

# Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit

von Stefan Greß<sup>1</sup> und Karl-Jürgen Bieback<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Die derzeitige finanzielle Situation** für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist insbesondere wegen der guten konjunkturellen Entwicklung in den vergangenen Jahren vergleichsweise komfortabel. Steigende Ausgaben, ein sinkender Bundeszuschuss und eine absehbare konjunkturelle Eintrübung werden jedoch die Reserven des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen in den nächsten Jahren schmelzen lassen und zu steigenden Zusatzbeiträgen für die Versicherten führen. Die Autoren sprechen sich vor diesem Hintergrund dezidiert für die Einführung einer Bürgerversicherung mit drei zentralen Elementen aus. Durch die Einführung einer Versicherungspflicht zur GKV würde der bisherige verzerrte Systemwettbewerb durch einen echten Wettbewerb mit einheitlichen Rahmenbedingungen ersetzt werden. Den PKV-Altversicherten wird ein zeitlich befristetes Wechselrecht in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen eingeräumt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, und es werden sämtliche Einkommensarten zur Verbeitragung herangezogen. Diese Kombination von Maßnahmen steigert Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der GKV-Finanzierung, ist administrativ umsetzbar und verfassungsrechtlich unbedenklich.

**Schlüsselwörter:** Alterungsrückstellungen, Beitragsbemessungsgrenze, Bürgerversicherung, integriertes Krankenversicherungssystem, Wettbewerb

**The current financial situation** of Statutory Health Insurance (SHI) in Germany is quite comfortable due to the comparatively strong economic development in recent years. However, rising costs, a declining federal subsidy and an imminent economic slowdown will cause the reserves of the health fund and the sickness funds to melt in the next few years and lead to increasing additional contributions for the insureds. Against this background, the authors decidedly argue in favour of a "citizens' insurance" with three central elements. By making SHI membership compulsory, the current distorted competition between insurance schemes would be replaced by a real competition with a uniform framework. In a citizens' insurance, current private health insureds will be granted a temporary right to join SHI, allowing a transfer of aging provisions. The assessable income limit will be raised to the level of Statutory Pension Insurance and all types of income will be included to calculate contribution rates. This combination of measures increases sustainability and equity of SHI financing, is administratively feasible and constitutionally unobjectionable.

**Keywords:** aging provisions, assessable income limit, citizens' insurance, integrated health insurance system, competition

## 1 Einleitung

Die Intensität der gesundheitspolitischen Debatte um die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in den letzten Jahren deutlich wahrnehmbar

zurückgegangen. Dies hat zwei wesentliche Ursachen. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Finanzierungsgesetz aus dem Jahr 2010 den einheitlichen Beitragssatz auf 15,5 Prozent angehoben und damit die Voraussetzung für eine mehr als auskömmliche Finanzierung des Gesundheitsfonds geschaf-

<sup>1</sup>Professor Dr. rer. pol. Stefan Greß, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda Marquardstraße 35 · 36039 Fulda · Telefon: 0661 9640-601 · Telefax: 0661 9640-649 · E-Mail: stefan.gress@hs-fulda.de

<sup>2</sup>Professor Dr. jur. (em.) Karl-Jürgen Bieback, Sozialrecht, Sozialpolitik und Arbeitsrecht, Universität Hamburg · Silker Weiche 36a · 21465 Reinbek E-Mail: biebackkj@t-online.de

fen. Zweitens hat die unerwartet gute konjunkturelle Entwicklung in den vergangenen Jahren die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung gefördert und gleichzeitig die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter deutlich ansteigen lassen. Als Konsequenz verfügten Gesundheitsfonds und Krankenkassen zum 30. Juni 2014 über Finanzreserven in Höhe von 26,6 Milliarden Euro. Diese vergleichsweise komfortable Situation wird jedoch nicht anhalten – erste Anzeichen dafür gibt es bereits. Die Leistungsausgaben sind im ersten Halbjahr 2014 um 5,4 Prozent angestiegen – allein die Ausgaben für Arzneimittel stiegen um 8,9 Prozent (BMG 2014).

