

Allgemeine Bürger-Krankenversicherung

Kritische Gedanken zum Vorschlag der SPD

Gerd Eisenbeiss, 28.12.2017

*Eine sehr notwendige **Vorbemerkung**: das Gesundheits- und Krankenversicherungssystem Deutschlands ist äußerst komplex. Damit sind Auswirkungen von Eingriffen auch für Experte selten eindeutig analysierbar - sowohl Auswirkungen auf die unmittelbaren Umverteilungseffekte als auch jene, die erst durch veränderte Anreiz- und Steuerungseffekte eintreten. Deshalb ist die folgende Analyse mit großen Unsicherheiten im Detail belastet; ich halte sie jedoch im Groben für ziemlich plausibel.*

Prinzipien und Probleme

Es gibt zwei **allgemein anerkannte Prinzip des Sozialstaates**, dass

1. bei Gesundheitsdiensten **Gleichheit vor dem Arzt** gelten müsse, d.h. dass alle unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen die gleiche angemessene medizinische Leistung erhalten müssten. Soweit es im System Knappheit gebe, sei es an finanziellen Ressourcen oder Ärzten und anderem Personal, müsse diese Knappheit zu gleichen Konsequenzen für jedermann führen, z.B. bei Wartezeiten bei Fachärzten und Spezialkliniken oder bei Transplantationen und extrem teuren Behandlungen und Medikamenten.
2. **bei den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Solidarität**¹ gelten müsse: höhere Einkommen haben mehr zu bezahlen als niedrige, Kinder sind „mitversichert“, auch Ehepartner ohne eigenes Einkommen. Menschen mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2018 bei 59.400€ Jahresarbeitsentgelt) können eine Privat-Versicherung (PKV) abschließen (auch beihilfeberechtigte Beamte, von denen erst am Ende kurz gesprochen wird) und sich damit dieser Solidarität entziehen.
Teil des Solidaritätsprinzips ist auch die **hälftige Teilung der GKV-Beiträge** durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

Was sind die Probleme, die im Zusammenhang mit einer Bürgerversicherung gelöst oder wenigstens entscheidend gemildert werden sollen?

¹ Roman Herzogs Vorschlag an die CDU, eine für alle gleiche, im Mittel kostendeckende Beitragshöhe festzulegen (bei steuer-finanzierter Entlastung unterer Einkommen), hätte diese Form der Solidarität aufgehoben. Trotz Parteitagsbeschluss Ende der 90er Jahre hat die CDU diesen Plan nicht weiter verfolgt, weil sie die entsprechenden Steuererhöhungen nicht wollte.

1. **Es gebe eine Zwei-Klassen-Medizin**, weil GKV-Versicherte auch medizinisch schlechter gestellt seien als PKV-Versicherte. Alle Gegenbehauptungen, solche Unterschiede gebe es im medizinischen Bereich nicht, stoßen weithin auf Ungläubigkeit, weil die Ärzte schließlich den Anreiz höherer Einnahmen aus dem PKV-Bereich hätten.
2. Auch die **Einkommen jenseits der bisherigen Versicherungspflichtgrenze** würden im Sinne der allgemeinen Solidarität einbezogen.
3. Die Ressourcen-**Knappheit der GKV** könne durch die Einbeziehung aller Bürger und aller Einkünfte gemildert werden, ohne dass die GKV-Beiträge angehoben werden müssten

Bewertungen der Lösungsbeiträge

Zu 1) Die bekannten Pläne sehen vor, dass die GKV-Versicherten Zusatzversicherungen abschließen dürfen. Auch werden Wohlhabende weiterhin Kunden für IGEL-Angebote² sein, d.h. für den behandelnden Arzt wird es weiterhin den kritisierten Anreiz geben, solche Patienten zu bevorzugen, die sein Einkommen erhöhen. Man wird dann weiterhin behaupten, Bevorzugungen gebe es nicht - und das wird weiterhin angezweifelt werden; kurz gesagt, **das Problem Nr. 1 wird wohl nicht gelöst.**

