



## Bürgerversicherungen

Ein Konzept für die Zukunft

Nach der Reform ist vor der Reform: Selten war dieser Satz zutreffender als nach den Beschlüssen der Allparteien-Kommission zur Umgestaltung unseres Gesundheitssystems. Anstatt die Chancen für eine grundlegende Umstrukturierung unseres Krankenversicherungs- und Gesundheitssystems zu nutzen, erschöpften sich die Vorschläge der Schmidt-Seehofer-Kommission in einigen Notoperationen am bestehenden System mit dem Ziel kurzfristiger Beitragssenkungen. So wichtig diese Beschlüsse waren, so wenig wird das eigentliche Ziel – ein möglichst effektives Gesundheitssystem, was bedeutet: möglichst viel Gesundheit für alle bei möglichst geringen Kosten – mit den beschlossenen Maßnahmen erreichbar sein.

Aufgrund tief greifender demografischer und ökonomischer Veränderungen in unserer Gesellschaft ist das derzeitige Finanzierungssystem im Gesundheitsbereich nicht zukunftsfähig. Je kürzer die Halbwertszeiten von den so genannten „Gesundheitsreformen“ werden, desto deutlicher werden die Grenzen der Reformierbarkeit des bisherigen Systems sichtbar.

Jede Reform im Gesundheitsbereich, die einen Zeit- und Wirkungshorizont von mehr als ein bis zwei Jahren haben soll, muss an den strukturellen Grundlagen des bisherigen Finanzierungssystems ansetzen und diese grundlegend verändern: an der einseitig lohnabhängigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, am demografie-blinden Umlagesystem und an der einseitigen Verteilung

der solidarischen Lasten, die bisher insbesondere von den gesetzlich Versicherten und deren Arbeitgebern zu tragen sind. Nur wenn diese Faktoren beim Systemumbau ausreichend berücksichtigt werden, wird es gelingen, das Vertrauen der BürgerInnen in unser Versicherungssystem zurückzugewinnen und Verständnis und Unterstützung für Maßnahmen zu finden, die mit finanziellen Mehrbelastungen für den Einzelnen verbunden sind.

Orientierungsmaßstab für eine grundlegende, zukunftsweisende Reform unserer Gesundheitsversicherung sind folgende Zielsetzungen:

- Entkoppelung der Beiträge zu den Krankenversicherungen von den unselbstständigen Arbeitseinkommen
- Demografische Stabilität des Versicherungssystems auch nach dem Jahre 2020
- Gerechtere Verteilung der Finanzierungslasten zwischen den Generationen
- Solidarausgleich zwischen Familien mit Kindern und Alleinstehenden sowie für Einkommensschwache
- Stärkung der Eigenverantwortung und der Beitragssouveränität bei den Versicherten
- Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsanbietern.

Diese Ziele sind im Rahmen unseres bisherigen Versicherungssystems nicht oder nur sehr unzureichend zu verwirklichen. Darüber besteht in fast allen politischen Lagern Konsens.

Als Alternative gewinnt in der aktuellen politischen Diskussion das Modell einer „Bürgerversicherung“ zunehmend an Bedeutung. Politiker unterschiedlichster Couleur und Parteizugehörigkeit sehen darin einen Ausweg aus der akuten Krise im Gesundheitsbereich – ohne aber die Details eines solchen Alternativkonzepts auch nur in Ansätzen zu konkretisieren. Es besteht die Gefahr, dass sich hinter dem Begriff „Bürgerversicherung“ völlig unterschiedliche, im Detail sogar widersprüchliche Vorstellungen verbergen und dieses Modell damit bereits in der Diskussionsphase zerredet wird und an politischer Glaubwürdigkeit verliert.

Ob nun über eine „Bürgerversicherung“ die oben genannten Zielsetzungen erreicht werden können, hängt jedoch ganz wesentlich von deren Ausgestaltung ab. So garantiert die Einbeziehung aller Einkommensarten in eine Grundversicherung noch keineswegs demografische Stabilität. Ebenso wenig wäre eine „Bürgerversicherung“, konzipiert als Einheitsversicherung für alle, Garant für eine effiziente Verwaltung der Versichertenbeiträge. Eher das Gegenteil wäre zu befürchten.

Aus all diesen Gründen ist es dringend erforderlich, das Konzept einer „Bürgerversicherung“ klarer zu fassen – und damit einer echten, fundierten politischen Diskussion zugänglich zu machen.

Aus Sicht von UnternehmensGrün muss eine „Bürgerversicherung“ im Gesundheitsbereich auf folgenden Grundüberlegungen aufbauen:

### **Entkoppelung der Versicherungsbeiträge von den Arbeitseinkommen**

Eine der Hauptursachen für die Krise des derzeitigen Gesundheitssystems ist dessen einseitig lohnabhängige Finanzierung – mit all den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Höhe der Lohnnebenkosten. Eine „Bürgerversicherung“ sollte die Koppelung der Versicherungsbeiträge an die unselbstständigen Arbeitseinkommen grundsätzlich aufgeben und sich von der bisherigen, „paritätischen“ Beitragsfinanzierung endgültig verabschieden.

