gerechtfertigt, es bestehen jedoch vor allem bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. Angemessenheit des Eingriffs gegenüber den PKV-Unternehmen erhebliche verfassungsrechtliche Unsicherheiten (Greß/Bieback 2014).

Auch für eine Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit – allerdings aus anderen Gründen. Diese Übergangsvariante ließe die Altverträge fortbestehen, würde sie aber erheblich modifizieren. Dieser Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems alleine durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden

Gerechtigkeit- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen. Darüber hinaus würden neue Ungleichbehandlungen geschaffen und perpetuiert. Finanzielle Entlastungseffekte für die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung würden sich genauso wie Entlastungseffekte für die öffentlichen Haushalte erst langfristig einstellen.

Die Eingriffsintensität wäre am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die soziale Kranken- und Pflegeversicherung unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Sozialpolitisch wäre diese Übergangsregelung mit Blick auf die erwünschten Wirkungen hinsichtlich Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung in einem integrierten Krankenversicherungssystem keine optimale Lösung. Allerdings wird durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht.

### **Der zentrale Vorteil einer Stichtagslösung bestünde darin, dass sich alle Versicherten zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer ihrer Wahl versichern müssten.**

Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen schützt wiederum die Versicherten in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikoentmischung der beiden Systeme (Greß/Bieback 2014). Letztlich wäre dieses Szenario aus Sicht der Autoren daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu einem integrierten System zu organisieren.

Die finanziellen Auswirkungen einer solchen Übergangsregelung auf die gesetzliche Krankenversicherung wären nichtsdestoweniger unklar. Das liegt erstens daran, dass sich das Wahlverhalten der Privatversicherten nicht ohne Weiteres prognostizieren lässt. Es wäre durchaus plausibel, dass vor allem ältere privat Versicherte mit hohen Prämien und Versicherte mit vielen Familienangehörigen die Gelegenheit zur Rückkehr in die GKV nutzen würden. Im Detail

lässt sich dieses Wechselverhalten jedoch nicht vorhersagen. Zweitens hängen die Effekte von der konkreten Ausgestaltung des Mechanismus zur Portabilität der Alterungsrückstellungen in die gesetzliche Krankenversicherung ab. Dieser Mechanismus muss einerseits sicherstellen, dass die in der PKV verbleibenden Tarife finanziell überlebensfähig sind. Zweitens muss gewährleistet sein, dass eine Überforderung der Solidargemeinschaft in der GKV vermieden wird. In der Summe würde der Entlastungseffekt für die GKV jedoch kurzfristig deutlich unter den 0,9 Beitragssatzpunkten einer Stichtagsregelung liegen.

### **3.2 Anhebung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze**

Bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragsfinanzierung in der GKV durchgängig am Grundsatz der Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich gestärkt, weil

mit steigendem Einkommen – also mit steigender Leistungsfähigkeit – auch durchgängig die Beitragsbelastung steigen würde. Ein wesentliches Defizit der Beitragsfinanzierung im Status Quo würde damit beseitigt werden. Gleichzeitig würde auch die horizontale Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich erhöht werden. Haushalte mit gleich

hohem Einkommen würden zukünftig auch einer gleichen Beitragsbelastung unterliegen – unabhängig von der Verteilung des Einkommens innerhalb der Haushalte.

Eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze wird jedoch von Verfassungsjuristen außerordentlich kontrovers beurteilt. Es ist zu vermuten, dass das Bundesverfassungsgericht für die Beitragsbemessung in der GKV weiterhin das Äquivalenzprinzip zumindest nicht als völlig irrelevant beurteilt. Mit anderen Worten bedürfte es eines zumindest in Ansätzen erkennbaren Zusammenhangs zwischen Beiträgen auf der einen Seite und Leistungen auf der anderen Seite. Dieser Zusammenhang würde mit einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben werden. Diese Argumentation ist aus Sicht der Autoren nur sehr eingeschränkt überzeugend, weil im

Leistungskatalog der GKV lediglich für das Krankengeld ein enge Zusammenhang zwischen Beitragszahlung und Leistungsgewährung im Sinne des Äquivalenzprinzips besteht. Für die Sachleistungen – die für knapp 95 Prozent der Ausgaben in der GKV verantwortlich sind – gilt das Bedarfsprinzip. Ein Zusammenhang zwischen Höhe der Beitragszahlung und Umfang der Leistungsgewährung besteht definitionsgemäß nicht. Unabhängig von der Stichhaltigkeit des Arguments ist es nichtsdestoweniger sehr wahrscheinlich, dass eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken stoßen würde. Dies gilt in deutlich geringerem Ausmaß für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung.

Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung könnte ein erheblicher Anteil des Einkommens jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze erfasst werden. Die Verwerfungen der GKV-Finanzierung im Hinblick auf vertikale und horizontale Gerechtigkeit könnten ebenfalls zumindest zum Teil überwunden werden.

### 3.3 Verbeitragung weiterer Einkommensarten

Die Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung ist vor allem aus einer sozialpolitischen Perspektive dringend geboten. Aktuelle Berechnungen zeigen außerdem, dass eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf weitere Einkommensarten die Nachhaltigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich verbessern würde. Alleine diese Maßnahme würde somit zu einer Entlastung der Beitragszahler um 1,5 Beitragssatzpunkte führen. Dieser finanzielle Effekt hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, was die Autoren der Berechnungen durch einen Anstieg der Einkommensungleichheit erklären (Rothgang/Domhoff 2017).

Offen ist die Umsetzung des Einbezugs weiterer Einkommensarten. In der Vergangenheit wurden hierzu bereits verschiedene Modelle diskutiert. Bei gesetzlich freiwillig Versicherten wird bereits heute ein Modell angewandt, das auf der rückwirkenden Einreichung einer

Steuererklärung bei der Krankenkasse und einer Nachzahlung bzw. Rückerstattung von Beiträgen durch die Krankenkasse basiert. Es führt jedoch zu hohem Aufwand, erfordert eine teilweise über mehrere Jahre erforderliche Nachhaltung von Beitragszahlungen und stößt bei Mitgliedern teilweise auf Widerstand, da die Krankenkasse Einblick in sensible persönliche Finanzdaten erhält.

Als Alternative wird daher häufig eine über alle Mitglieder aufsummierte Entrichtung über das Finanzamt vorgeschlagen. Dabei müsste die Finanzverwaltung in Deutschland in der Summe erfassen, wie hoch steuerpflichtige Einkommen anfallen. Die darauf zu entrichtenden Beiträge würden unmittelbar von der Finanzverwaltung an den Gesundheitsfonds abgeführt, wobei politisch entschieden werden kann, ob dies über den allgemeinen Steuerhaushalt oder durch eine Umlage der Einkommenssteuer erfolgt. Der Nachteil besteht darin, dass der politische Einfluss auf die finanzielle Ausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung steigt. Bereits heute ist die Höhe des Bundeszuschusses aus Steuermitteln Gegenstand politischer Auseinandersetzungen. Diese Finanzamtslösung würde daher eine Regelbindung erfordern, wie sie beispielsweise auch bei der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze vorhanden ist.

Alternativ könnten die Finanzbehörden die Krankenkassenbeiträge als durchlaufenden Posten im Auftrag der Krankenkassen berechnen und die Differenz an den Gesundheitsfonds überweisen. Krankenkassen hätten somit weder Einblick in die Finanzsituation ihrer Mitglieder noch müssten sie aufwendig jede Beitragssituation klären. Aus Sicht der Autoren ist diese Variante zu bevorzugen, weil hiermit die Vorteile einer Ausweitung der beitragspflichtigen Einnahmen mit überschaubarem bürokratischen Aufwand realisiert werden könnten.

### 4. Umsetzungsperspektiven

Die Umsetzung einer Bürgerversicherung ist alles andere als trivial. Im vorigen Abschnitt ist bereits deutlich geworden, dass – entsprechende politische Festlegungen vorausgesetzt – jeder Schritt auf dem Weg zu einer Bürgerversicherung verfassungsrechtlich überprüft werden würde. Das gilt für Änderungen an der

Beitragsbemessungsgrenze aber vor allem für die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems. Hier lässt sich nur begründet spekulieren, wie das Bundesverfassungsgericht entscheiden würde. Letztendlich scheint vor diesem Hintergrund eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze eher umsetzbar zu sein als eine Abschaffung. Genauso scheint es eher möglich zu sein, ein integriertes Krankenversicherungssystem mit einem Wahlrecht für Altverträge einzuführen. Hier besteht die Unsicherheit darin, wie das Bundesverfassungsgericht die Portabilität der Alterungsrückstellun-

**Jeder Schritt auf dem Weg zu einer Bürgerversicherung würde verfassungsrechtlich überprüft werden.**

gen in die gesetzliche Krankenversicherung bewerten würde.