Auf der Einnahmenseite wirkt sich zudem der reduzierte Bundeszuschuss zur GKV nachteilig aus (Greß und Bieback 2014). Auch verdichten sich die Anzeichen für eine konjunkturelle Eintrübung – mit den bekannten Auswirkungen auf die beitragspflichtigen Einkommen. In der Gesetzesbegründung und in der parlamentarischen Debatte zum jüngst verabschiedeten GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) behaupteten die Regierung und der zuständige Bundesminister Gröhe jedoch, durch das GKV-FQWG würden die Finanzierungsgrundlagen der GKV auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Diese Behauptung lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehen. An der strukturellen Einnahmenschwäche der GKV hat sich nichts geändert. Weder wurde der Kreis der Beitragszahler erweitert noch hat sich an der Bemessungsgrundlage der Beiträge Entscheidendes verändert. Diese strukturellen Defizite werden in den nächsten Jahren bei ungünstigeren konjunkturellen Rahmenbedingungen wieder virulent und für die Versicherten in Form von steigenden Zusatzbeiträgen spürbar werden (Greß 2014). An dieser Stelle setzt der hier vorgestellte Vorschlag zur Implementierung einer Bürgerversicherung an. Wir gehen zunächst kurz auf die Defizite des Status quo ein und analysieren im Anschluss die drei zentralen Stellschrauben einer Bürgerversicherung im Hinblick auf deren Konsequenzen und deren Umsetzbarkeit. Die Ausführungen beruhen auf einem längeren Gutachten, das die Autoren für den Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt erstellt haben (Greß und Bieback 2013). Es geht auch auf die Implikationen einer Pflege-Bürgerversicherung ein. An dieser Stelle muss darauf aus Platzgründen verzichtet werden.

## 2 Strukturelle Einnahmenschwäche im Status quo

Die strukturelle Einnahmenschwäche der GKV im Status quo hat vor allem zwei Ursachen. Erstens weist die Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb ist durch unterschiedliche Rahmenbedingungen massiv verzerrt. Als Konsequenz haben

Versicherte in der PKV auch bei Berücksichtigung von Selbstständigen und Beamten ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen als in der GKV und sind im Durchschnitt deutlich gesünder (Haun 2013; Huber und Mielck 2010). Gleichzeitig wird die Funktionsfähigkeit von Umverteilungsmechanismen in der GKV nachhaltig gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können (Albrecht et al. 2007). Die empirisch gut belegte bevorzugte Behandlung von Privatversicherten führt nicht nur zu Gerechtigkeits-, sondern auch zu Allokationsdefiziten in der gesundheitlichen Versorgung (Jacobs 2012). Darüber hinaus werden systemimmanente Schwächen des Geschäftsmodells in der privaten Krankenversicherung immer offensichtlicher (Greß und Heinemann 2013).

Die Finanzierung der GKV beruht zweitens nahezu ausschließlich auf Erwerbseinkommen der gesetzlich Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Diese ist nicht nur im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung problematisch, sondern führt auch zu erheblichen Gerechtigkeitsdefiziten (Birnbacher 2012). Der Grundsatz der Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip wird an mehreren Stellen verletzt. Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben der Beitragserhebung ebenso entzogen wie Einkommen aus Vermögen und anderen Einkommensarten. Besonders leistungsfähige Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dem Solidarprinzip in der GKV sogar völlig entziehen.

Jenseits der Einführung einer Bürgerversicherung hätte ein Ausbau der Steuerfinanzierung in der GKV deutliche Vorteile gegenüber dem Status quo der Beitragsfinanzierung. Diese Vorteile liegen insbesondere in einer stärkeren Orientierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Allerdings gibt es vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks erhebliche Zweifel an Nachhaltigkeit und Stetigkeit einer Steuerfinanzierung. Die Finanzierung des Bundeszuschusses muss kontinuierlich mit anderen Ausgabentiteln im Bundeshaushalt konkurrieren. Insgesamt ist – insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Erfahrungen – daher vor einer stärkeren Abhängigkeit in der Finanzierung durch Steuermittel zu warnen (Greß und Bieback 2014). Die Autoren plädieren vielmehr für eine Korrektur der unbestrittenen Defizite des Beitragssystems im Rahmen einer Bürgerversicherung.