Zu fragen ist auch, ob es realistisch ist, Menschen gerade in einer gesundheitlichen Krise zu verwehren, ihr Vermögen zum eigenen Nutzen einzusetzen. Sie werden es ja doch tun, sei es im Ausland oder sei es, indem sie sich in einem Klinik-Hotel der Luxus- oder Wellness-Klasse behandeln lassen. Es ist auch von medizinischer Relevanz, dass sich ein Patient in einer Krankheitsphase umfassend wohl fühlt; man wird ihm also eine Behandlung auf dem Niveau seiner sonstigen Lebensumstände erlauben und gönnen müssen. Das wiederum trägt zu höheren Einnahmen und Gewinnen eines Krankenhauses bei und stellt unverändert einen Anreiz dar, einen wohlhabenden Zahler einem reinen Kassenpatienten vorzuziehen.

Zu2) Auch wenn es bei der allgemein gültigen **Beitragsbemessungsgrenze** (2018 53.100€, das sind dann 7.434€ pro Jahr) bleibt, darf man annehmen, dass dieses Problem tatsächlich gelöst wird. Auch die hohen Einkommen werden zur Finanzierung der Defizite in anderen Versicherten-Gruppen beitragen; da es sich dabei um überwiegend „gute Risiken“ handelt, wird die GKV dadurch auch mehr Geld pro Patient zur Verfügung haben, das gesamte Gesundheits-System wird aber wohl weniger Geld haben - erläutert unter 3)!

² bei Kassen nicht abrechenbare „individuelle Gesundheitsleistungen“

Zu 3) Im Gesamt-System der Krankenversicherung gibt es möglicherweise trotz der Mehreinnahmen nach 2) weniger Geld pro Patient, denn für die bisher privat Versicherten würde es deutlich billiger werden, besonders bei jenen mit Kindern und mitversichertem Ehepartner. Um das Gesamtniveau aufrecht zu erhalten (auch das Einkommen der niedergelassenen Ärzte), müssten also alle mehr einbezahlen. Demgegenüber würde die Einbeziehung aller Einkommen, als auch solche aus Vermietungen und Vermögen mehr Geld ins System bringen; das allerdings ging einseitig zu Lasten unterer und mittlerer Einkommen, da die Einkommen ja nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden³. Es entsteht also ein **neues Solidaritätsdefizit! Das ist sicher kein Effekt, den die Befürworter einer Bürger-Versicherung wollen!**

Ungewollt ist sicher auch, dass die Beiträge aus anderen Einkommen nur von den Arbeitnehmern zu tragen sind, **das 50%-Prinzip also zugunsten der Arbeitgeber verletzt wird.**

Und die Beamten?

Wenn der Staat den Beamten die Beihilfe streicht, hätte er den Arbeitgeberanteil an die Bürgerversicherung zu entrichten, die Beamten zahlten normale Arbeitnehmer Beiträge in die GKV. Das würde bei niedrigen Einkommen und bei kostenloser Mitversicherung der Partner und Kinder sicher billiger als die bisher notwendigen PKV-Verträge. Für den Staat würde es nach allgemeiner Einschätzung teurer, weil Beamte „gute Risiken“ sind. Ob also insgesamt mehr Geld ins Gesundheitssystem kommt, wenn die Beihilfe durch eine Bürgerversicherung ersetzt wird, ist sicher auch für Experten nicht eindeutig zu kalkulieren.

Fazit

Was die SPD da für die nächsten Legislaturperioden fordert, dürfte nach meiner Einschätzung mit großer Enttäuschung enden, weil die Kardinalprobleme des Gesundheitssystems nicht gelöst werden und teilweise unsoziale Umverteilungseffekte die Folge sein werden.

³ Man könnte natürlich die Beitragsbemessungsgrenze deutlich anheben, aber dazu bräuchte es keine Bürgerversicherung.

Wie man gesehen hat, ist die tiefe Ursache dieses Befundes die Tatsache, dass die Wohlhabenden über eine Bürgerversicherung weniger Geld ins System bringen würden als bisher.