Neben den verfassungsrechtlichen Unsicherheiten werden von den Apologeten des vermeintlichen Systemwettbewerbs zwei weitere zentrale Argumente gegen die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems vorgebracht – die Beschäftigungswirkungen und die Auswirkungen auf die ärztliche Vergütung. Die Beschäftigungswirkungen eines integrierten Krankenversicherungssystems spielten schon im letzten Bundestagswahlkampf im Jahr 2013 eine Rolle, als eine von der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie erstmals die Beschäftigungswirkungen eine Bürgerversicherung untersuchte (Paquet 2013). Diese Studie war insofern verdienstvoll, als dass sie erstens die unterschiedlichen Aufgaben der Beschäftigten in GKV und PKV herausgearbeitet hat und zweitens die enormen Produktivitätsunterschiede in den beiden Systemen verdeutlichen konnte. Während in der PKV zum damaligen Zeitpunkt etwa 70.000 Beschäftigte und freiberufliche Außendienstmitarbeiter für rund 9 Mio. Versicherte zuständig waren, so haben in der GKV etwa 100.000 Beschäftigte rund 70 Mio. Versicherte betreut. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der Autor bei einem sofortigen Übergang zur Bürgerversicherung erhebliche negative Beschäftigungswirkungen in der

Tabelle 3: Stellschrauben der Bürgerversicherung – Positionen der Parteien

Stellschrauben	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
Ausweitung des Versichertenkreises	Ja, mit Wahlrecht für bisher PKV-Versicherte	Ja, gesamte Bevölkerung	Ja, auch bisher Privatversicherte
Alle Einkommensarten einbeziehen	Keine Angaben	Ja, auch Kapitaleinkünfte und Aktiengewinne	Ja, gesamtes Einkommen soll einbezogen werden
Beitragsbemessungsgrenze	Keine Angaben	Keine Angaben	Abschaffung

Quellen: Bündnis 90/Die Grünen 2017; Die Linke 2017; SPD 2017

privaten Krankenvollversicherung prognostizierte. Die Produktivitätsdefizite in der privaten Krankenversicherung sind derart offensichtlich, dass der schon angesprochene neue private Krankenversicherer Ottonova die Wettbewerbsnachteile durch einen niedrigeren Rechnungszins ausschließlich durch die Digitalisierung der Abrechnungsprozesse und den Verzicht auf die Zahlung von Abschlussprovisionen kompensieren will.

In einer ebenfalls von der Hans-Böckler-Studie beauftragten Folgestudie hat das IGES-Institut kürzlich die Beschäftigungswirkungen unterschiedlicher Szenarien zu Einführung eines integrierten Versicherungssystems berechnet (Albrecht et al. 2016). Eines der dort untersuchten Transformationsmodelle entspricht dem hier vorgeschlagenen Modell einer Übergangsregelung mit Wechselrecht für die Altversicherten. Die Autoren gehen davon aus, dass innerhalb eines Jahres sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vertrieb ihre Beschäftigung verlieren würden. Insgesamt würden nach diesen Schätzungen etwa 60 Prozent der Beschäftigten innerhalb der ersten drei Jahre nach Einführung ihre Arbeitsstelle in der PKV verlieren. Nach zehn Jahren wären es etwa 75 Prozent. Damit würde eine Bürgerversicherung schon nach relativ kurzer Zeit etwa 42.000 Arbeitsplätze in der Verwaltung der privaten Krankenversicherung kosten – ohne dass dieser Personenkreis aufgrund der unterschiedlichen Beschäftigungsprofile auf einen gleichwertigen Arbeitsplatz in der gesetzlichen Krankenversicherung hoffen könnte.

Aus Sicht der Autoren ist es jedoch nicht sachgerecht, diese möglichen Beschäftigungswirkungen – die natürlich im Detail von den Annahmen über die Wechselintensität aus der PKV in die GKV abhängen – gegen die Einführung einer Bürgerversicherung vorzubringen. Erstens lässt sich aufgrund der Unterschiede in der Produktivität in GKV und PKV über kurz

oder lang ohnehin eine Rationalisierungswelle in der privaten Krankenversicherung absehen. Das gilt insbesondere dann, wenn neue Wettbewerber in den Markt für private Krankenvollversicherungen eintreten. Zweitens ist es nicht Aufgabe von Versicherten und Steuerzahlern, offensichtlich ineffiziente Verwaltungs- und Marketingstrukturen dauerhaft zu finanzieren (Reiners 2014). Steuergelder wären besser angelegt, wenn sie bei Bedarf zur Unterstützung der in der PKV beschäftigten Personen auf der Suche nach anderen Beschäftigungsmöglichkeiten genutzt werden könnten.