## 3 Stellschrauben einer Bürgerversicherung

Der Begriff Bürgerversicherung ist eigentlich irreführend. Korrekter – politisch jedoch weniger eingängig – wäre nach Kingreen die Bezeichnung Einwohnerversicherung, weil das neue integrierte Krankenversicherungssystem am Wohnort

TABELLE 1

## Beitragssatzeffekte der Modellvarianten Bürgerversicherung

Parameter	Beitragssatzeffekt	Kumulierter Beitragssatzeffekt
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-1,1	-1,1
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.500 Euro/Monat	-0,5	-1,9
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-0,4	-2,2

Quelle: nach Rothgang und Götze 2013, 151  
Grafik: G+G Wissenschaft 2014

und nicht an persönliche Merkmale anknüpfe (Kingreen 2012). Immerhin weist der Begriff Bürgerversicherung darauf hin, dass es um ein allgemeines und gleiches Versicherungssystem geht.

Das Konzept Bürgerversicherung besteht aus drei zentralen Komponenten. Ursprünglich wurde mit der Bürgerversicherung vor allem die Schaffung eines integrierten Versicherungssystems assoziiert, das den Dualismus von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung überwindet. Zentraler Bestandteil der Bürgerversicherung sind aber inzwischen auch Reformen bei der Beitragsbemessung. Diese betreffen sowohl die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens als auch die Art des Einkommens.

### 3.1 Integration von GKV und PKV

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versichertengruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen.

Mit Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht zur GKV würde der bisherige verzerrte Systemwettbewerb durch einen echten Wettbewerb mit einheitlichen Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Beitragskalkulation und bei der Vergütung von Leistungsanbietern – ersetzt werden. Damit würden die oben angesprochenen ökonomischen Anreize zur Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten verschwinden. Gleiches gilt für die negative Risikoauslese zulasten der GKV. Die vertikale Gerechtigkeit würde

deutlich erhöht werden, weil sich Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nicht mehr den Umverteilungsprozessen in der GKV entziehen könnten. Die horizontale Gerechtigkeit würde sich insbesondere dadurch erhöhen, dass die Beitragserhebung ehemals privat versicherter Personen auf der gleichen Kalkulationsgrundlage erfolgen würde wie die der gesetzlich versicherten Personen.

Die Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit eines integrierten Krankenversicherungssystems werden kontrovers diskutiert – zumindest im Hinblick auf die mittel- bis langfristigen Effekte. Die kurzfristigen Finanzierungseffekte lassen sich vergleichsweise gut quantifizieren (Tabelle 1). Die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems im Rahmen einer Stichtagsregelung würde nach Berechnungen aus dem Jahr 2010 zu einer möglichen Beitragssatzsenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung um 1,1 Beitragssatzpunkte führen (Rothgang et al. 2010).

Es ist allerdings anzumerken, dass die Berechnungen davon ausgehen, dass die Vergütung der Leistungserbringer in dem integrierten Krankenversicherungssystem auf dem Niveau der GKV erfolgen würde. Diese Prämisse ist zwar plausibel, aber gesundheitspolitisch nicht einfach zu halten. Eine für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutrale Kompensation wäre allerdings nicht gleichbedeutend mit einer Kompensation für den Wegfall von Privatversicherten auf Praxisebene. Praxen mit einem hohen Anteil von gesetzlich Versicherten im Status quo würden ihre Einkommenssituation sogar verbessern können. Berechnungen aus dem Jahr 2008 quantifizieren den finanziellen Aufwand für eine mögliche Kompensation der Ärzteschaft auf einen Betrag von etwa 3,6 Milliarden Euro (Walenzik et al. 2009) – aktuellere Berechnungen sogar auf maximal 4,3 Milliarden Euro (Wasem et al.

