

Gut war nur der Name: die „Bürgerversicherung“

Zur vergangenen Zukunft einer Reformidee

Von Timm Genett

- **Die programmatische Flexibilität der „Bürgerversicherung“ im Bundestagswahlkampf 2017**
- **Vom Verlust der Ziele zum Austausch des sozialpolitischen Narrativs**
- **Die Transaktionskosten der „Bürgerversicherung“**
- **Das politische Dilemma der „Bürgerversicherung“**

1. Die programmatische Flexibilität der „Bürgerversicherung“ im Bundestagswahlkampf 2017

Die SPD werde keine Unterschrift unter einen Koalitionsvertrag leisten, in dem nicht die „Bürgerversicherung“ vereinbart sei, lautete schon Ende 2016 die Bedingung führender Vertreter der SPD für eine Koalition nach der Bundestagswahl im September 2017. Solche Vorfestlegungen wollen gut überlegt sein. Denn sie können, Konsequenz des Handelns unterstellt, zu Lasten der machtpolitischen Bündnisfähigkeit gehen – oder aber der sachpolitischen Glaubwürdigkeit. Die Gefährdung der bündnispolitischen Gestaltungsoptionen durch inhaltliche Festlegungen ist indes umso geringer, je flexibler die Inhalte sind. Und das ist beim Thema „Bürgerversicherung“ längst der Fall.

Als Idee 2002 in der „Rürup-Kommission“ geboren, avancierte die „Bürgerversicherung“ schnell zu einem politischen Leitmotiv von SPD, Grünen und Linken. Ihr wesentliches Ziel: Renten- und Krankenversicherung sollen für alle Bürgerinnen und Bürger einheitlich nach dem Vorbild der umlagefinanzierten gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung organisiert werden. Die kapitalgedeckte private Alternative zum gesetzlichen Krankenversicherungssystem der GKV, die Private Krankenversicherung, sollte als

Vollversicherung abgeschafft werden. Die GKV-Versicherungspflicht für alle war dabei strukturell die Bedingung der Möglichkeit, die Versicherungsbeiträge anzuheben und der GKV neue Einnahmequellen zu erschließen, ohne dass dies freiwillig Versicherte durch die heutige Exit-Option in Richtung PKV hätten unterlaufen und damit auch verhindern können. Mit diesem radikalen Ansatz verspielte die „Bürgerversicherung“ trotz ihres sympathischen Namens von Beginn an jegliche Chance, zum gesellschaftspolitischen Konsensmodell der sozialen Sicherung zu werden. Im Gegenteil produziert der Begriff bis heute politische Polarisierung und Protest. Historisch gibt es für die Abschaffung der PKV in der durch die Dualität von GKV und PKV geprägten deutschen Sozialgeschichte denn auch nur einen Präzedenzfall: 1945/49 in der Sowjetischen Besatzungszone bzw. in der DDR.

In den 15 Jahren seit der „Rürup-Kommission“ hat sich die „Bürgerversicherung“ indes – anstatt das deutsche Gesundheitssystem zu transformieren, das offensichtlich einer derartigen Radikalreform nicht bedarf – selbst transformiert: von der Eindeutigkeit zur Vieldeutigkeit. Das Ziel einer GKV-Versicherungspflicht für alle ist und bleibt zwar allen Vertretern der Bürgerversicherung gemein, aber es ist ihnen unklar bzw. es herrscht Uneinigkeit, in welchem Zeitraum es sich überhaupt erreichen ließe. Und auch hinsichtlich der notwendigen operativen Schritte zu diesem Ziel hin ist der Bürgerversicherung die programmatische Identität längst abhanden gekommen.

Wie unter einem Brennglas verdichtet findet sich die strategische Neuorientierung der Bürgerversicherungsidee im Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) „Der Weg zur Bürgerversicherung“ vom Dezember 2016.¹ Die Autoren, unter anderem Vertreter der Wissenschaft, der Gewerkschaften und der SPD, die der Bürgerversicherungsidee seit vielen

¹ „Der Weg zur Bürgerversicherung: Solidarität stärken und Parität durchsetzen“, Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO-Diskurs Nr. 24/2016, 2016.

Jahren verbunden sind, gehen nicht nur von einem langfristigen Prozess zur Einführung der Bürgerversicherung aus, der „weit mehr als zehn Jahre in Anspruch nehmen wird“. Sie verabschieden sich auch von der ursprünglichen Definition der Bürgerversicherung über das Ziel des einheitlichen Krankenversicherungssystems, zugunsten einer Patchwork-Strategie, die sich nun über einzelne Schritte zu diesem Ziel definiert, und zwar unter ausdrücklichem Verzicht auf eine verbindliche Reihenfolge dieser Schritte.

Priorisiert werden dabei unter anderem zwei Elemente, die auch von führenden SPD-Vertretern in den vergangenen Monaten immer wieder als vorrangig genannt werden, wenn es um die Durchsetzung einer „Bürgerversicherung“ im zukünftigen Regierungshandeln geht: die Einführung der paritätischen Finanzierung der GKV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber und die Ausweitung der Steuerfinanzierung der GKV, letztere zur Kompensation der versicherungsfremden Leistungen der GKV. Zum Tableau der flexiblen Elemente, zu dem die Bürgerversicherung – nicht nur im FES-Papier, sondern im Bürgerversicherungsdiskurs generell – immer mehr mutiert, zählen aber auch die folgenden Forderungen, die unmittelbar und zu Lasten der PKV in den Systemwettbewerb eingreifen würden: die Angleichung der ärztlichen Gebührenordnungen; die stärkere Öffnung der GKV für Beamte; und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung mit ihren zwangsläufigen Folgen für das Niveau der Versicherungspflichtgrenze.

