Warum nur eine Bürgerversicherung die Probleme in unserem Gesundheitssystem lösen kann

Von Karl Lauterbach

Die zurzeit ausgetragene Diskussion um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems ist stark durch ideologische Auseinandersetzungen geprägt und fragt zu wenig danach, welches überhaupt die wichtigsten Probleme in der Versorgung sind, die gelöst werden müssen. Die Diskussion wird von dem Grundmuster beherrscht, die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen sei zwar gerechter, das System der Kopfpauschalen hingegen bringe neue Arbeitsplätze. Dieses Grundmuster legt sogar die Überlegung nahe, dass die ideale Reform eine Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen sein könnte, die dann gleichzeitig als gerecht und ökonomisch vernünftig erschiene. Dann könnte der jüngste Vorschlag einer „Bürgerpauschale" des Sachverständigenrates für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung[1] als die lang gesuchte Kompromisslösung betrachtet werden. Vor diesem Fehlschluss soll in diesem Beitrag gewarnt werden. Im Folgenden werden zuerst die vier wichtigsten Probleme des deutschen Gesundheitssystems dargestellt. Dann soll aufgezeigt werden, dass die einkommensabhängige Bürgerversicherung diese Probleme am besten löst, und dass sie im Vergleich zu Kopfpauschalmodellen – egal ob für alle oder für einen Teil der Bevölkerung eingeführt – sowohl gerechter als auch besser für die Wirtschaft ist.

Die vier großen Probleme des deutschen Gesundheitssystems

Problem Nr. 1: Die Finanzierung des Systems allein durch Löhne und Gehälter

Kein anderes Gesundheitssystem in Europa wird so einseitig finanziert wie das deutsche: Zur Finanzierung werden nur Löhne und Gehälter sowie Renten herangezogen, wobei Renten durch Umlage aus Lohn und Gehalt aufgebracht werden. Andere Einkommensquellen, insbesondere Zins- und Kapitaleinkünfte sowie die Einkommen aus selbstständiger Arbeit werden nicht oder nur marginal herangezogen. Diese Finanzierung ist sowohl ungerecht als auch ökonomisch wenig sinnvoll.

Sie ist ungerecht, weil sie in Kauf nimmt, dass sich die Bezieher von Kapitaleinkommen z. B. an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung nicht oder nur geringfügig beteiligen, obwohl sie die vollen Leistungen genießen. Aus welchem Grund sollte die Finanzierung des Gesundheitssystems mehr oder weniger ausschliesslich denjenigen aufgebürdet werden, die von Lohn, Gehalt und Rente leben? Es überrascht, dass dieses Ungleichgewicht in der Vergangenheit nicht stärker auch von Gewerkschaften und den Arbeitnehmerflügeln der Parteien angegriffen wurde, da es Arbeitnehmer einseitig benachteiligt. Beklagt haben sich in erster Linie die Arbeitgeber, weil die Ankoppelung an die Löhne zu hohen Lohnnebenkosten geführt habe. Den eigentlichen Schaden hatten aber die Arbeitnehmer, da die so genannten Lohnnebenkosten natürlich Teil des gesamten Lohnes sind, während für die Arbeitgeber nur die Gesamtlohnkosten relevant sind.

Dass diese einseitige Finanzierung des Gesundheitssystems auch ökonomisch unsinnig ist, liegt nicht zuletzt daran, dass Löhne und Gehälter nicht mehr so schnell wachsen wie das Bruttoinlandsprodukt. Seit 15 Jahren fällt die sogenannte Lohnquote, d. h. andere Einkommensquellen wie Zins- und Kapitaleinkünfte sowie Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit wachsen schneller als Löhne und Gehälter.[2] Selbstständigkeit und Scheinselbstständigkeit nehmen zu, Lohnanteile werden in

Der Autor

Prof. Karl Lauterbach ist Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an der Universität zu Köln

1 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05; siehe dazu auch Jürgen Wasem, Stefan Greß, Heinz Rothgang: Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Perspektive für die Zukunft?, Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen/Fulda 2004, S. 44 ff.

2 Siehe Heinz Stapf-Finé: Zum aktuellen Stand der Debatte: Bürgerversicherung oder Kopfpauschale?, in Soziale Sicherheit 11/2004, S. 383 f.

nicht-sozialversicherungspflichtige Prämien gewandelt und auch die anhaltende hohe Arbeitslosigkeit führt zu Lohnausfällen.