2013). Der kurzfristige Finanzierungseffekt durch die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems würde sich damit um etwa ein Drittel verringern.

Verfassungsrechtlich ist die Ausweitung der Versicherungspflicht zur GKV auf die bisher privat Versicherten zulässig. Die Ziele dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, insbesondere auch die soziale Absicherung der kleinen Selbstständigen, 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 (Bieback 2014).

Diese Reform ist damit zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume bestehen. Bisher hat das Bundesverfassungsgericht alle Erweiterungen der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für verfassungsgemäß gehalten. Die schon bestehenden PKV-Versicherungsverträge sind jedoch verfassungsrechtlich geschützt. Wie die Bürgerversicherung in sie eingreift, ist eine Frage des Übergangsrechts (Bieback 2014). Zu möglichen Übergangsregelungen vergleiche Abschnitt 3.4.

### 3.2 Anhebung beziehungsweise Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragsfinanzierung durchgängig am Grundsatz der Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich gestärkt, weil mit steigendem Einkommen – also mit steigender Leistungsfähigkeit – auch die Beitragsbelastung steigen würde. Ein wesentliches Defizit der Beitragsfinanzierung im Status quo – insbesondere im Vergleich zu der Besteuerung von Einkommen – 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 (Dräther und Rothgang 2004).

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung würde die Gerechtigkeitsdefizite in der Beitragsfinanzierung verringern, aber nicht vollständig beseitigen. Deutlich wären die finanziellen Effekte einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Die sofortige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ohne Ausweitung des Versichertenkreises würde eine Beitragssatzsenkung von 0,8 Prozentpunkten ermög-

lichen. Dieser Effekt würde sich auf 2,4 Prozentpunkte verdreifachen, wenn auch die im Durchschnitt einkommensstärkeren Privatversicherten Beitragszahler eines integrierten Versicherungssystems wären (Rothgang et al. 2010).

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ohne die Ausweitung des Versichertenkreises würde eine Beitragssatzentlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ermöglichen. Durch die sofortige Ausweitung des Versichertenkreises in einem integrierten Krankenversicherungssystem würde sich dieser Effekt auf 1,9 Beitragssatzpunkte fast vervierfachen (Rothgang et al. 2010). Aus diesen Zahlen wird aber deutlich, dass durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ein erheblicher Anteil des Einkommens jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung erfasst werden kann. Der finanzielle „Verlust“ durch den Verzicht auf eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze wäre vergleichsweise gering.

Verfassungsrechtlich wäre eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze nicht ohne Gefahren. Es müssen einmal zwei unterschiedliche Rechtsgüter bewertet werden, meist das Gemeinwohlinteresse an einer Regelung (hier nachhaltige Finanzierung der GKV und Verbesserung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit) und das Privatinteresse Einzelner (die Freiheit, jenseits der Beitragsbemessungsgrenze keine Beiträge zur GKV zu zahlen). Sodann müssen beide Werte noch in Beziehung zueinander gesetzt werden. Es gibt deshalb zahlreiche Einwände gegen solche Abwägungsjurisprudenz (Hillgruber 2012; Bieback 2014), dennoch hält die Mehrheit der Juristen und vor allem das Bundesverfassungsgericht an dieser Variante des Verhältnismäßigkeitsprinzips fest (BVerfGE 1995; BVerfGE 2008). Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

### 3.3 Verbeitragung sämtlicher Einkommensarten

Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten auf der Grundlage der Einkommensarten des Steuerrechts würde einen deutlichen Zugewinn an horizontaler Gerechtigkeit erbringen, weil sämtliche Einkommensarten – insbesondere Einkommen aus Vermögen – in gleichem Ausmaß zur Beitragsfinanzierung herangezogen werden. Sachgerecht ist es, aus dem Lohneinkommen Lohnersatzleistungen zu finanzieren; das Krankengeld macht aber nur 5,3 Prozent aller Leistungen der GKV aus (GKV-Spitzenverband 2014).