Bemerkenswert an dieser elementaren Neuordnung der Bürgerversicherung ist auch der ausdrückliche Verzicht auf eine zeitliche, logische wie systematische Anordnung der fünf vorgeschlagenen Maßnahmen: „Dabei gibt es keine Reihenfolge. Entscheidend ist vielmehr, dass jetzt mit den Umsetzungsschritten begonnen wird“. Der Ruf nach ersten Schritten ist zum einen nachvollziehbare politische Psychologie nach 15 Jahren Debatte: denn für das Überleben einer Idee dürfte es von existenzieller Bedeutung

sein, irgendwann aus der politischen Theorie Eingang in die politische Praxis zu finden – der Wähler könnte sonst den Eindruck gewinnen, dass die Idee für die Praxis mindestens überflüssig ist. Diese Aussicht, doch noch mal praktisch zu werden, eröffnet der Bürgerversicherungsidee die Elementarstrategie der FES, indem sie postuliert, dass eine Ausweitung der Steuerfinanzierung bereits Bürgerversicherung sei. Zum anderen begründen die Autoren die Umsetzung in Teilschritten signifikanterweise mit der experimentellen Dimension von Bürgerversicherung, die zwangsläufig Unsicherheit produziert: „Jede Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem ist mit Unsicherheiten verbunden [...] Es ist geboten, eine sehr sorgfältige Folgenabschätzung vorzunehmen.“ Es ist fraglich, ob die Transformation der Bürgerversicherungsstrategie in eine experimentelle Versuchsanordnung mit beliebiger Reihenfolge von Schritten die Unsicherheit eliminieren kann, die ihr auch nach Einschätzung ihrer Sympathisanten immanent ist.

Normalerweise kann nicht vom Positionspapier einer Parteistiftung auf die politische Agenda geschlossen werden. In diesem Fall indes haben die politisch gut vernetzten Autoren der FES tatsächlich auch den politischen ‚state of the art‘ des Bürgerversicherungsdiskurses gut getroffen. Das zeigen die erstaunlichen Schnittmengen dieses Papiers mit den politischen Initiativen von SPD, Grünen und Linken sowie diversen Publikationen von think tanks der Bürgerversicherung wie etwa der Bertelsmann Stiftung: man denke an den Antrag der rot-rot-grünen Länder Berlin und Thüringen im Bundesrat, mit der „Parität“, einer Halbierung des GKV-Mindestbeitrages für Selbstständige sowie einem erleichterten Zugang von Beihilfeberechtigten zur GKV „erste Schritte in Richtung einer Bürgerversicherung“ zu gehen;² an diverse parlamentarische Anfragen und Anträgen von Grünen und Linken in den vergangenen Jahren zum Versicherungsstatus von Beamten und Selbstständigen;³ an die IGES-Studien im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zur Einführung einer GKV-Versicherungspflicht

² Vgl. den Antrag des Landes Berlin „Entschließung des Bundesrates zur Stärkung der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung durch erste Schritte in Richtung einer Bürgerversicherung“, Bundesratsdrucksache 236/17 vom 22.03.2017.

³ Vgl. unter anderem den Antrag zu dieser Thematik der Bundestagsfraktion Die Linke „Gerechte Krankenversicherungsbeiträge für Selbstständige in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, Bundestagsdrucksache 18/9711 vom 21.09.2016.

für Selbstständige und für Beamte;⁴ man denke aber auch an den Austausch des Bürgerversicherungsattributs in der politischen Rhetorik der SPD – von ‚solidarisch‘ zu ‚paritätisch‘.

Mit der Wandlung ihrer politischen Semantik rückt das angestrebte Endziel aus dem unmittelbaren Blickfeld der politischen Agenda und konzentriert sich die „Bürgerversicherung“ immer mehr auf Themen, für die sie originär nicht zuständig bzw. für die eine Systemtransformation nicht erforderlich ist (Beteiligungsmodus der Arbeitgeber an der GKV-Finanzierung; Finanzierung versicherungsfremder Leistungen; bezahlbarer Krankenversicherungsschutz für Selbstständige in der GKV). Der semantische Wandel ist dabei politische Strategie und Krisensymptom zugleich: Denn es hat sich herumgesprochen, dass die sozial- und wirtschaftspolitischen Transaktionskosten sowie die verfassungsrechtlichen Risiken einer Bürgerversicherung nicht nur erheblich sind, sondern auch in keinem Verhältnis zu den Zielen stehen, die bei realistischer Betrachtung mit einer Bürgerversicherung überhaupt zu erreichen wären. Wesentliche Ziele haben dabei die Befürworter der Bürgerversicherung übrigens selbst längst verworfen.

2. Vom Verlust der Ziele zum Austausch des sozialpolitischen Narrativs

a) Die GKV ab morgen für alle scheitert am Bestandsschutz

Die Metamorphosen der Bürgerversicherung lassen sich exemplarisch an den Wahlprogrammen der SPD erkennen: 2005 strebte das SPD-Wahlprogramm noch die unmittelbare Überführung aller Krankenversicherten in eine ‚GKV für alle‘ an – ohne Bestandsschutz für die heute PKV-Versicherten und Beihilfeberechtigten. Aus verfassungsrechtlichen Gründen sah das SPD-Bürgerversicherungsmodell von 2011, das dann auch Teil des Wahlprogramms 2013 wurde, einen Bestandsschutz für die heute PKV-Versicherten vor. Anstelle der ‚Bürgerversicherung sofort‘ war dies gleichsam das Eingeständnis, ein einheitliches System für alle nur in einem Übergangszeitraum von vielen Jahrzehnten, tendenziell einem Jahrhundert,

schaffen zu können. Gleichwohl hätte die SPD mit ihrem damaligen Ansatz die Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV abgeschafft. Alle neu zu Versicherten hätten nur noch in die GKV gehen dürfen.

