Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie?

Die „Modelle“ einer zukünftigen gesetzlichen Krankenversicherung

Hans-Hermann Hartwich

Unter den vielen Reformen, die in den letzten Jahren angedacht, vorgeschlagen, durchgeführt und fehlgeschlagen sind, ist vermutlich der Stand der „Gesundheitsreform“ gegenwärtig nur noch von Fachleuten präzise anzugeben. „Die Gesundheitsreform – sie wirkt“ hieß es in den Sozialpolitischen Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (vom 25.6.2004; auch: www.bmgs.bund.de). Dabei handelt es sich um jene einschneidenden Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1.1.2004, die z.B. mittels der „Praxisgebühr“ und durch Eingriffe in die Arzneimittelausgaben den gesetzlichen Krankenkassen gegenwärtig nennenswerte Überschüsse bescherten und irgendwann vielleicht sogar Beitragssenkungen bewirken werden. Dann gibt es noch ab dem 1.1.2005 die Reform der Reform zur Finanzierung des Zahnersatzes.

Die Diskussion über eine „Bürgerversicherung“ oder ein „Gesundheitsprämienmodell“ hat mit diesen aktuellen Novellierungen von Gesetzen nur soviel zu tun, als sie auch die Gesundheitspolitik betreffen. Im Gegensatz zu den vielen kleinen Abänderungen in den letzten Jahren sind beide „Modelle“ Versuche zu einer „endgültigen“ Ausgestaltung eines modernen Gesundheitssystems.

In beiden Fällen handelt es sich also um Zukunftsmodelle für die Zeit nach der Bundestagswahl von 2006. Sie wurden zum ersten Mal auf den Bundesparteitag der SPD (November 2003 in Bochum) und der CDU (Dezember 2003 in Leipzig) in ihren Prinzipien beschlossen und werden im Bundestagswahlkampf des Jahres 2006 eine zentrale Rolle spielen. Sie sind aber Ende 2004 noch keineswegs ausgereift, „durchgerechnet“ und endgültig.

1. Kriterien

Die wichtigsten Kriterien dieser großen Reform sind vor allem

- Drastische Erweiterung des Kreises der Krankenversicherungspflichtigen
- Beitragspflichtigkeit zusätzlicher Einkommensarten, auch Kapitaleinkommen
- Damit Stärkung der Finanzierung des Gesamtsystems
- Senkung der Arbeitskosten/Lohnnebenkosten
- Entlastung der Arbeitgeber bei den Krankenkassenbeiträgen

- Sicherung des Ausgleichs zwischen den Krankenkassen

genereller:

- den Solidargedanken stärken durch Einbeziehung „Besserverdienender“
- die Belastung des Arbeitseinkommens durch den Krankenkassenbeitrag und damit die Lohnnebenkosten absenken
- die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft und solide sichern

2. Das Modell der „Bürgerversicherung“

Das im Herbst 2004 vorliegende, von einer Arbeitsgruppe beim Parteivorsitzenden ausgearbeitete Modell der SPD geht davon aus, dass die bisherige Finanzierung des gesetzlichen Gesundheitssystems aus demographischen Gründen nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Denn es werde allein über die Löhne und Gehälter finanziert, allerdings paritätisch mit einem Arbeitgeberbeitrag. Das reiche auf Dauer nicht aus.

Deshalb sollen alle Bürger versicherungspflichtig werden. Die bisherige Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben. Gesetzliche Kassen bieten die Versicherung an; private Krankenkassen können zu gleichen Bedingungen anbieten. Sie bleiben formal bestehen, wer bislang privat versichert ist, kann es dabei belassen. Er kann aber auch in die gesetzlichen Kassen wechseln, und – das ist zentral – „Wer neu krankenversichert wird, geht in die Bürgerversicherung“. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

Das Grundmodell der Bürgerversicherung hat zwei Finanzierungssäulen: Alle Einkommen aus Lohn, Gehalt, selbständiger Tätigkeit, Renten und Arbeitslosenversicherung werden zur Bemessungsgrundlage herangezogen. Als zweite Säule kommen Kapitaleinkommen oberhalb der Freigrenzen und mit Ausnahme von Miet- und Pachteinahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3487,50 Euro im Monat hinzu. Als eine mögliche Variante hierzu nennt das Modell eine Abgeltungssteuer auf Kapitaleinkommen von etwa 7%.