Ceteris paribus kann durch eine solche Maßnahme aber der Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit weiterhin verletzt bleiben. Dies gälte insbesondere dann, wenn die Beitrags-

bemessungsgrenze nicht oder nur in geringem Umfang angehoben wird. Dann würden insbesondere Personen mit einem Lohn- und Erwerbseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung herangezogen. Einkommensstarke Versicherte mit zusätzlichem Einkommen aus anderen Einkommensarten müssten keine zusätzlichen Beiträge abführen.

Im Grundsatz sind verschiedene Maßnahmen – auch in Kombination untereinander – denkbar, um eine Verletzung des Grundsatzes der vertikalen Gerechtigkeit zu vermeiden. Erstens würde eine Abschaffung beziehungsweise substanzielle Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze diese unerwünschten Folgewirkungen vermeiden beziehungsweise deutlich abmildern. Zweitens könnten – parallel zu den steuerrechtlichen Regelungen – zumindest für Vermögenseinkommen die entsprechenden Freibeträge auch auf die Beitragsfinanzierung ausgedehnt werden. Mit der zuletzt genannten Maßnahme würde – in Kombination mit einer substanzialen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – in der Gesamtschau die horizontale Gerechtigkeit deutlich verbessert werden, ohne den Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit zu gefährden.

Die Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung durch die Verbeitragung weiterer Einkommensarten ist zwar spürbar, wird aber durch einige steuerrechtliche Besonderheiten begrenzt. Dies gilt zum Beispiel bei Kapitalerträgen, für die im Einkommenssteuerrecht eine Abgeltungssteuer die einkommensbezogenen Steuersätze ersetzt hat. Zudem gibt es Einkommensarten – wie etwa bei Einkommen aus Vermietung und Verpachtung – bei denen das Aufkommen gering oder sogar negativ sein kann. Nichtsdestoweniger ist die Verbeitragung weiterer Einkommensarten nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- und langfristig – unter der Annahme eines steigenden Anteils von Vermögenseinkommen am Volkseinkommen – auch aus Gründen der Nachhaltigkeit der Finanzierung geboten.

Bezogen auf den derzeitigen Versichertenkreis der GKV würde sich ohne Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags eine zusätzliche Entlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ergeben. Mit Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags analog zum Steuerrecht sinkt die zusätzliche Entlastung auf 0,4 Beitragssatzpunkte (*Rothgang et al. 2010*). Die Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags würde daher die Einnahmen aus der Verbeitragung weiterer Einkommensarten nur geringfügig reduzieren.

Im Gegensatz zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze kann der Einbezug weiterer Einkommensarten nicht problemlos in das derzeitige Verfahren des Beitragseinzugs integriert werden. Weder die Krankenkassen noch der Gesundheitsfonds verfügen über die notwendigen Informatio-

nen, um steuerrechtlich relevante Einkommenskategorien erfassen zu können. Wie ähnlich in den Niederlanden praktiziert, müssten daher die Finanzbehörden in den Beitragseinzug integriert werden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass im Rahmen der jährlichen Steuererklärung nicht nur die Einkommenssteuerschuld, sondern gleichzeitig die Beitragsschuld für die GKV festgelegt wird. Die Finanzbehörden wären dann gleichzeitig eine Art Clearingstelle.

### 3.4 Übergangsszenarien

Von besonderer Bedeutung für die Umsetzbarkeit der Bürgerversicherung ist die Frage, wie sich der Übergang zu einem integrierten System organisieren lässt. Es lassen sich drei Szenarien unterscheiden. Bei der Stichtagslösung müssten alle Versicherten – auch die derzeit in der privaten Krankenvollversicherung versicherten Personen – sich zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer der GKV ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern. Einen vergleichbaren Weg hat der niederländische Gesetzgeber bei der Krankenversicherungsreform im Jahr 2006 eingeschlagen. Für eine Stichtagslösung spräche, dass sämtliche Vorteile eines integrierten Systems sofort wirksam würden. Eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der verschiedenen Marktakteure könnte so vermieden werden.