Wachsen die Kosten im Gesundheitssystem mit dem Bruttoinlandsprodukt während die Lohnquote sinkt, dann müssen die Beitragssätze steigen. Genau das ist seit 15 Jahren zu beobachten. Die Ausgaben für die solidarische Krankenversicherung sind seit 1980 nicht stärker als das Bruttoinlandsprodukt gestiegen, während in der gleichen Zeit die Beitragssätze um 25 Prozent zugenommen haben.[3] Es ist daher zu erwarten, dass in Zukunft selbst dann die Beitragssätze weiter steigen würden, wenn es weder eine Verschlechterung des Altersaufbaus der Gesellschaft noch eine überproportionale Kostensteigerung durch technischen Fortschritt gäbe. Steigende Beitragssätze würden sich wiederum negativ auf den Arbeitsmarkt auswirken. Sie fördern u. a. Schwarzarbeit und Scheinselbstständigkeit. Für die so entstehenden weiteren Lohnlücken der Krankenversicherung müssten die Beitragssätze weiter erhöht werden für die, die im System blieben. Das würde wieder zu erneuten Anpassungsverlusten führen: Ein Teufelskreis, der bereits erkennbar ist.

Ohne das GKV-Modernisierungsgesetz[4] wäre durch diese Spirale der Beitragssatz bereits im Jahre 2004 auf über 15 Prozent gestiegen. Das heutige System wäre daher sogar ohne demografische Herausforderung ohne Zukunft. Die vor uns liegende demografische Herausforderung ist aber enorm. So günstig wie heute wird die Alters- und Einkommenssituation der deutschen Bevölkerung nie mehr sein. Die so genannte „Babyboomer-Generation", die geburtenstarken Jahrjänge von 1955 bis 1968, befinden sich derzeit auf dem Höhepunkt ihres Einkommens und ihrer Gesundheit. In zehn Jahren wird ihr Einkommen sinken und ihre Gesundheit nachlassen. Dann spätestens wird das heutige System nicht mehr bezahlbar sein.

Problem Nr. 2:
Die Starken der Gesellschaft sind nicht (mehr) im Solidarsystem

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als Vorbild für eine solidarische Krankenversicherung. Doch der Eindruck trügt. Das System ist durch die ebenfalls in Europa einmalige Besonderheit geprägt, dass ausgerechnet die sozial Stärksten in der Regel am System nicht (mehr) teilnehmen. Diejenigen, die oberhalb der so genannten Versicherungspflichtgrenze verdienen – mit einem Mindesteinkommen von über 3.900 Euro monatlich –, können sich aus dem Solidarsystem entfernen und privat versichern.

Auch diejenigen, die als Beamte einen sicheren Arbeitsplatz besitzen, stehen dem System nicht zur Verfügung und geniessen eine Krankenversicherung, die in Qualität und Umfang über die des durchschnittlichen Steuerzahlers hinausgeht, während dieser die Versorgung der Beamten zum grössten Teil zu zahlen hat. Nicht alle Beamten haben eine gleich gute Versorgung, Beamte mit höherem Status und Einkommen sind wiederum bevorteilt. Aber weshalb sollten Beamte überhaupt eine andere Gesundheitsversorgung genießen?

Auch die Mehrzahl der Selbstständigen, insbesondere mit hohem Einkommen, sind nicht im Solidarsystem. Von den Einkommenstarken bleiben dem Solidarsystem meistens nur diejenigen erhalten, die entweder zu krank für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung sind, und diejenigen, für die es attraktiv ist, ihre Kinder oder die nicht berufstätige Ehefrau beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern.

Ein solches Solidarsystem ist absurd, wenn es letztlich nur noch ein System der Schwachen und der Mittelstarken ist. Es kann ausländischen Gesundheitspolitikern kaum erklärt und erst recht nicht begründet werden. Auf diese Absurdität angesprochen, argumentieren der Beamtenbund, die private Krankenversicherung und liberale Politiker häufig, dass die 15Prozent der Bevölkerung, die dem gesetzlichen System so verloren gehen, dieses auch nicht retten könnten. Dabei wird vergessen, dass es sich hier wahrscheinlich um die einzige Versichertengruppe handelt, mit der die Krankenkassen überhaupt Gewinne erzielen könnten. Auch für jede Firma gilt: Der Verlust einer Kundengruppe dieser Größe kann den Konkurs bedeuten, wenn dies die einzigen gewinnbringenden Kunden sind.

Wie bei der Beschränkung der Finanzierung auf Löhne und Gehälter ist auch der bislang nur verhaltene Protest der Arbeitnehmer gegen die Versicherungspflichtgrenze überraschend. Selbst namhafte Arbeitnehmervertreter verteidigen die heutige Aufteilung privater und gesetzlicher Krankenversicherung als „bewährten Systemwettbewerb", obwohl es für normale Arbeitnehmer in diesem System nur Nachteile gibt. Wie kann sich die private Krankenversicherung für Arbeiter z. B. bewährt haben, wenn sie sich in diesem System gar nicht versichern dürfen?