Neben der Einführung der Bürgerversicherung werden zwei Strukturreformen gefordert, die die „Wirkung und Logik der Bürgerversicherung“ ideal ergänzen: Erstens die Erweiterung der Möglichkeit direkter Verträge zwischen Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern. Zweitens: Ausbau der integrierten Versorgung, spezieller Behandlungsprogramme und Spezialisierungen, sowie eine qualitätsorientierte Vergütung der Ärzte.

Der Risikostrukturausgleich, der finanzielle Ausgleich zwischen den Kassen wegen unterschiedlicher Risiken und Kosten, soll von allen Bürgerversicherungstarifen getragen werden.

Ergebnis

Die Bürgerversicherung spielte schon in der Rentenreformdebatte eine Rolle (vgl. GWP Heft 3/2004, S. 389 f.). Dort wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geht es um die Erweiterung der Beitragsbasis durch Einbeziehung weiterer Berufsgruppen wie Selbstständige und Beamte und weiterer Einkunftsarten wie Mieteinkünfte und Zinsen aus Kapitaleinkommen in die Beitragspflicht. Der wichtigste Unterschied zur Anwendung des Modells der „Bürgerversicherung“ auf die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) liegt darin, dass dort höhere Beiträge und Leistungen „Besserverdienender“ auch zu höheren Leistungen im Alter führen, während in der GKV höhere Beiträge

keine bessere Krankenversicherung bedeuten. Alle Leistungen kommen allen Versicherten zugute, unabhängig vom Beitrag.

Formal bleiben die privaten Krankenversicherungen erhalten. Sie können aber keine besseren Konditionen anbieten. Zudem entzieht die Bestimmung, dass jeder Neuversicherte in die Bürgerversicherung eintreten muss, den Privaten die Basis ihres Geschäfts. Denn ohne Zuwachs können die Risiken der einzelnen Versicherung nicht mehr auf Dauer berechnet und getragen werden.

Der Arbeitgeberbeitrag bleibt erhalten. Die Einführung der zweiten Finanzierungssäule oder auch die Abgeltungssteuer sollen die Beitragszahlungen der Arbeitnehmer und die Lohnkosten der Arbeitgeber entlasten. Es bleibt aber bei der Lohnbezogenheit der Krankenversicherung.

Es werden nicht alle Einkunftsarten in gleichem Maße herangezogen, auch nicht alle Bürger gleichmäßig nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Denn Mieten und Einkünfte aus Verpachtung bleiben ausgeklammert und bei den Kapitaleinkommen werden noch die Freibeträge berücksichtigt. So hat das SPD-Modell der Bürgerversicherung einen eindeutigen Bezug auf die eigene Wähler-Klientel. Es verletzt seinen eigenen Gleichbehandlungsgrundsatz.

Der Koalitionspartner Bündnis 90/Die Grünen hat sich auf seinem Bundesparteitag in Oktober 2004 dem SPD-Modell im Prinzip angeschlossen, jedoch jede Detailfestlegung vermieden.

3. Das Modell der Gesundheitsprämie

Das Grundprinzip dieses von CDU-Bundesparteitagen beschlossenen Modells heißt: Alle Bundesbürger zahlen den gleichen Beitrag für die Krankenversicherung, unabhängig davon, was sie verdienen („Kopfpauschale“). Die vorgesehene Höhe wird noch errechnet, sie sollte ursprünglich bei 264 Euro (Herzog-Kommission) betragen. Dann wurden in der Partei 180 Euro genannt.

Das auf den ersten Blick sozialpolitisch ungerechte Modell – Sekretärin und Chef zahlen denselben Betrag – hat das Ziel, die Finanzierung der Krankenversicherung von den Arbeitseinkommen unabhängig zu machen. Dabei werden – gemäß dem Solidargedanken – alle Bürger in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtig.

Zur Entlastung der Unternehmen von Arbeitskosten soll der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung entfallen. Er soll an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden und wäre von diesen zu versteuern. Der ausgezahlte Arbeitgeberanteil erhöht das Bruttoeinkommen der Beitragszahler. Neben höheren Steuern sind deswegen auch entsprechend höhere Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, und Pflegeversicherung zu entrichten. Der Arbeitgeberanteil soll auf dem heutigen Niveau fixiert bleiben, auch wenn die Kosten im Gesundheitswesen steigen.