Von der „Linken“ abgesehen, die sich in einem aktuellen Gutachten von Professor Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) die finanziellen Wirkungen einer Bürgerversicherung noch einmal auf Basis des verfassungswidrigen Urmodells ausrechnen lässt,⁵ brüten seitdem die parteipolitischen wie intellektuellen Vordenker der Bürgerversicherung über Konzepte, wie man trotz des grundsätzlichen Bestandsschutzes für die Privatversicherten den Weg zur „GKV für alle“ beschleunigen könnte: sei es über eine GKV-Versicherungspflicht für bestimmte soziale Gruppen wie Beamte oder Selbstständige unterhalb der Versicherungspflichtgrenze – man vergleiche die bei der SPD wie den Grünen positiv rezipierten jüngsten Studien der Bertelsmann Stiftung, die freilich von sich aus die Frage der verfassungsrechtlichen Machbarkeit von vornherein ausgeklammert haben –, sei es über die Gewährung befristeter bis unbefristeter Wechselrechte in die GKV für die PKV-Bestandsversicherten insgesamt bzw. Steigerungen der Attraktivität des Wechsels von der PKV in die GKV für bestimmte soziale Gruppen, wie z.B. die Einführung eines Arbeitgeberzuschusses für Beihilfeberechtigte – ohne dass bei diesen Vorstößen auch nur ansatzweise beleuchtet würde, wie desaströs sich das durch die Wechselanreize angeheizte individuelle Vorteilshopping zu Lasten der Versichertenkollektive auf GKV und PKV auswirken würde.

b) Nur noch eine Frage der politischen Opportunität: die Gestaltung der Verteilungsgerechtigkeit in einer „Bürgerversicherung“

Ein ursprüngliches Ziel von Bürgerversicherung war die Optimierung der Umverteilungsgerechtigkeit im gesetzlichen Umlagesystem. Die bisherige Beitragsverschonung höherer Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) sowie von Einkünften aus Kapitalanlagen und Vermietung galt als zu beseitigendes „Solidaritätsdefizit“. Seit dem Parteitag

⁴ „Krankenversicherung für Beamte und Selbstständige“, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), 2016/2017.

⁵ Vgl. Antrag der Bundestagsfraktion Die Linke „Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege“, Bundestagsdrucksache 18/11722 vom 28.03.2017.

der SPD im Dezember 2011 ist diese Zielsetzung nicht mehr zwingend mit einer „Bürgerversicherung“ verbunden. Dem damaligen Parteitagsbeschluss zufolge sollte die BBG für Arbeitnehmer unverändert bleiben, die BBG für Arbeitgeber aber komplett entfallen. Die Verbeitragung von Mieteinkünften und Kapitalerträgen⁶ wurde mit Blick auf das schlechte Verhältnis von Aufwand und Nutzen gekippt. Sechs Jahre später, im Wahlkampf 2017, plädieren Gesundheitspolitiker der SPD mal für die Erhöhung der BBG, dann aber für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, mal plädieren sie auch gegen eine außerordentliche Anhebung, weil dies auf keine Akzeptanz stoße.⁷ Der Entwurf des SPD-Wahlprogramms vom 22. Mai 2017 schweigt über dieses Thema – das Programm, so der „Spiegel“ (21/2017), sei bewusst „weichgespült“ und „vage genug, um keinen Beitragszahler zu verschrecken“. Damit entpuppen sich die Finanzierungsinstrumente der Bürgerversicherung als willkürliche Stellschrauben, die keinen erkennbaren Bezug mehr zum einstigen Ziel einer optimierten Belastungsgerechtigkeit haben. Sie gehorchen nur einem Leitmotiv: der politischen Opportunität.

Dieses Ergebnis ist kein Zufall. Denn das Bürgerversicherungsversprechen einer Optimierung der Belastungsgerechtigkeit in einem einkommensabhängigen Beitragssystem war von Beginn an eine Illusion. Das Erfordernis einer Beitragsbemessungsgrenze – sie vermeidet, dass der Krankenversicherungsbeitrag zur zweiten Einkommensteuer wird, und gewährleistet damit näherungsweise die Äquivalenz von Beitrag und Leistung in der Sozialversicherung – führt nämlich systematisch dazu, dass gleiche Haushaltseinkommen ungleich und ungleiche Haushaltseinkommen gleich verbeitragt werden können und dass es zu einer Umverteilung von Beziehern kleinerer zu denjenigen höherer Einkommen kommen kann. Das Umlageverfahren kommt nicht generell zu gerechten Verteilungsergebnissen. Dem Wirtschaftsweisen Professor Dr. Peter Bofinger (Universität Würzburg)

zufolge gibt es „keine unsystematischere Umverteilung als die in der GKV“. Bei bestimmten Berufsgruppen wie Selbstständigen muss das Umlageverfahren sogar in Form von Mindestbeiträgen mit dem Prinzip der einkommensabhängigen Verbeitragung brechen, um sich vor finanzieller Nutzenmaximierung zu Lasten der Solidargemeinschaft zu schützen.