Es gibt kein anderes vergleichbares Produkt, welches sich ein Arbeiter nicht kaufen darf, nur weil er nicht genug verdient. Man stelle sich vor, eine Klasse besonders sicherer Fahrzeuge würde gebaut, der Verkauf wäre aber auf höhere Einkommensgruppen und Wenigfahrer beschränkt. Entweder bieten die privaten Krankenkassen ein gutes Angebot an, dann müsste dieses auch für alle Bürger zur Verfügung stehen, oder sie tun es nicht. Dann sollte es auch Niemandem zugemutet werden.

Aber Gründe für eine Einkommensgrenze für die Wahlmöglichkeit kann es nie geben. Bislang verdanken die Arbeitnehmer unterhalb der Versicherungspflichtgrenze dieser Entsolidarisierung nur eine Erhöhung ihrer Beitragssätze. Dass dem solidarischen Gesundheitssystem 15 Prozent der Mitglieder fehlen, ist nicht nur ungerecht und ökonomisch falsch, sondern auch politisch nicht akzeptabel. Es bedeutet in der Praxis, dass ein grosser Teil derjenigen, die das deutsche Gesundheitssystem reformieren – Politiker, leitende Beamte, Professoren, Verbandsvertreter und Journalisten – im System selbst nicht versichert sind und dieses nicht aus eigener Anschauung kennen. Viele sehen das System nur als eine Belastung für den Arbeits-

3 ebenda, S. 384.

4 siehe Hans Nakielski: Gesundheitsreform: Die wichtigsten Änderungen von A bis Z, in Soziale Sicherheit 8-9/2003 sowie Heinz Stapf-Finé: Entwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz – Auf dem Weg zu einer Sozialreform, die den Namen wirklich verdient, in Soziale Sicherheit 6/2003, S. 195 f.

markt – eine Sicht, die genauso falsch wie gefährlich ist. Diese Haltung reduziert Gesundheitspolitik auf Kostenkontrolle und bündelt nicht genug politisches Kapital in der Auseinandersetzung mit jenen Lobbygruppen im System, die einer Verbesserung der Qualität entgegenstehen.

Problem Nr. 3: Die wachsende Zwei-Klassen-Medizin

Ein in Deutschland stark tabuisiertes Problem ist die wachsende Zwei-Klassen-Medizin, die von der Bevölkerung zwar täglich erlebt, in der Diskussion der Reform unseres Gesundheitssystems aber selten offen angesprochen wird. Die privaten Krankenkassen thematisieren die Zwei-Klassen-Medizin nicht, weil sie den Verlust ihrer Privilegien befürchten. Die gesetzlichen Krankenkassen meiden diese Diskussion, weil sie Mitgliederverluste an die privaten Krankenversicherungen befürchten, wenn offen eingeräumt würde, dass es systembedingte Privilegien für privat Versicherte gibt. Und Ärzteverbände streiten die Zwei-Klassen-Medizin häufig einfach ab, weil sie fürchten, das System der Privatliquidation könnte gefährdet sein. Privatliquidation bedeutet, dass der Chefarzt über einen eigenständigen, höher bewerteten Leistungskatalog die von ihm behandelten Privatpatienten auf eigene Rechnung behandeln kann.

Die resultierende Zwei-Klassen-Medizin macht sich zum Beispiel beim Zugang zu Spezialisten in Krankenhäusern oder Universitätskliniken bemerkbar. In der Versorgung seltener und schwerer Erkrankungen fällt es privat Versicherten deutlich leichter, zeitnah einen Experten zu gewinnen. Die meisten Universitätsprofessoren in der Medizin konzentrieren ihre Sprechstunden auf privat Versicherte, da diese einen wesentlichen Anteil ihres Einkommens einbringen. Oft werden sogar ausschliesslich privat Versicherte in den Sprechstunden der Professoren behandelt, wie ein einziger Anruf im Chefsekretariat in einer beliebigen Universitätsklinik mit Bitte um Termin bestätigen kann.

Namhafte Universitätsprofessoren haben Kliniken in den neuen Bundesländern zu Gunsten westdeutscher Standorte verlassen, weil der geringe Anteil von Privatpatienten in Ostdeutschland ihnen kein Spitzeneinkommen garantierte. Auch der beginnende Facharztmangel in den neuen Bundesländern und in ländlichen Regionen im Westen geht zumindest teilweise auf den dortigen Mangel an Privatpatienten zurück.