Dies fällt umso leichter, als die so genannte „Parität“ immer den Charakter einer Fiktion hatte: Arbeitgeberbeiträge sind Teil der gesamten betrieblichen Arbeitskosten – gleichgültig ob sie an die Krankenversicherung oder an den Arbeitnehmer direkt ausbezahlt werden. Im neuen System der „Bürgerversicherung“ werden die bisherigen Arbeitgeberbeiträge den Bruttolöhnen zugerechnet und fließen den Beschäftigten direkt zu. Die dadurch entstehende steuerliche Mehrbelastung kann über eine Erhöhung der Vorsorgepauschale ausgeglichen werden. Mit der Erhöhung des Bruttoeinkommens für die abhängig beschäftigten Arbeitnehmer wird deren Eigenverantwortung gestärkt und Beitragsmodelle mit Selbstbeteiligungen und damit niedrigeren Beitragsätzen ermöglicht.

### **Versicherungspflicht für alle Bürger**

Die bisherige Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ist anachronistisch und Ursache zahlreicher Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem. Anstelle dieser überholten Versicherungsstruktur sollte der Gesetzgeber eine Versicherungspflicht für alle Bürger und Bürgerinnen festlegen – unabhängig von deren wirtschaftlicher oder beruflicher Stellung. Der Umfang dieser Pflichtversicherung ist gesetzlich festzuschreiben und sollte eine altersunabhängige, menschenwürdige medizinische Grundversorgung abdecken. Der Katalog dieser Grundleistungen ist in festgelegten Zeiträumen dem medizinischen und pflegerischen Fortschritt anzupassen.

### **Beitragspflicht für alle Einkommensarten**

Der Versicherungspflicht für alle Bürger entspricht eine Beitragspflicht für alle Einkommensarten. Neben den Einkommen aus unselbstständiger Arbeit werden auch Mieten, Zinsen, Dividenden, selbstständige und freiberufliche Einkünfte bis zu einer festzulegenden Maximalhöhe in die Grundlage für die Beitragsbemessung einbezogen. Das bedeutet: Alle Bürger – also auch Beamte, Selbstständige, Freiberufler und Politiker – zahlen Beiträge für die „Bürgerversicherung“.

Daraus ergeben sich gegenüber dem bisherigen System zwei wesentliche Vorteile: Zum einen ist das Beitragsaufkommen für die Krankenversicherungen nicht mehr abhängig von Veränderungen in der Verteilungsstruktur des Volkseinkommens, zum anderen werden alle Einkommensbezieher in den Solidarausgleich zwischen den Versicherten einbezogen. Zur Vermeidung bürokratischer Auswüchse sollte sich die Beitragsbemessung grundsätzlich an den Einkommensteuerbescheiden orientieren. Unterschiede zwischen Beitrags- und Steuerrecht sollten per Gesetz ausgeschlossen werden.

### **Nicht eine, sondern viele „Bürgerversicherungen“**

Das Konzept einer wettbewerbsorientierten „Bürgerversicherung“ kann und darf nicht bedeuten, dass sich alle Bürgerinnen und Bürger in einer Einheitsversicherung, also in einer Art „Zwangs-AOK“ versichern müssen. Eine solche Monopolstellung würde in Kürze zu Ineffektivität, Verwaltungsaufblähung und bürokratischen Apparaten führen. Das Ziel einer „Bürgerversicherung“ muss vielmehr sein, dass zahlreiche unterschiedliche Versicherungsunternehmen miteinander in Konkurrenz treten und um Versicherte werben.

Basis für die Gesundheitsversicherung bei allen Gesellschaften ist der gesetzlich festgeschriebene medizinische Leistungskatalog. Darüber hinausgehende Leistungen können von den Versicherten ebenso freiwillig vereinbart werden wie etwa Beitragsnachlässe oder Bonusregelungen bei gesundheitsbewusstem Verhalten. Über frei wählbare Formen und Höhen der Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten können die Versicherten ihren individuellen Beitragssatz direkt beeinflussen und ihr verfügbares Nettoeinkommen – bei entsprechendem gesundheitsbewusstem Verhalten – vergrößern. Eine Reihe weiterer Parameter werden den Wettbewerb zwischen den Versicherungen – und damit auch die Beitragshöhe – beeinflussen: so etwa die Dichte des Filialnetzes, der Umfang der Betreuung und Beratung der Versicherten, die Höhe der Verwaltungs-

kosten und schließlich auch die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsvorsorge.