Die Debatte über Verteilungsgerechtigkeit zeigt zugleich einen Geburtsfehler der Bürgerversicherung: die Umlage trotz ihrer immanenten Gerechtigkeitsgrenzen als vermeintlich einzig gerechtes Finanzierungsverfahren absolut zu setzen – so gesehen alles auf eine Karte zu setzen, obwohl zu einer gerechten Gesellschaft auch die Eigenverantwortung und Subsidiarität – schon um Mitnahmeeffekte sowie die Überforderung des Umlageverfahrens zu vermeiden – sowie die Generationengerechtigkeit gehören.

c) Die Illusion von der nachhaltigen Finanzierung

Das Bürgerversicherungsziel einer nachhaltigen Finanzierung der GKV durch Einbeziehung vermeintlich „besserverdienender“ Privatversicherter ist schon seit langem in seiner sozioökonomischen Grundannahme widerlegt. Die Bürgerversicherung leistet keinen strukturellen Beitrag zur Senkung des Beitragssatzes der GKV. Mit Blick auf den relativ kleinen Anteil Privatversicherter an der Gesamtbevölkerung (11 Prozent) und die heterogenen Einkommensverhältnisse Privatversicherter, zu denen auch kleine Beamte und Selbständige, Rentner und Menschen ohne Einkommen zählen, ist die Annahme einer Beitragssatzsenkung schon zum Zeitpunkt der Einführung einer Bürgerversicherung fragwürdig.

Und nachhaltig ist eine Bürgerversicherung schon gar nicht. Denn sie setzt allein auf Umlagefinanzierung. Die Umlage gerät aber infolge des demographischen Wandels unter Druck: bis zum Jahr 2060 wird nach einem mittleren Szenario des Statistischen Bundesamtes (Destatis) die Zahl der Erwerbsfähigen

⁶ Anstelle der Verbeitragung der Kapitaleinkünfte sah das Programm eine Erhöhung der Kapitalertragssteuer zugunsten der GKV vor, die allerdings mit dem Non-Affektationsprinzip kollidieren würde.

⁷ Ralf Stegner (SPD) hat sich sogar dafür ausgesprochen, die Beitragsbemessungsgrenze im Idealfall gänzlich abzuschaffen. Die Autoren des FES-Papiers sind ebenfalls der Meinung, dass eine komplette Abschaffung der BBG zur Beseitigung der Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite beitragen würde, dies aber verfassungsrechtlich bedenklich sei.

zwischen 20 und 65 Jahren um ein Drittel abnehmen – und damit ein wesentlicher Teil der beitragspflichtigen Einnahmen. Zugleich wird die Zahl der Über-65-Jährigen bis dahin um 50 Prozent zunehmen und damit auch die alterungsbedingten Leistungsausgaben massiv steigern. Hinzu kommen die Kosten des medizinischen Fortschritts. Die PKV bildet für die Alterung ihrer Versicherten und für den medizinischen Fortschritt Rückstellungen. Die GKV betreibt keine finanzielle Vorsorge, verfügt aber über robuste Kostendämpfungsinstrumente des Sozialgesetzbuches (SGB). Die Überführung der Privatversicherten in die GKV, wie die Bürgerversicherung vorschlägt, würde indes sowohl die kapitalgedeckte Vorsorge schwächen als auch die umlagefinanzierte GKV zusätzlich belasten.

Selbst Studien von Bürgerversicherungsbefürwortern kommen zu bescheidenen bis sogar negativen Finanzwirkungen einer Bürgerversicherung auf die GKV: Anita Pfaff⁸ prognostiziert eine Beitragssatzentlastung von 0,2 Prozentpunkten nach zehn Jahren. Zum Vergleich: der durchschnittliche Anstieg der Zusatzbeiträge in der GKV lag bei 0,2 Prozentpunkten allein im Jahr 2016. Dr. Martin Albrecht und Professor Dr. Bert Rürup⁹ prognostizieren, dass die Bürgerversicherung in fast allen denkbaren Szenarien zu Mehrbelastungen für die privaten Haushalte führt. Die aktuelle Studie von Professor Rothgang im Auftrag der Bundestagsfraktion Die Linke 2017 verspricht dagegen eine Senkung des Beitragssatzes in der GKV um 3,1 Prozentpunkte – dies aber unter der Annahme einer verfassungswidrigen sofortigen Auflösung aller PKV-Vollversicherungsverträge, einer Nicht-Kompensation des Mehrumsatzverlustes von 12,6 Mrd. Euro/Jahr und einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Einbeziehung von weiteren Einkommensarten (Kapitalerträge, Miet- und Pachteinnahmen).

⁸ „Die Bürgerversicherung – Finanzierungsalternativen der GKV: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung“, INIFES-Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, 2004.

⁹ „Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung“ Studie im Auftrag von Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband, 2013. Die Studie schildert drei Szenarien. In

d) Der unglaubliche Kampf der Bürgerversicherung gegen die „Zwei-Klassen-Medizin“

Der ideologische Verblendungszusammenhang der Bürgerversicherungsidee tritt am deutlichsten in ihrer Kritik an der vermeintlichen „Zwei-Klassen-Medizin“ in Deutschland zutage, mit der sie die angebliche Notwendigkeit der Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems aus GKV und PKV begründet. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Versorgungsunterschieden im internationalen europäischen Vergleich¹⁰ entziehen diesem Vorwurf gegen das deutsche Gesundheitssystem jegliche Grundlage: gerade das deutsche Gesundheitssystem bietet seinen Versicherten insgesamt die im europäischen Vergleich kürzesten Wartezeiten, den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln, die freie Arztwahl sowie einen umfangreichen Leistungskatalog.