Das zweite häufig vorgebrachte Argument gegen die Einführung einer Bürgerversicherung sind die möglicherweise entstehenden Einkommensverluste für die Leistungserbringer. Hier wäre insbesondere die ambulant tätige Ärzteschaft betroffen, die derzeit für die gleiche Leistung bei einem privat versicherten Patienten einen um den Faktor 2,3 erhöhten Betrag ohne Mengenbegrenzung abrechnen kann (Walendzik et al. 2008). Bei der Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems würde bei einer Umstellung der bislang privat versicherten Personen von GOÄ auf EBM die Ärzteschaft auf die Mehrvergütung durch Privatpatienten verzichten müssen. Bei einer – wie oben angesprochen wenig realistischen Stichtagsregelung – würde dieser Einkommensverlust zwischen 4,3 Mrd. Euro (Wasem et al. 2013) und 6 Mrd. Euro (Kaiser 2017) liegen. Betroffen von den Einkommensverlusten wären in erster Linie Fachärzte – Hausärzte wären wegen des geringeren Anteils privatärztlicher Umsätze in geringerem Ausmaß betroffen. Bei dem hier vorgeschlagenen Übergangsszenario würden zunächst Einkommensverluste in Höhe von 1,6 Mrd. Euro entstehen, die bis zum Jahr 2030 auf 3,1 Mrd. Euro ansteigen würden (Wasem

et al. 2013). Auch diese Beträge sind stark davon abhängig, wie viele Versicherte aus der PKV in die GKV wechseln würden.

Bei der Umsetzung einer Bürgerversicherung wäre erstens politisch zu entscheiden, ob die Leistungserbringer für die Einkommensverluste aufgrund des wegfallenden PKV-Mehrumsatzes entschädigt werden würden. Entsprechende Kompensationen würden die Entlastungswirkungen für die Versichertengemeinschaft und die öffentlichen Haushalte merklich reduzieren. Zweitens müsste entschieden werden, auf welche Art und Weise eine solche Kompensation erfolgen würde. Aus Sicht der Autoren würde eine solche Kompensation nur dann sinnvoll sein, wenn bei der Ausgestaltung auch versorgungspolitische Notwendigkeiten berücksichtigt werden. So wäre es wenig zielführend, diejenigen Ärzte mit einem aktuell hohen Anteil von Privatversicherten in Ballungsregionen vollständig zu kompensieren. Sinnvoller wäre es, mit der Kompensation die Anreize zur Niederlas-

**Aufgrund der Produktivitätsunterschiede zwischen GKV und PKV ist eine Rationalisierungswelle in der privaten Krankenversicherung abzusehen.**

sung in Regionen zu verstärken, in denen der Bedarf am höchsten ist.

Zum Abschluss dieses Beitrags zeigt ein Blick in die aktuellen Wahlprogramme der einer Bürgerversicherung grundsätzlich positiv gegenüber eingestellten Parteien eine deutliche Akzentverschiebung gegenüber der letzten Bundestagswahl im Jahr 2013 (Greß/Bieback 2014). Sowohl die SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke fordern in

ihren Programmen zwar weiterhin eine Ausweitung des Versichertenkreises und damit ein integriertes Krankenversicherungssystem. Die SPD fordert allerdings im Gegensatz zur letzten Bundestagswahl keine Berücksichtigung von Kapitaleinkünften und keine Intervention im Zusammenhang mit der Beitragsbemessungsgrenze. Die Grünen haben ebenfalls von der Forderung nach einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung Abstand genommen. Nur Die Linken fordern konsequent die Abschaffung der PKV nach einem Stichtagsmodell und die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze.<sup>3</sup>

## 5. Fazit

Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition hat in der vergangenen Legislaturperiode den Konflikt um die Weiterentwicklung des dualen Systems zwischen GKV und PKV ausgeklammert. Schon bei den Koalitionsverhandlungen wurde deutlich, dass es zwischen CDU/CSU auf der einen Seite und SPD auf der anderen Seite keinerlei

Gemeinsamkeiten in dieser Frage gab. Als Konsequenz dieser gegenseitigen Blockade bestehen die Nachteile des angeblichen Systemwettbewerbs weiterhin fort. In der GKV wird dieser Zustand derzeit durch die dauerhaft robuste konjunkturelle Entwicklung überlagert. Allerdings werden die Schwächen des Geschäftsmodells in der PKV nicht zuletzt durch die andauernde Niedrigzinsphase auf dem Kapitalmarkt und die nicht vorhandenen Möglichkeiten zur Ausgabensteuerung immer offensichtlicher. Konsequenz ist die kontinuierlich steigende Belastung der Versicherten in der PKV durch Prämienanpassungen. Unverändert bestehen die Nachteile des dualen Krankenversicherungssystems in Form allokativer Fehlanreize und in der Sache nicht gerechtfertigte Unterschiede im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung fort.