Unter diesem System leiden insbesondere Behinderte und Einkommenschwache. Oft sind ihre Erkrankungen die kompliziertesten, da sie sich aber nicht privat versichern können, wird ihre Behandlung von Ärzten als „Verlustgeschäft" angesehen: Das Einheitshonorar der gesetzlichen Kassen deckt die Kosten für den besonderen Aufwand oft nicht ab.

Die Folgen unseres Krankenversicherungssystems: Für einen sehr bekannten Universitätschirurgen war es lukrativer, sich auf Leistenbandoperationen zu konzentrieren als auf komplexe Krebsoperationen der Bauchspeicheldrüse. Denn es gibt viele privat Versicherte mit Leistenbandoperationen, die meisten Menschen mit Bauchspeicheldrüsenkrebs sind aber gesetzlich versichert. Für Brustkrebs – die einzige Krebserkrankung, die bei Einkommensstarken häufiger ist – wurden mittlerweile flächendeckend Zentren für eine bessere Versorgung eingeführt. Derweil gibt es für Lungenkrebs – eine Erkrankung mit starker Häufung bei sozial Schwachen – so gut wie keine Zentren in ganz Deutschland.

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen dem unteren und oberen Einkommensviertel betragen für Männer zehn und für Frauen sieben Jahre. Die Unterteilung der Versorgung in privat und gesetzlich Versicherte stellt sicher, dass diejenigen, die bereits in Bezug auf Einkommen, sozialen Status und Gesundheit priviligiert sind, auch noch eine bessere Gesundheitsversorgung genießen, die wegen der bestehenden Risikoselektion der privaten Krankenversicherung häufig auch noch billiger für sie ist.

Problem Nr. 4: Die Qualitätslücke

Das aus der Sicht der Betroffenen vielleicht wichtigste Problem unseres Gesundheitssystems ist die bestehende Qualitätslücke. Während wir, direkt nach der Schweiz, die zweithöchsten Ausgaben in Europa für Gesundheit ausweisen, ist die Versorgungsqualität in allen untersuchten Bereichen im europäischen Vergleich nur Mittelmaß. So sterben in Deutschland mehr Menschen an den Folgen von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und der Zuckerkrankheit als in den bei der jeweiligen Gesundheitsversorgung besten Ländern. Es gibt kein Land, welches für all diese Erkrankungen die beste Versorgung böte. Daher gibt es auch kein System für Deutschland zum Imitieren.

Gleichzeitig findet man Deutschland aber außer bei den Kosten bei der Gesundheit nie in einer Spitzengruppe, was auch die im europäischen Vergleich nur durchschnittliche Lebenserwartung hier zu Lande erklärt. Während die öffentliche Debatte um das deutsche Gesundheitssystem den Erfolg der Gesundheitsreformen an minimalen Senkungen der Beitragssätze misst, wird vergessen, dass 25 Prozent der Bevölkerung an Krebs stirbt und 40 Prozent der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Krebs erkrankt. Dass Deutschland keine befriedigende Krebsversorgung z. B. im Vergleich zu den skandinavischen Ländern bietet, ist für die Versicherten von größter Bedeutung.

Es ist auf jeden Fall ein großer Erfolg der Gesundheitsreform, dass sie trotz der Einbrüche der Einnahmen der Kassen 2004 die Beitragssätze leicht senken konnte. Wichtiger aber sind die in der Reform enthaltenen Strukturverbesserungen, etwa bei der integrierten Versorgung und den Disease-Management-Programmen (DMP), die weitergeführt werden müssen.

Dass die Qualität nicht optimal ist, hat systematische Gründe. So weigern sich die Kassenärztlichen Vereinigungen z. B. nach wie vor, Daten über die Qualität einzelner Ärzte zur Verfügung zu stellen. Diese Daten wären aber notwendig, um die Patienten zu informieren und guten Ärzten auch gute Honorare bieten zu können. Jetzt gibt es nur von den Kassenärztlichen Vereinigungen ver-

waltete Einheitshonorare, in denen die Qualität keine Rolle spielt. Dieses System bestraft solche Ärzte, die sich viel Zeit für ihre Patienten nehmen, diese gründlich untersuchen und sich regelmäßig fortbilden. Beim qualitätsunabhängigen Einheitshonorar gewinnen solche Ärzte, die mit wenig persönlichem Aufwand arbeiten. Ehrliche und gründliche Ärzte, die in ihrer täglichen Praxis privat Versicherte wie gesetzlich Versicherte gleich und mit hoher Qualität versorgen, sind die Verlierer einer solchen Honorarverteilung.