- **Wartezeiten** spielen in Deutschland im europäischen Vergleich im Versorgungsalltag nicht die Rolle, die ihnen in der gesundheitspolitischen Debatte oftmals attestiert wird: 76 Prozent der deutschen Patienten erhalten am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Hausarzt. Mit diesem Ergebnis liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder.
- **Innovationen:** Nirgendwo sonst in Europa verfügen Patienten über einen derart schnellen Zugang zu innovativen Medikamenten.
- **Wahl- und Therapiefreiheit:** In Deutschland haben Patienten einen direkten Zugang zum Facharzt ihrer Wahl. Das ist in der Mehrzahl der anderen europäischen Länder ausgeschlossen.
- **Vertrauen ins eigene System:** In Deutschland ist die Bereitschaft zur Behandlung im Ausland am geringsten ausgeprägt (11 Prozent der Befragten vs. Niederlande: 66 Prozent!).
- Das deutsche duale Krankenversicherungssystem verfügt zudem im internationalen Vergleich

allen drei Szenarien würde die Mittelschicht stärker belastet. Haushalte mit einem Jahreseinkommen unter 24.000 Euro (netto) würden nur in einem Szenario entlastet.

¹⁰ „Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick“, Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), 2017. Die Autorin Verena Finkenstädt führt in ihrer Meta-Studie die vorliegenden Einzeluntersuchungen zusammen.

über einen der umfangreichsten Leistungskataloge.

Deutschland ist damit das Land mit den geringsten Tendenzen zur Leistungsrationierung. „Zwei-Klassen-Medizin“ indes – also eine Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit von der individuellen Finanzkraft – entsteht erst in Reaktion auf Rationierung: stoßen Patienten im öffentlichen Gesundheitssystem nämlich auf Zugangshürden, werden die gewünschten Leistungen von denen, die es sich leisten können, auf dem privaten Gesundheitsmarkt nachgefragt. Im Unterschied zu Deutschland existiert daher in fast allen europäischen Ländern – parallel zum staatlichen Versorgungssystem – ein gut ausgebauter privater Gesundheitsmarkt mit rein privat praktizierenden Ärzten. Die privat generierten Einnahmen fließen – im Gegensatz zum dualen System in Deutschland – nicht in das für alle Patienten offen stehende Versorgungssystem, sondern verbleiben ausschließlich im privaten Sektor.

Der internationale Vergleich dementiert somit das Kernversprechen der Bürgerversicherung diagnostisch wie prognostisch. Diagnostisch, weil Deutschland die Kriterien des beklagten Notstands einer „Zwei-Klassen-Medizin“ nicht erfüllt. Und prognostisch wäre die Bürgerversicherung nicht ein Programm zur Vermeidung, sondern zur Förderung der „Zwei-Klassen-Medizin“, weil sich in allen nach dem Vorbild einer Bürgerversicherung einheitlich organisierten Krankenversicherungsmärkten des europäischen Auslands Versorgungsunterschiede in Abhängigkeit von der individuellen Finanzkraft feststellen lassen. In Deutschland erweist sich indes der Systemwettbewerb aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in einem gemeinsamen Versorgungssystem als Sicherung gegen Rationierung und „Zwei-Klassen-Medizin“. Unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit kommt Deutschland in Europa dem gesundheitspolitischen Leitmotiv des gleichen Zugangs aller Bürger zu einer hochwertigen Versorgung auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts am nächsten. Spätestens mit der 2007 eingeführten Pflicht zur Versicherung garantiert Deutschland jedem Bürger einen bezahlbaren Zugang zu diesem international herausragenden Versorgungsniveau.

Wenn das wesentliche Anliegen der Bürgerversicherung wirklich der Zugang aller Bürgerinnen und Bürger zur medizinischen Versorgung unabhängig vom persönlichen Geldbeutel wäre, hat Deutschland mit dem dualen System aus GKV und PKV längst eine „Bürgerversicherung“.

e) Der Austausch des sozialpolitischen Narrativs

Sozialpolitische Ideen verdanken ihre Entstehung immer auch ihrem historischen Kontext. Mit zunehmendem zeitlichem Abstand zu diesem Kontext droht ihnen der Verlust der gesellschaftspolitischen Anschlussfähigkeit. Es kommt dann darauf an, ob ihnen auch eine Lösungskompetenz für gewandelte soziale Verhältnisse und Problemlagen attestiert wird. Die „Bürgerversicherung“ ist im sozioökonomischen Krisenkontext der Jahre 2002 bis 2005 entstanden, mit über fünf Millionen Arbeitslosen und Sozialstaatsreformen, die unter anderem Leistungseinschnitte bei gleichzeitigen Beitragserhöhungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit sich brachten. Das politische Klima war von Sozialprotest und wirtschaftspolitischem Pessimismus geprägt. Und in diesem Kontext schien manchem der Angriff auf die Privatversicherten geboten, denen in der allgemeinen Krise weder die Leistungen gekürzt noch die Betriebsrenten verbeitragt wurden – zumal die Privatversicherten auch noch im Verdacht standen, durchweg zu den ‚Besserverdienern‘ zu zählen. Das Recht, sich privat zu versichern, kritisierte die Bürgerversicherung in diesen Anfängen als sozialpolitisch illegitimes Elitenprivileg, Lizenz zur Entsolidarisierung und Schwächung der GKV-Finanzkraft.