Allerdings genießen die vertraglichen Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Die Vertragsansprüche haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 zum Abschluss von PKV-Verträgen verpflichtet hat und traditionell 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 beziehungsweise Angemessenheit des Eingriffs in die Altverträge, die nicht fortgesetzt werden können, Unsicherheiten. Denn es gibt weniger einschneidende Varianten der Einführung, wie im Folgenden gezeigt wird.

Die Alternative wäre, nur alle neu versicherungspflichtigen Selbstständigen, Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte nach dem Stichtag zukünftig in dem integrierten Krankenversicherungssystem zu versichern. Die Altverträge würden unverändert fortgeführt werden. Ein Neuzufluss von Krankenvollversicherten in die PKV wäre damit zumindest faktisch ausgeschlossen. Auch für eine solche Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit – allerdings aus anderen Gründen. Diese Übergangsvariante ließe

TABELLE 2

### Elemente der Bürgerversicherung – Vergleich zwischen den Modellen der Autoren sowie der unterschiedlichen politischen Parteien

Elemente	Greß/Bieback	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
<b>Ausweitung des Versichertenkreises</b>	Ja	Ja	Ja	Ja
<b>Alle Einkommensarten einbeziehen</b>	Ja	Nein; Steuerfinanzierung	Ja	Ja
<b>Beitragsbemessungsgrenze</b>	Anheben auf Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	Beibehalten für Arbeitnehmer; Arbeitgeberbeitrag anheben auf gesamte Lohnsumme	Anheben auf Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	Aufheben

Quellen: Bündnis 90/Die Grünen 2011a; Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011; SPD 2011; SPD 2013  
Grafik: G+G Wissenschaft 2014

die Altverträge fortbestehen, würde sie aber auch nur wenig dadurch belasten, dass die Versichertengemeinschaft immer kleiner wird. Dieser Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems allein durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen.

Rechtlich gesehen wäre die Eingriffsintensität am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Zwar verlängert sich dadurch auch der Übergangsprozess erheblich und nicht alle sozialpolitisch erwünschten Wirkungen für die Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung träten sofort ein. Aber wird in diesem Szenario durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht? Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen schützt wiederum die Versicherten der GKV in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikotrennung der beiden Systeme. Letztlich ist dieses Szenario aus Sicht der Autoren daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu einem integrierten System zu organisieren.

## 4 Sozialpolitische Einordnung und Bewertung

Es ist deutlich geworden, dass sich die Autoren dezidiert für eine Überwindung der unbestrittenen Defizite der Beitragsfinanzierung im bestehenden GKV-System aussprechen. Damit grenzen sich die erarbeiteten Vorschläge eindeutig von allen Konzepten ab, die im Rahmen von wie auch immer ausgestalteten Prämienmodellen die Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen aus dem Beitrags- in das Steuersystem verlagern wollen. Eine entsprechende Absichtserklärung hatte die Regierung aus CDU/CSU und FDP noch in ihrem Koalitionsvertrag abgegeben (*CDU et al. 2010*). Spätestens mit der Verabschiedung des GKV-FQWG und der Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge scheint dieses Finanzierungsmodell jedoch aus guten Gründen ohnehin keine Umsetzungschancen mehr zu haben.

Zumindest der Parteiprogrammatik nach haben sowohl die SPD, Bündnis 90/Die Grünen als auch Die Linke sich in der Vergangenheit klar für eine Bürgerversicherung ausgesprochen (*Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011; SPD 2011*). Die beabsichtigte Umsetzung unterscheidet sich jedoch im Detail voneinander und teilweise auch von den Vorschlägen in diesem Beitrag (Tabelle 2).