Würden dagegen feste und qualitätsorientierte Preise von der Krankenkasse direkt an den Arzt vergütet – eine Forderung vieler Ärzte an der Basis – wäre die Versorgung besser, die Kassenärztlichen Vereinigungen aber überflüssig. Daher lehnen diese den Vorschlag konsequent und erfolgreich ab. Auch in anderen Bereichen kann die Qualitätslücke nur geschlossen werden, indem die Qualitätsunterschiede aufgedeckt werden. Die Illusion, die Qualität im deutschen Gesundheitssystem sei überall gleich und überall gut, ist für die Bevölkerung die gefährlichste überhaupt.

Wie kann die Bürgerversicherung die vier Probleme lösen?

Zunächst muss klar sein, dass nicht jede beliebige Form der Bürgerversicherung diese Probleme lösen kann. Insbesondere ist vor so genannten „abgespeckten" Versionen der Bürgerversicherung zu warnen, die z.B. das Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen nur modifizieren, indem die privaten Kassen auch in den Risikostrukturausgleich einzahlen. Nur eine echte und konsequent umgesetzte Variante der Bürgerversicherung löst alle vier Probleme.

Lösung für Problem 1: Die Einbeziehung aller Einkommensarten beendet die einseitige Belastung von Gehältern

Die konsequenteste und einfachste Lösung für die Überbrückung der sinkenden Lohnquote ist die Einbeziehung auch der anderen Einkommensarten als Basis für den Beitrag. Wenn alle Einkommensarten herangezogen würden, könnten die Einnahmen der Krankenkassen wieder mit der Entwicklung des Bruttoinlandproduktes wachsen, d.h. dass die Beitragssätze nicht mehr zur Kompensation der sinkenden Lohnquote erhöht werden müssten. Allein durch die Einbeziehung der Zins- und Kapitaleinkommen aller Versicherten mit einer eigenen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe derjenigen für die Lohn- und Gehaltseinkommen würden die Beitragssätze um 1,8 Prozent sinken.

Diese Senkung würde nicht sofort, sondern erst in einigen Jahren erreicht, jedoch muss auch nicht gewartet werden, bis der letzte PKV-Versicherte in die Bürgerversicherung gewechselt ist. Auch ist anzunehmen, dass die Beitragssätze durch die demografische Entwicklung langfristig wieder steigen. Es bliebe aber voraussichtlich bei Beitragssätzen von weniger als 15 Prozent im Jahre 2030. Ein Beitragssatz in dieser Größenordnung hätte im Jahre 2030 keinerlei negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt, weil sein Anteil an den gesamten Produktionskosten in Deutschland bei voraussichtlich weniger als drei Prozent liegen würde und mit Massenarbeitslosigkeit schon aus demografischen Gründen nicht mehr zu rechnen wäre. Kurzfristig aber würde die Einbeziehung anderer Einkommensarten die Lohnnebenkosten senken und sich positiv auf den Arbeitsmarkt auswirken.

Auch aus Gründen der gerechten Verteilung von Ressourcen wäre eine Belastung der Zins- und Kapitaleinkünfte der privaten Haushalte attraktiv. Zehn Prozent der Haushalte verfügen über 47 Prozent des Kapitalvermögens, mit der Tendenz der weiteren Zuspitzung der Verteilung. Es wäre sozial gerechter, diese Haushalte stärker zu belasten. Natürlich erreichen auch die Kopfpauschalen eine Verbreiterung der Einkommensbasis der Krankenversicherung. Da sie aber nur eingeführt werden können, indem Einkommensschwache stärker belastet und Gutverdienende entlastet werden, würden sie die bestehenden Verteilungsungerechtigkeiten eher verstärken. Kopfpauschalen entlasten gut verdienende Singles und belasten Rentner und einkommensschwache Familien.[5] In einer Zeit wachsender Kinderarmut und langfristig sinkender Renten verstärken sie die Entsolidarisierung unserer Gesellschaft.

Außerdem müsste der soziale Ausgleich für die einkommensschwachen Haushalte über Steuern finanziert werden. Dabei müssten bereits zum Zeitpunkt der Einführung etwa 30 Mrd. Euro aufgebracht werden. Würde die Kopfpauschale, wie vom Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung prognostiziert, von heute 200 Euro pro Kopf auf 300 Euro im Jahre 2030 steigen, würde der Steuerzuschuss nach eigenen Berechnungen auf 94 Mrd. Euro gesteigert werden müssen, will man noch stärkere Belastungen für Rentner und Familien vermeiden. Dies wäre der direkte Weg in die Schuldenfalle oder in den Abbau von Leistungen.