Die „Gesundheitsprämie“ soll die bestehenden Einkommensunterschiede nicht berücksichtigen. Dies bedeutet, dass bei niedrigem Einkommen ein relativ höherer Anteil des Einkommens auf die Krankenversicherung entfällt. Bei höheren Einkommen wird dieser Anteil immer geringer. Beispiel: Bei 1000 Euro Lohn bedeutet eine Prämie von 200 Euro einen Beitrag von 20%. Bei 5000 Euro Gehalt sind 200 Euro nur 4%. Diese Ungleichgewichtigkeit soll durch einen Zuschuss des Staates aus allgemeinen Steuermitteln ausgeglichen werden. Übersteigt der Beitrag einen bestimmten Satz, z.B. 14%, dann wird die Differenz durch eine staatliche Zahlung ausgeglichen.

Finanziert werden soll der Zuschuss, der auf mindestens 25 Mrd. Euro geschätzt wird, durch Steuern, gegebenenfalls mittels Steuererhöhungen. Aber es entstünden ja

auch zusätzliche Steuereinnahmen, so wird gerechnet, durch die Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberanteils.

Eine kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen gibt es nicht. Nichterwerbstätige Angehörige und Rentner müssen die Prämie zahlen, unabhängig davon, ob sie über ein eigenes Einkommen verfügen. Für Kinder soll die halbe Pauschale gezahlt werden. Es ist aber noch offen, ob und wie hier eine neue „Familienkasse“ eintreten könnte.

Ergebnis

Die „Gesundheitsprämie“ belastet zunächst die Arbeitnehmer und Personen mit geringem Einkommen. Entlastet werden die Arbeitgeber. Bedeutsam ist, dass mit diesem Modell eine „Abkopplung“ der Krankenversicherungsfinanzierung vom Arbeitsverhältnis und damit von den Personalkosten der Betriebe und Dienststellen erfolgt. Der Preis ist die Abhängigkeit vom Steuersystem, in Form der Zuschüsse. Da alle Bürger die Prämie zahlen müssen, wird die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung gestärkt. Offensichtlich bleibt deren Struktur erhalten, d.h. es gibt weiterhin private Krankenkassen, deren Beitragssätze zu dem Einheitssatz hinzukommen. Eine Steuererhöhung zur Finanzierung des Modells der Gesundheitsprämie würde der von der CDU zugleich geplanten Steuerreform widersprechen.

4. Perspektiven

Es ist kaum zu erwarten, dass die großen Parteien trotz aller Parteitagsbeschlüsse ihre „Modelle“ in reiner Form politisch durchhalten. Auf Seiten der CDU ist es vor allem die CSU, mit der der gemeinsame Bundestagswahlkampf 2006 bestritten werden soll, die sogar das Grundprinzip der einheitlichen Kopfpauschale ablehnt und dem Grundsatz folgen will: „Kleines Einkommen, kleine Prämie, großes Einkommen, große Prämie“ (Seehofer) und ihr Modell deswegen „Stufenprämienmodell“ nannte. Den Arbeitgeberbeitrag will sie einfrieren. Die Bindung an das Arbeitseinkommen bliebe also bestehen. Letztlich zeigt sich, dass die CSU den völligen Systemwechsel der CDU aus Wahlkampfgründen politisch für selbstmörderisch hält. Auch müsse es Steuersenkungen, statt Steuererhöhungen geben.

Das Modell der Bürgerversicherung ist der SPD gemäß sozial gerechter. Hier gibt es jedoch nicht nur politische – wie der zu erwartende Stimmenverlust bei der besser verdienenden politische Mitte –, sondern vor allem auch rechtliche Probleme wie die faktische Abschaffung der privaten Krankenversicherung, das Fehlen einer höheren Gegenleistung für hohe Beiträge, die Ungleichbehandlung der Einkünfte aus Kapitalvermögen.

Eine „Aktuelle Information“ wie diese informiert über den Stand der Diskussion, hier im ersten Drittel des November 2004. Im Bundestagswahlkampf werden die Konzepte der Parteien zur Gesundheitspolitik mit Sicherheit eine wichtige Rolle spielen. Inwieweit sie dann noch den gegenwärtigen „Modellen“ entsprechen, ist eine politologisch interessante Frage.

(Aktuelle Quellen: Bundesministerium f. Gesundheit u. Soziale Sicherung: Sozialpolitische Informationen, Nm.2/04, 3/04; GWP 3/2004: IGBCE: Kompakt Nr.7-8 /2004; FAZ v. 30.8.04, 31.8.04, 27.9.04, 4.10.04, 1.11.04; Süddeutsche Zeitung v. 5.10.04; Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung v.1.8.04, 26.9.04, 17.10.04; Der Spiegel Nr.42 v.11.10.04)