Grundsätzlich sind sich die drei genannten Parteien zumindest programmatisch einig, dass ein zentrales Element einer Bürgerversicherung in der Überwindung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bestehen muss. Die Übergangsproblematik wird von den Parteien bisher nur teilweise thematisiert. Lediglich die SPD will – ähnlich wie von den Autoren dieses Beitrags vorgeschlagen – den Altversicherten der privaten Krankenversicherung eine befristete Wahlmöglichkeit geben. Sie sollen innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr wählen können, ob sie in ihren bestehenden Verträgen bleiben oder unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs – und damit auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Versicherung – in die neue Bürgerversicherung wechseln wollen (*SPD 2013*). Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke plädieren für die ebenfalls in diesem Beitrag thematisierte Stichtagslösung (*Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011*). Beide Übergangsvarianten lassen sich gut begründen. Für eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit sprechen jedoch nicht nur die verfassungsrechtlichen Unsicherheiten einer Stichtagslösung, sondern auch die traditionelle Pfadabhängigkeit deutscher Sozialpolitik. Letztere favorisiert eher inkrementelle als radikale Lösungen.

Die zweite zentrale Stellschraube einer Bürgerversicherung – die Beitragsbemessungsgrenze – wird von den drei Parteien in unterschiedlicher Art und Weise thematisiert. Die SPD will die Beitragsbemessungsgrenze für Beschäftigte unverändert lassen und – über eine Verbeitragung der Lohnsumme – lediglich die Beitragsbemessungsgrenze für die Arbeitgeber aufheben (*SPD 2011*). Problematisch ist dieser Vorschlag vor allem im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte. Die durch die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze bedingten Defizite der Beitragsfinanzierung – vor allem hinsichtlich der vertikalen Gerechtigkeit – im Status quo würden unverändert weiterbestehen.

Im Gegensatz zur SPD würde Die Linke die Beitragsbemessungsgrenze vollständig aufheben (*Die Linke 2011*). Diese Maßnahme ließe sich sowohl im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung und vor allem im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte gut begründen. Allerdings sprechen aus Sicht der Autoren dieses Beitrags gegen diese eher radikale Maßnahme ebenfalls verfassungsrechtliche Unsicherheiten und die eher inkrementelle Tradition der deutschen Sozialpolitik. Deutlich positiver ist daher der Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen zu beurteilen, die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung zu erhöhen (*Bündnis 90/Die Grünen 2011 a*).

Auch bei der dritten Stellschraube der Bürgerversicherung – die Verbeitragung weiterer Einkommensarten – zeigen sich unterschiedliche politische Schwerpunkte bei der SPD auf der einen Seite und bei Bündnis 90/Die Grünen beziehungsweise bei der Partei Die Linke auf der anderen Seite. Letztere schla-

gen übereinstimmend eine Verbeitragung sämtlicher Einkommensarten in Kombination mit einem Sparerfreibetrag vor (*Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011*). Diese Option ist am ehesten dazu geeignet, mit überschaubarem bürokratischen Aufwand die Defizite der Beitragsfinanzierung vor allem hinsichtlich der horizontalen Gerechtigkeit zu überwinden.

Die SPD lehnt dagegen eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten ab und will die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Krankenversicherung durch einen dynamisierten Bundeszuschuss verbessern. Diese Dynamisierung soll aus den Mehreinnahmen einer Anhebung der Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge finanziert werden (*SPD 2011*). Dieser Vorschlag ist aus mehreren Gründen als problematisch anzusehen. Erstens gelten auch hier die schon oben geäußerten Bedenken gegen eine Steuerfinanzierung. Es ist mehr als zweifelhaft, ob sich eine solche Dynamisierung nachhaltig finanzieren ließe – zumal Steuern sich grundsätzlich nicht zweckgebunden erheben lassen. Zweitens würden nur Vermögenseinkommen indirekt zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die oben angesprochenen Defizite in der horizontalen Gerechtigkeit hinsichtlich der Verbeitragung von Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit blieben unverändert weiter bestehen.

Die Debatte um die Einführung einer Bürgerversicherung wird aus Sicht der Autoren auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung bleiben. Die Defizite des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sind ebenso offensichtlich wie die systematischen Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde die Nachteile dieses Dualismus ebenso überwinden wie die unbestrittenen Nachteile der Beitragsfinanzierung im Status quo.