Der Grund, weshalb Kopfpauschalen so viel schneller teurer werden als Krankenversicherungsbeiträge liegt darin, dass die Entwicklung der Beiträge bislang an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt ist. Somit bedeutet die oft naiv geforderte vollständige Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten den Verzicht auf das einzige System der Kostenkontrolle in Deutschland, welches überhaupt einigermassen funktioniert hat. Bei einer Bürgerversicherung bliebe diese Koppelung zumindest teilweise weiter bestehen. Daher haben in ihr auch die Arbeitgeber immer ein Interesse an Kostenkontrolle im Gesundheitssystem. Bei Kopfpauschalen aber entfällt dieses Interesse. Für die Arbeitgeber wäre die vollständige Abkoppelung langfristig nur ein Pyrrhussieg. Die formal errreichte Senkung der Lohnnebenkosten müsste mit steigenden Lohnkosten, insbesondere in den neuen Bundesländern, bezahlt werden, da die Gewerkschaften die zu erwartenden Kostensteigerungen der Gesundheitsversorgung in den Tarifverhandlungen weitergeben würden. Steigende Bruttolöhne ohne steigende Nettolöhne wären

5 siehe auch Heinz Stapf-Finé: Bürgerversicherung oder Kopfpauschale?, a.a.O., S. 381 f.

die Folge, gepaart mit Steuererhöhungen für den sozialen Ausgleich. Der Arbeitsmarkt würde durch die damit einhergehende Abschwächung der Binnennachfrage belastet.

Mit einer Staatsverschuldung von 860 Mrd. Euro, einer Schuldenzinsbelastung des Bundes von 38 Mrd. Euro pro Jahr und einer bereits bestehenden Abhängigkeit der Rentenzahlungen von jährlich rund 56 Mrd. Euro Steuermitteln wäre die Gefahr groß, dass in Zeiten wirtschaftlicher Schwäche, in denen die Zahl der bedürftigen Haushalte für den Steuerzuschuss wachsen würde, gleichzeitig die Einnahmen der Finanzämter wegbrechen und Neuverschuldungen erfolgen.

Grundsätzlich geht es aber bei der Einführung von Kopfpauschalen um eine viel weitergehende Frage: Soll der Wohlfahrtsstaat durch eine ausgebaute Beteiligung der Einkommensstärksten weiterentwickelt werden oder soll er zu Gunsten eines Fürsorgestaates amerikanischer Prägung überwunden werden? Das Modell der Kopfpauschale ist der Einstieg in den Fürsorgestaat, die Bürgerversicherung die Stärkung des Wohlfahrtsstaates. Die Einkommensschwachen und die Mehrzahl der Rentner müssten bei Einführung der Kopfpauschalen Anträge auf finanzielle Unterstützung stellen, die ihnen dann je nach Kassenlage gewährt würden – oder auch nicht. Sie würden so zu Bittstellern des Steuerzahlers.

Bald würde die Öffentlichkeit diskutieren, ob die Bedürftigen die gleiche Versorgungsqualität bekommen sollen wie alle anderen oder ob es reicht, ihnen lediglich eine angemessene, d. h. weniger umfangreiche Versorgung zu gewähren. Damit ginge ein zentraler Pfeiler des europäischen Wohlfahrtsstaatsgedankens verloren, der darin besteht, dass bei Bildung und Gesundheit alle Bürger gleiche Chancen haben sollen, unabhängig von ihrem Einkommen. Für den Fürsorgestaat amerikanischer Prägung ist Gesundheit dagegen ein Gut wie jedes andere, in den Worten von Angela Merkel: „Ein Stück Brot kostet beim Bäcker auch für jeden dasselbe."

Lösung für Problem 2: Ein gutes Gesundheitssystem für alle beendet die Entsolidarisierung

Die Entsolidarisierung der Krankenversicherung ist nur zu überwinden, wenn es keine Versicherungspflichtgrenze mehr gibt. Die gesamte Bevölkerung muss die gleichen Wahlmöglichkeiten in der Krankenversicherung bekommen. Es ist nicht einzusehen, dass die private Krankenversicherung das Wahlprivileg der jungen, gesunden und einkommensstarken Bürger bleibt. Auf der anderen Seite muss die private Krankenversicherung sich ebenfalls in das Prinzip der Solidarität einbringen.