Nach der Krise war dieses sozialpolitische Narrativ der Bürgerversicherungsidee offensichtlich nicht mehr zu halten und ihre Befürworter vollzogen einen bemerkenswerten Bruch, indem sie plötzlich die Bürgerversicherung zum ‚Rettungsschirm‘ für Privatversicherte stilisierten. Ein Beispiel unter vielen ist, wie Professor Dr. Karl Lauterbach (SPD) im Wahlkampf 2013 PKV-Rentner mit der Aussicht umwarb, durch einen Wechsel in das umlagefinanzierte System der GKV im Alter ihren Beitrag senken zu können.¹¹

¹¹ Bspw. In der Talkshow „Markus Lanz“ vom 25.07.2013.

Ausgerechnet diejenigen, die sich – so das alte Narrativ – jahrzehntelang der „Solidarität“ in der GKV entzogen haben, sollen sich jetzt im Alter von der Solidargemeinschaft der GKV subventionieren lassen? Ein Beitrag zur Gerechtigkeit sieht anders aus – und dennoch halten die Bürgerversicherungsbefürworter an dem neuen Erzählmuster fest, dass die Bürgerversicherung die Privatversicherten vor zu hohen Beiträgen schützen müsse. Wie beim Phantom der „Zwei-Klassen-Medizin“ bieten sie dazu alles auf, was der Wirklichkeitsverdrängung dient und die Situation Privatversicherter unerträglich erscheinen lässt. Weder lassen sie sich dabei von den hohen Zufriedenheitsquoten PKV-Versicherter von regelmäßig deutlich über neunzig Prozent noch von den statistisch nur im Promillebereich messbaren Beschwerden von Privatversicherten noch von der tariflichen Sozialfunktionalität der PKV auch in prekären Lebenslagen irritieren.

3. Die Transaktionskosten der „Bürgerversicherung“

Infolge der Revision ihrer Ziele hat es die Bürgerversicherung schwer zu vermitteln, wozu sie überhaupt notwendig ist, welche Not hier eigentlich zum Besseren gewendet werden soll. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Radikalreform wäre zumindest der gesellschaftliche Konsens in der Diagnose einer Notlage. Schon daran mangelt es der Bürgerversicherung. Nicht minder bedeutsam für die politischen Erfolgchancen einer Reform wäre aber auch eine angemessene Relation von Zweck und Mitteln sowie den damit verbundenen Transaktionskosten. Diese lassen sich nicht nur benennen, sondern auch beziffern – mit einem für die „Bürgerversicherung“ wiederum politisch desaströsen Ergebnis:

Gefährdung der medizinischen Infrastruktur

Die Bürgerversicherung würde der medizinischen Infrastruktur erhebliche Finanzmittel entziehen. Denn Gesetzliche und Private Krankenversicherung finanzieren heute ein gemeinsames Versorgungssystem. Privatversicherte leisten dabei einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag, den sogenannten

„Mehrumsatz“, der dadurch entsteht, dass für Privatversicherte zum Teil andere Honorarordnungen gelten als für GKV-Versicherte, PKV-typische Mehrleistungen erbracht werden (z.B. im Krankenhaus und beim Zahnersatz) und eine durch keine Wirtschaftlichkeitsvorgaben oder Budgetierungen eingeschränkte Therapiefreiheit gilt. Dieser Mehrumsatz betrug im Jahr 2015 über alle Versorgungssegmente 12,6 Mrd. Euro, allein im ambulanten Bereich durchschnittlich 50.000 Euro pro Arztpraxis. Mit den Mehrumsätzen können medizinische Leistungserbringer – Ärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten etc. – in Personal, innovative Behandlungsmethoden und eine moderne Praxisausstattung investieren. Das kommt in einem gemeinsamen Versorgungssystem allen zugute, gesetzlich wie privat versicherten Patienten.¹²

Die Anbieter medizinischer Leistungen kalkulieren mit den Gesamteinnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten. In einer Bürgerversicherung, die die Privatversicherten in die GKV überführt, ginge ihnen der Mehrumsatz von 12,6 Mrd. Euro verloren. Es gibt zwar immer wieder Stimmen aus dem Lager der Bürgerversicherungsbefürworter, die suggerieren, der Mehrumsatzverlust ließe sich in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem kompensieren. Sie stoßen dabei aber nicht nur in den eigenen Reihen auf Widerspruch, sondern auch seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung. Denn deren Versicherte müssten dann den heute von den PKV-Versicherten finanzierten Mehrumsatz zu 90 Prozent tragen – und der GKV-Beitragssatz müsste um einen Prozentpunkt steigen.

Wie auch immer die Entscheidung ausfiele: entweder würde die Bürgerversicherung der medizinischen Infrastruktur Milliarden entziehen, mit unmittelbarer Folge für das Niveau und den Zugang zur Versorgung. Oder sie würde zu Lasten der GKV-Versicherten gehen.

Gefährdung von Arbeitsplätzen

Die Abschaffung der Privaten Krankenvollversicherung würde allein in diesem volkswirtschaftlichen

¹² Vgl. „Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV“, Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP), 2017 sowie „Experiment Bürgerversicherung: Bedrohung

des medizinischen Infrastruktur – Oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte und ihre Patienten auf dem Spiel steht“, Studie von Dr. Hans-Joachim Kaiser für den PVS-Verband, 2017.