## Literatur

- Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007):** Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. Baden-Baden: Nomos
- Bieback KJ (2014):** Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos
- Birnbacher D (2012):** Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung? In: Brudermüller G, Seelmann K (Hrsg.). Zweiklassenmedizin? Würzburg: Königshausen & Neumann, 9–30; [www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/sonstiges/GG-POS-Aufsatz-Birnbacher.pdf](http://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-Aufsatz-Birnbacher.pdf)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014):** Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–2. Quartal 2014. Stand: 9. September 2014. Berlin
- Bündnis 90/Die Grünen (2011 a):** Die grüne Bürgerversicherung. Alle zahlen, alle zählen. Berlin: Bündnis 90/Die Grünen. Broschüre 17/30

**Bündnis 90/Die Grünen (2011 b):** Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 17/258

**BVerfGE (1995):** 92, 277, 327 (amtliche Sammlung). Beschluss vom 15.05.1995 – 2 BvL 19/91; [www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20071204\\_2bvr003806.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20071204_2bvr003806.html)

**BVerfGE (2008):** 120, 180, 210 (amtliche Sammlung). Beschluss vom 26.02.2008 – 1 BvR 1602/07; [www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20100914\\_1bvr184208.html](http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20100914_1bvr184208.html)

**CDU, CSU, FDP (2010):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode

**Die Linke (2011):** Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren. Antrag der Fraktion Die Linke. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 17/7197

**Dräther H, Rothgang H (2004):** Die Familienversicherung für Ehepaare in der gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier, Heft 9. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

**GKV-Spitzenverband (2014):** GKV Kennzahlen; [www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp)

**Greß S (2014):** Auswirkungen des Gesundheitsfonds – eine Zwischenbilanz. Wirtschaftsdienst, Jg. 94, Heft 8, 545–548

**Greß S, Bieback KJ (2013):** Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin: AWO Bundesverband

**Greß S, Bieback KJ (2014):** Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst, Jg. 67, Heft 7, 6–9

**Greß S, Heinemann S (2013):** Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 107–124

**Haun D (2013):** Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der

Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 75–106

**Hillgruber C (2012):** Ohne rechtes Maß? Eine Kritik der Rechtsprechung des BVerfG nach 60 Jahren. Juristenzeitung, Jg. 66, Heft 18, 861–871

**Huber J, Mielck M (2010):** Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 53, Heft 9, 925–938

**Jacobs K (2012):** Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems – eine längst überfällige Reform. Wirtschaftsdienst, Jg. 92, Heft 10, 651–655

**Kingreen T (2012):** Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung? Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 in München

**Rothgang H, Arnold R, Unger R (2010):** Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

**Rothgang H, Götz R (2013):** Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: Kompart, 125–174

**SPD (2011):** Beschluss des SPD-Präsidiums: Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig. Pressemitteilung vom 11. April 2011. Berlin: SPD

**SPD (2013):** Das WIR entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013–2017. Berlin: SPD

**Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2009):** Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy, Jg. 58, Heft 4, 63–69

**Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2013):** Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Essen: Universität Duisburg-Essen

## DIE AUTOREN



**Professor Dr. rer. pol. Stefan Greß,** Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York. Danach Arbeit an Dissertation und Tätigkeit als Berater für Krankenversicherungen. Promotion im April 2001 an der Universität Bremen. Danach Tätigkeiten als

wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Steuerung der Arzneimittelversorgung, regionale Versorgungssteuerung.



**Professor Dr. jur. Karl-Jürgen Bieback,** Jahrgang 1944, Studium der Rechtswissenschaft und der Volkswirtschaftslehre in Marburg, Göttingen und Poitiers. Seit 1974 Professor für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Arbeits-

recht an der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik und der Universität Hamburg. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesamtes Sozialrecht, Kollektives Arbeitsrecht, Sozialpolitik, öffentliches Recht.