Einkommensschwache und bereits erkrankte oder behinderte Menschen sollten sich in einer Bürgerversicherung nur dann auch privat versichern können, wenn es keine Risikoprüfung und auch dort für alle nur einkommensabhängige Beiträge gibt. Dies setzt voraus, dass die private Krankenversicherung auch am Risikostrukturausgleich teilnimmt. Der Unterschied zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen in einer Bürgerversicherung bestünde darin, dass die privaten gewinnorientiert arbeiten könnten. Dabei würden sowohl gesetzliche als auch private Bürgerversicherungen größere Vertragsspielräume als die heutigen gesetzlichen Krankenkassen erhalten, so dass sich ein sinnvoller Wettbewerb entwickeln könnte.

Der jetzige Wettbewerb um junge Gutverdienende hat sich weder für die gesetzlichen noch für die privaten Krankenkassen bewährt. In der privaten Krankenversicherung sind die Kosten deutlich stärker als in der gesetzlichen gestiegen, obwohl sie sich auf die besten Versicherungsrisiken konzentriert. Ihr fehlen die Instrumente einer wirksamen Kostenkontrolle. In der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt es an Möglichkeiten, sich im Qualitätswettbewerb zu profilieren. Dazu wäre insbesondere ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich[6] notwendig.

Wenn die gesamte Bevölkerung die Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlichen und privaten Bürgerversicherungen hätte und es keine Nachteile mehr für solche Krankenkassen gäbe, die sich auf die Versorgung chronisch kranker Menschen spezialisieren, würden die Voraussetzungen für einen Qualitätsschub in der deutschen Medizin geschaffen. In diesem Sinne ist die Bürgerversicherung das Gegenteil einer Einheitskasse und auch nicht die Ausdehnung der jetzigen GKV auf alle, da es für sie die Voraussetzungen für einen solchen Qualitätsschub noch nicht gibt.

Lösungen für Probleme 3 und 4: Qualitätszuschläge statt Privatliquidationen beseitigen die Zwei-Klassen-Medizin

Das System der so genannten Privatliquidation der privaten Krankenversicherungen ist die Ursache für die um sich greifende Zwei-Klassen-Medizin. Wenn für die gleiche Leistung bei einem Privatpatienten ein vielfaches Honorar gegenüber einem gesetzlich Versicherten abgerechnet werden kann, führt dies zu Anreizen, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln. Dies benachteiligt Ärzte, die aus ethischen Gründen keine Unterschiede zwischen privaten und gesetzlichen Patienten machen. Ärzte, die einen hohen Anteil von sozial Schwachen versorgen, verdienen weniger als solche, die sich auf privat Versicherte spezialisieren oder diese besonders aufwändig behandeln.

Dieses System schadet allen Beteiligten: Sozial Schwache können unterversorgt, Privatpatienten überversorgt werden und die ehrlichen Ärzte sind die Dummen. Aus diesem Grunde sollte das Honorarsystem für Ärzte und Krankenhäuser in einer Bürgerversicherung auf feste Preise mit Qualitätszuschlägen umgestellt werden. Qualitätszuschläge könnten für eine besonders intensive Fortbildung, Erfahrungen mit komplizierten Eingriffen, den Nachweis guter Prozessqualität und in einigen Bereichen für die Qualität der Ergebnisse der Versorgung bezahlt werden.

6 siehe Rolf Rosenbrock: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit 3/2003, S. 87 ff.

Das heutige Honorarsystem ist für gesetzlich Versicherte intransparent, da es über die Kassenärztlichen Vereinigungen administrierte Punktwerte gibt, aus denen sich erst Monate nach der Behandlung des Patienten das Honorar des Arztes wenig nachvollziehbar errechnet. Dabei spielen Qualitätsaspekte keine Rolle, die Zahl der Honorarpunkte ist somit völlig unabhängig von der Qualität seiner Leistungen. Im Gegenteil: Sogar die Behebung eines Qualitätsmangels kann heute nochmals abgerechnet werden.

In der Privatliquidation gibt es zwar einen Aufschlag für Leistungen mit besonderem Aufwand, dieser wird aber ebenfalls ohne Nachweis der Qualität abgerechnet. Bei Beamten machen die behandelnden Ärzte mittlerweile den erhöhten Aufwand in 95 Prozent der Fälle geltend. Aus diesem Grunde sind die Kosten der privaten Krankenversicherung in den letzten zehn Jahren fast doppelt so stark wie die der gesetzlichen gestiegen.