Aus Sicht der Autoren sollte daher die nächste Bundesregierung die drei wesentlichen Elemente einer Bürgerversicherung implementieren. Erstens könnte ein integriertes Krankenversicherungssystem sukzessive das Nebeneinander von GKV und PKV beenden. Ein Bestandsschutz für Altverträge mit einem Wechselrecht

unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen könnte den Übergang verfassungskonform ausgestalten. Dieses Übergangsszenario hätte den Nachteil, dass Beitragssatzentlastungen für die GKV deutlich reduziert werden würden. Gleichzeitig könnten allerdings die negativen Beschäftigungswirkungen für die private Krankenversicherung ebenso abgemildert werden wie ein möglicher Kompensationsbedarf für die Leistungsanbieter für den Wegfall privatärztlicher Mehrumsätze. Deutlich positive Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und die Gerechtigkeit in der Finanzierung in der GKV ließen sich außerdem durch eine parallele Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung und die Verbeitragung weiterer Einkommensarten erreichen. ■

3 Dieses Modell war auch Gegenstand eines Antrags der Bundestagsfraktion Die Linke (Deutscher Bundestag 2017a), der nach einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss mit den Stimmen der CDU/CSU und SPD bei Enthaltung der Grünen abgelehnt wurde (Deutscher Bundestag 2017b).

## Literatur

- Albrecht, M./M. Möllenkamp/H.-D. Nolting/S. Hildebrandt (2016).** Modelle einer Bürgerversicherung – Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Bündnis 90/Die Grünen (2017).** Bündnis 90/Die Grünen: Zukunft wird aus Mut gemacht. Entwurf Wahlprogramm 2017. Berlin, Bündnis 90/Die Grünen.
- Deutscher Bundestag (2017a).** Antrag der Fraktion Die Linke: Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege. Berlin, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/11722 vom 28.03.2017.
- (2017b).** Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 18/11722. Berlin, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12932 vom 27.06.2017.
- Die Linke (2017).** Bundestagswahlprogramm 2017. Sozial. Gerecht. Frieden. Für alle. Die Zukunft für die wir kämpfen. Hannover: Die Linken. Hannover, Die Linke.
- Greß, S./K.-J. Bieback (2014).** "Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit." *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 14(4): 7-14.
- Greß, S./S. Heinemann (2013).** Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. K. Jacobs, S. Schulze. Berlin, Kompart Verlag: 107-24.
- Greß, S./M. Manouguian/J. Wasem (2007).** "Niederlande: Anatomie einer Reform." *Gesundheit und Gesellschaft* 10(1): 36-40.
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2017).** Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 -2016. Sozialpolitik Aktuell, Download unter [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf) am 28. Juni 2017.
- Jacobs, K. (2013).** Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität. Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. K. Jacobs, S. Schulze. Berlin, Kompart Verlag: 47-74.
- Kaiser, H.-J. (2017).** Experiment Bürgerversicherung – Bedrohung der medizinischen Infrastruktur. Berlin, PVS-Verband.
- Ochmann, R./M. Albrecht/G. Schiffhorst (2016).** Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte. Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.
- Paquet, R. (2013).** Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.
- Reiners, H. (2014).** "Jobkiller Bürgerversicherung? Anmerkungen zu einer merkwürdigen Debatte." *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 14(1): 7-15.
- Rothgang, H./D. Domhoff (2017).** Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Bremen, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE.
- SPD (2017).** Entwurf des Leitanspruchs der Programmkommission für das Regierungsprogramm 2017 (Stand: 15.05.2017). Berlin, SPD.
- Sundmacher, L./S. Ozegowski (2016).** "Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany." *The European Journal of Health Economics* 17(4): 443-51.
- Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2008).** Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.
- Wasem, J./F. Buchner/G. Lux/L. Weegen/A. Walendzik (2013).** Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Essen, Universität Duisburg-Essen.