Segment zwischen 20.000 und 51.000 Arbeitsplätze kosten, wie eine „Machbarkeitsstudie“ der bürgerversicherungsfreundlichen Hans-Böckler-Stiftung belegt.¹³ Um sich das sozialpolitische Unruhepotential auszumalen, muss man sich nur an die Debatte über die Zukunft der Kaiser's-Tengelmann-Supermärkte erinnern, als 8.000 Arbeitsplätze bedroht waren.

Damit nicht genug, wären durch eine Bürgerversicherung neben den Arbeitsplätzen in der PKV auch alle Arbeitsplätze gefährdet, die indirekt oder induziert an der Wertschöpfungskette der PKV hängen. Das WifOR-Institut, das für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) jährlich die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (GGR) erstellt, hat nach derselben Methode auch den ökonomischen Fußabdruck der PKV errechnet und sich dabei unter anderem die Frage gestellt, welche wirtschaftlichen Folgen es hätte, wenn der heutige PKV-Mehrumsatz entfiel. Ergebnis: Die Bruttowertschöpfung in Deutschland würde sich um 13,4 Mrd. Euro reduzieren, wodurch über 300.000 Arbeitsplätze insbesondere in der ambulanten und stationären Versorgung bedroht wären.¹⁴

Belastung der Arbeitgeber

Die Bürgerversicherung bedroht den Wirtschaftsstandort Deutschland nach Berechnungen des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW) mit einer Erhöhung der Lohnzusatzkosten um 12,5 Mrd. Euro jährlich. 6 Mrd. Euro entfallen dabei auf die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung, 6,5 Mrd. Euro auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Rentenversicherungsniveau. Letztere würde dabei wie eine Strafsteuer auf qualifizierte Arbeitsplätze wirken und die deutsche Wirtschaft im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe benachteiligen, würden allein in diesem Bereich doch

die Lohnzusatzkosten um bis zu 57 Prozent steigen.¹⁵

Belastung der Arbeitnehmer

Die Strafsteuerwirkung der Bürgerversicherung auf qualifizierte Arbeitsplätze infolge der Erhöhung der BBG gilt auch arbeitnehmerseitig. Ab einem Einkommen von 4.350 Euro/Monat würden die Kranken- und die Pflegeversicherung teurer. In der Spitze – bei bzw. ab einem Einkommen von 6.350 Euro im Monat (West) – fielen monatlich 314 Euro mehr für die Kranken- und mindestens 50 Euro mehr für die Pflegeversicherung an, die dann mit dem Arbeitgeber paritätisch zu teilen wären. Die Bürgerversicherung würde viele Arbeitnehmer, beispielsweise in der Auto- oder in der chemischen Industrie mit über 2.000 Euro im Jahr mehr belasten.

Verlust der Innovations- und Korrektivfunktion des Systemwettbewerbs

Neben den Kostenindikatoren mit den harten Zahlen umfasst die Verlustrechnung eines Bürgerversicherungsszenarios aber auch die wettbewerblichen Impulse, die von den heute drei Wettbewerbsebenen – in der GKV, in der PKV sowie zwischen GKV und PKV – ausgehen. Diese drei Wettbewerbsebenen in einem gemeinsamen Versorgungssystem sind ein wesentlicher Schlüssel zur Erklärung des internationalen Spitzenplatzes des deutschen Gesundheitssystems. Sie korrigieren nämlich die sozialpolitisch begründeten Wettbewerbsrestriktionen in Gesundheitssystemen, die ja die medizinische Versorgung als Teil des Existenzminimums garantieren sollen, dabei aber eben auch zu massiver Steuerung durch den Staat oder von ihm autorisierte Sozialkörper-schaften neigen. Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt kann vor diesem Hintergrund nur nominell ein Markt sein. Schon die Preisbildung in Abhän-

¹³ „Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung – Gestaltungsoptionen aus Sicht von Beschäftigten der Krankenversicherungen“, Studie des IGES Instituts im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, 2016.

¹⁴ „Der ökonomische Fußabdruck der Privaten Krankenversicherung in Deutschland – Quantifizierung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der PKV im Kontext der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) des

Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi)“, Studie des WifOR-Instituts, 2016/2017.

¹⁵ Wenn es nach den Vorstellungen von SPD und Grünen geht. Das Konzept der Linken sieht sogar eine Aufhebung der BBG vor. Die Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (vbw) hat unter www.buergerversicherungsRechner.de ein Online-Tool entwickelt, mit dem die Lohnzusatzkosten der Bürgerversicherung exemplarisch für Gehaltsgruppen oder ganze Belegschaften ermittelt werden können.

gigkeit von Angebot und Nachfrage ist mit der sozialpolitischen und existenzsichernden Aufgabe der Krankenversicherung nicht vereinbar.

Es ist auch nicht erkennbar, warum die GKV das Referenzsystem für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt sein sollte. Das Preis-Leistungsverhältnis der Kassen ist bei minimalen Differenzierungen im Wesentlichen gleich. In den vergangenen zehn Jahren ist die Abhängigkeit der GKV von der Steuerfinanzierung erheblich gewachsen. Wettbewerbs- und Kartellrecht gelten nur eingeschränkt – es gibt landesbezogene Kassen mit einem Leistungsmarktanteil von fast 60 Prozent.¹⁶ Der Risikostrukturausgleich – ein Wesensmerkmal der GKV – findet in seiner derzeitigen Ausprägung immer weniger Akzeptanz: nicht erst seit der Debatte über manipulierte Zuweisungen durch „Up-Coding“ werden die Zahlungsströme im Rahmen des RSA von vielen Kassen als ungerecht empfunden.