Würde es statt der Privatliquidation einen Qualitätsaufschlag zu fest vereinbarten Preisen für gesetzlich oder privat Versicherte in der Bürgerversicherung geben, würden sowohl die Patienten als auch die Ärzte gewinnen. Natürlich dürfte der höhere Aufwand dann nicht ohne Nachweis der Qualität und nicht in 95 Prozent der Fälle abgerechnet werden, aber Erfahrungen im Ausland mit qualitätsorientierter Vergütung sind positiv. Eine solche Weiterentwicklung des Honorarsystems würde das deutsche Gesundheitssystem entbürokratisieren, schon alleine deshalb, weil auf die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren mehr als 10.000 Mitarbeitern verzichtet werden könnte. Gleichzeitig würde die Transparenz des Systems zunehmen und die Motivation der Ärzteschaft würde gesteigert, denn das jetzige Honorarsystem wird insbesondere von jungen Ärzten als ungerecht und leistungsfeindlich erlebt.

Die freie Arztwahl der Patienten braucht nicht eingeschränkt zu werden. Durch ein qualitätsorientiertes Honorarsystem in einer Bürgerversicherung, welches sowohl für private als auch für gesetzliche Krankenversicherungen gelten würde, ließe sich sowohl ein Abbau der Zwei-Klassen-Medizin als auch eine deutliche Verbesserung der Qualität erreichen. Durch Entbürokratisierung, mehr Transparenz und die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung würden auch die Kosten stabilisiert werden.

Zusammenfassung:

Da die Lohnquote sinkt, sollten auch für andere Einkommen Beiträge für die Krankenversicherung gezahlt werden. Wenn dabei Einkommensschwache weniger als Einkommensstarke zahlen, ist dies transparenter und unbürokratischer als eine Kopfpauschale gleicher Höhe für alle, bei der sich der Einkommensschwache – je nach Kassenlage – nach einem komplizierten Antragsverfahren einen Teil seines Geldes zurückholen kann. Wenn der Preis für die Abkoppelung von den Lohnkosten bei der Kopfpauschale in der Benachteiligung von Rentnern und Familien sowie stark steigenden Gesundheitskosten und einer steigenden Neuverschuldung des Bundes besteht, so ist dieser entschieden zu hoch. Eine solche Kopfpauschale vernichtet Arbeitsplätze.

Die Bürgerversicherung senkt dagegen die Lohnnebenkosten und wirkt daher nicht negativ auf den Arbeitsmarkt. Medizinische Qualität sollte belohnt werden, aber nicht der Beamtenstatus oder das Einkommen des Patienten. Daher sollte in einer Bürgerversicherung qualitätsorientiert vergütet werden. Private Krankenversicherungen haben nur dann eine Existenzberechtigung, wenn sie allen Bürgern offen stehen. Damit sozial Schwache, Behinderte und Kranke realistisch eine Chance zur Aufnahme haben, müssen die Beiträge einkommensabhängig sein und es darf keine Risikoselektion geben. ❑

Studie zu Kopfpauschalen:

Unionsmodell kostet jährlich 17 Milliarden Steuern

Die Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf das von CDU und CSU verabschiedete Kopfpauschalen-Modell würde Steuererhöhungen im Volumen von 17 Milliarden Euro notwendig machen. Damit wäre der zusätzliche Finanzierungsbedarf um zwei Milliarden Euro höher als bei dem ursprünglichen Kopfpauschalen-Modell der CDU und um sogar zwölf Milliarden Euro höher als beim so genannten Rürup/Wille-Modell. Das geht aus einer Modellrechnung des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES) im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung hervor. Bei einer Gegenfinanzierung durch Mehrwertsteuereinnahmen müsste der Steuersatz um zwei Prozentpunkte auf 18 Prozent angehoben werden.

In allen drei Modellen wird die Beitragslast – wenngleich in unterschiedlichem Maße – für Bezieher niedriger Einkommen durch Steuersubventionen begrenzt. Höhere Beiträge als bislang kämen auf Alleinverdiener-Ehepaare mit mittleren und höheren Einkommen zu, da die bislang geltende beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten entfällt. Alleinstehende und besser verdienende Zweiverdiener-Ehepaare würden von der Kopfprämie profitieren, da die Pauschale unter dem bisherigen einkommensabhängigen Beitrag liegt.

Das Ziel der Beitragsstabilität ließe sich in einem Kopfprämien-Modell nicht besser erreichen als im gegenwärtigen System, meinen die Augsburger Forscher. Denn bei steigenden Gesundheitskosten müssten die Kopfprämie und damit der Steuertransfer ebenso angehoben werden wie derzeit die Beitragssätze. Es sei denn, es werde darauf spekuliert, dass die Leistungen der Krankenkassen bei einer Kopfpauschale insbesondere für Bezieher niedriger Einkommen leichter gekürzt werden können als derzeit.