### **Wettbewerb mit klaren Regeln**

Der Wettbewerb zwischen den einzelnen „Bürgerversicherungen“ kann jedoch nur dann funktionieren, wenn vom Gesetzgeber einige wichtige Rahmenbedingungen verbindlich festgelegt und kontrolliert werden – vor allem, um das Ziel der Solidarität zwischen den Versicherten zu erreichen. Neben dem medizinischen Leistungskatalog, der zwingend zu erfüllen ist, gehören dazu insbesondere

- der Kontrahierungszwang: Um eine Risiko-selektion zu vermeiden, ist jede Versicherung verpflichtet, jeden Bürger – unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen, Berufsstand und ohne vorhergehende Gesundheitsprüfung – aufzunehmen und zu versichern. Die bisher zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen wie auch vielfach innerhalb der gesetzlichen Versicherungen übliche Risikospreizung wird durch eine solche Regelung unterbunden.
- die Familien-Versicherung: Jedes Unternehmen, das eine „Bürgerversicherung“ anbietet, muss Kinder bis zum Alter von 18 Jahren – im Falle der Berufsausbildung eventuell auch länger – beitragsfrei mitversichern. Damit wird sichergestellt, dass die bisherige Solidarleistung zugunsten von Kindern, die die gesetzlich Versicherten erbringen, weiterhin Bestand hat und auf alle Versicherten ausgedehnt wird. Eventuell in der Übergangszeit entstehende, wettbewerbsverzerrende Ungleichgewichte zwischen einzelnen Versicherern, die auf die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen zurückzuführen sind, müssten vom Gesetzgeber ausgeglichen werden.
- Um das Insolvenzrisiko abzusichern, sind die einzelnen „Bürgerversicherungen“ zur Mitgliedschaft in einer Insolvenzkasse zu verpflichten, die – ähnlich wie im Bankwesen – die Ansprüche der Versicherten abdecken und garantieren.

### **Pflicht zur Rücklagenbildung**

Unser bisheriges Krankenversicherungssystem ist auf die demografische Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten nur sehr unzureichend vorbereitet: Aufgrund der Altersstruktur unserer Gesellschaft sinkt nicht nur die Zahl der Beitragszahler, sondern steigen gleichzeitig die Ausgaben für Gesundheit und Pflege. Ohne grundlegende Reformen steigen die Beiträge zur Krankenversicherung – allein aufgrund des demografischen Effekts – von derzeit rund 14 Prozent auf mindestens 20 Prozent in den kommenden 20 bis 30 Jahren. Um dieser Entwicklung zu begegnen, sind die „Bürgerversicherungen“ gesetzlich dazu verpflichtet, Rücklagen in ausreichender Höhe zu bilden und zu unterhalten. Die erhöhten altersbedingten Krankheitskosten der heute 30- bis 40-Jährigen sind über diese Rücklagen zu finanzieren und dürfen nicht der nachfolgenden, zahlenmäßig wesentlich kleineren Generation aufgelastet werden.

### **Integration der Pflegeversicherung in die „Bürgerversicherungen“**

Die Pflegeversicherung in ihrer heutigen Ausgestaltung ist mittel- und langfristig weder finanzierbar noch mit der demografischen Entwicklung vereinbar. Außerdem führt die Unterscheidung zwischen Gesundheitsversorgung und Heilfürsorge zu ständigen Abgrenzungsproblemen, die nur mit erheblichem bürokratischem Aufwand lösbar sind. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Pflegeversicherung in die „Bürgerversicherungen“ zu integrieren. Aufgrund der damit verbundenen Beitragspflicht und der Verpflichtung zur Rücklagenbildung wird sichergestellt, dass die Pflegekosten in den kommenden Jahrzehnten nicht den Steuerzahlern aufgebürdet werden.

Mit einer „Bürgerversicherung“, die nach diesen Regeln ausgestaltet wird, wären viele Probleme des derzeitigen Versicherungssystems überwindbar – im Sinne der Versicherten, aber auch der vielen kleinen und mittleren Unternehmen, die unter der Last der hohen Beiträge ganz besonders leiden. Ein solches Konzept wäre nicht nur der Motor für mehr Wettbewerb, Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung, sondern gleichzeitig Garant für den solidarischen Grundaussgleich zwischen allen Versicherten.

Gegenüber dem alternativ diskutierten „Kopfpauschalen-Modell“ bietet das Konzept einer „Bürgerversicherung“, sofern sie nach den skizzierten Regelungen aufgebaut wird, einen ganz entscheidenden Vorteil: weit weniger Verteilungsbürokratie. Während bei der „Bürgerversicherung“ der Solidarausgleich per Wettbewerbsregeln innerhalb des Versicherungssystems erreicht wird, sind bei Einführung von einkommensunabhängigen Kopfpauschalen Sozialtransfers in Milliardenhöhe erforderlich, die über eine aufwendige Staatsbürokratie abgewickelt werden müssen und eine Flut an Rechtsprechung nach sich ziehen.

Gleichzeitig gilt jedoch: Ein solches Konzept einer „Bürgerversicherung“ wäre nur die eine Seite der Medaille – die zweite besteht aus überfälligen und tief greifenden Reformen auf der Anbieter- und Ausgabenseite unseres Gesundheitssystems – mit den Zielen größere Wirtschaftlichkeit, mehr Transparenz, mehr Patientenrechte und mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen.

*Gottfried Härle  
Vorstand UnternehmensGrün*