Die Einbeziehung der PKV in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) würde weder einen Beitrag zur Lösung dieser Probleme leisten noch der GKV einen einzigen Wettbewerbsimpuls geben, da eine „siebte Kassenart“ von niemanden gebraucht wird und nichts an den Spielregeln der GKV ändern kann. Der einheitliche Markt von GKV und PKV nach dem Vorbild des SGB V würde nur die privatwirtschaftliche Säule schleifen und die „GKV für alle“ kreieren. Die Funktionen des heutigen Systemwettbewerbs würden dann unwiederbringlich verloren gehen – und mit ihnen der spezifische Beitrag der PKV für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung, für Innovationsmotorik,¹⁷ Generationengerechtigkeit, Qualitätswettbewerb, Pluralität und Freiheit. „Mehr Staat“ wäre die zwingende Konsequenz eines einheitlichen Rechtsrahmens in der Krankenversicherung.

4. Das politische Dilemma der „Bürgerversicherung“

Mit der „Bürgerversicherung“ ist unter pragmatischen Gesichtspunkten eigentlich nicht zu rechnen. Die Transaktionskosten stehen in keinem Verhältnis zu

den mit einer Bürgerversicherung auch nur theoretisch erreichbaren Zielen. Gleichzeitig wirkt sie nur 15 Jahre nach ihrer Entstehung wie aus der Zeit gefallen, weil sie gegenüber den Herausforderungen unseres Gesundheitswesens sprachlos ist, insbesondere den Megatrends der Alterung, Digitalisierung und Individualisierung. Während Gesetzliche und Private Krankenversicherung neue digitale Möglichkeiten des Versorgungsmanagements und der Qualitätssicherung entdecken und erproben und darüber ihre eigene Rolle neu definieren, wirkt die Bürgerversicherung geradezu rückwärtsgerichtet.

Dennoch ist sie nach wie vor ein Teil unserer politischen Folklore. Dieses Beharrungsvermögen ist ihrer identitätsstiftenden Funktion für relevante Teile der Mitgliederbasis der sie fordernden Parteien geschuldet. Deshalb findet sie sich auch in Wahlprogrammen – als Mobilisierungsvehikel nach innen. Mit Blick auf die wahlentscheidende große nicht-organisierte Wählerschaft hat die SPD allerdings schon 2013 der Bürgerversicherung keinen prominenten Platz im Schaufenster ihrer Wahlversprechen eingeräumt. Ähnlich steht 2017 die Bürgerversicherung wieder im Programm, die Parität aber auf der Agenda des SPD-Wahlkampfes. Das hat auch mit einem strategischen Dilemma zu tun: die einzige politische Konstellation für die Umsetzung der Bürgerversicherung bzw. ihrer Elemente wäre eine Koalition aus SPD, Grünen und Linken. Für diese Option wird die SPD aber aus wahlstrategischen und übergeordneten bundespolitischen Gründen zumindest nicht explizit werben. Für die gesellschaftspolitische Akzeptanz einer derartigen Systemtransformation wie der Bürgerversicherung, die Konflikte mit Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten, Arbeitnehmern und Arbeitgebern, Beamtenbund u.v.m. mit sich bringt, dürfte die SPD eigentlich nicht auf ein Links-Bündnis setzen, sondern müsste sie eine Große Koalition anstreben, in der es allerdings gerade bei der Bürgerversicherung wiederum keine Gemeinsamkeiten gäbe – der Begriff war nämlich allenfalls so lange gut, wie er nicht mit einem politischen Lager exklusiv verbunden war, also nur die kürzeste Zeit seiner Existenz. Heute ist er als

¹⁶ „Marktkonzentration in der GKV und PKV“, Köster, 2016, in: RPG, Band 22, Heft 4, 2016.

¹⁷ „Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV – Die Rolle

der Privaten Krankenversicherung (PKV)“, Loskamp u.a., 2017, in: Gesellschaftspolitische Kommentare – gpk, März 2017.

Ideologie abgestempelt und damit für ein Projekt, das den Konsens der politischen Mitte benötigt, völlig unbrauchbar.

Die in diesem Wahljahr zu beobachtende Neuorientierung der Bürgerversicherung im Sinne des eingangs analysierten flexiblen Stufenkonzeptes, das alles noch komplizierter, experimenteller und schwerer vermittelbar macht, als es ohnehin schon ist, wird nicht der semantische Rettungsanker für die Bürgerversicherung werden. Diese Chance hat die Bürgerversicherung schon vor Jahren verpasst, als sie einen wohl dauerhaften Reformimpuls unter maßgeblicher Beteiligung der sozialdemokratischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im deutschen Gesundheitswesen für sich in Anspruch hätte nehmen können: die Einführung der allgemeinen Pflicht zur Versicherung 2007. Die Bürgerversicherungsidee hätte für sich im Sinne der historischen Dialektik re-

klamieren können, durch die maximalistische Androhung eines Systembruchs Reformen erzwungen zu haben, mit denen ein Kernanliegen aus den 2002er Reformkommissionen umgesetzt worden sei: der Rechtsanspruch auf bezahlbaren Krankenversicherungsschutz für alle und Zugang zum medizinischen Fortschritt, unabhängig von der individuellen sozio-ökonomischen Position. Mit diesem semantischen Coup hätte sie sich zwar als Projekt obsolet gemacht, aber sie hätte ein normatives Erbe auch in ihrem Namen hinterlassen. Heute, 10 Jahre später, tritt die Bürgerversicherung das Erbe der Kopfpauschale an.

© gpk