

Die Bürgerversicherung

Internationale Erfahrungen und deutsche Perspektiven

Prof. Dr. Michael Opielka*

Die Idee der Bürgerversicherung ist nicht neu. Unter dem Begriff der „Volksversicherung“ kennt sie die vergleichende Sozialpolitikforschung aus Ländern wie Schweden, den Niederlanden oder der Schweiz seit langem. Der maßgebliche Leitgedanke einer Bürgerversicherung ist die Anknüpfung von Beitragspflichten und Leistungsrechten am Bürgerstatus¹, im Unterschied zum deutschen („Bismarckschen“) Modell der Sozialversicherung, die bekanntlich an den Arbeitnehmerstatus gebunden ist. Der Unterschied ist folgenreich. In einer dem deutschen Modell der Sozialversicherung folgenden Sozialpolitik bleiben vertikale – einkommensklassenbezogene – und horizontale – lebenslaufbezogene – Umverteilung innerhalb der Arbeitnehmerschaft und darin noch innerhalb eines Korridors von Beitragsbemessungsgrenzen beschränkt. Weitergehende Umverteilungsaufgaben werden auf das Einkommenssteuersystem verschoben, das seinem Grundverständnis nach die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen berücksichtigen soll. Demgegenüber neigen Systeme der Bürger- oder Volksversicherung zu einer stärkeren internen Umverteilung.

Eine neue Diskussion

Diese eher wissenschaftlichen Unterscheidungen erklimmen in jüngster Zeit die Bühne der deutschen Sozialpolitik. Zunächst war es die Partei „Bündnis90/Die Grünen“, die in ihrem im Jahr 2002 neu formulierten Grundsatzprogramm die Idee einer „Bürgerversicherung“ propagierte und zwar für alle Bereiche der Sozialversicherung. Kurz darauf übernahm die von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte sogenannte „Rürup-Kommission“ vor allem auf Betreiben ihres Mitglied Karl Lauterbach den Auftrag, die Realisierungsmöglichkeiten einer Bürgerversicherung für den Bereich der Krankenversicherung zu prüfen. Die Kommission konnte sich zu einem eindeutigen Votum nicht durchringen und überließ der Politik die Entscheidung zwischen

¹ Eichenhofer macht zurecht darauf aufmerksam, dass der Begriff „Einwohnerversicherung“ präziser den Umstand erfasst, dass die Proponenten einer Bürgerversicherung diese nicht nur auf die Bürger als Staatsangehörige beschränken wollen, vgl. Eberhard Eichenhofer, Reform des Sozialstaats – von der Arbeitnehmersicherung zur Einwohnerversicherung?, erscheint in: Recht der Arbeit (2003)

einer Bürgerversicherung und einer pauschalen Gesundheitsprämie, die sowohl an private wie an öffentlich-rechtliche, gesetzliche Krankenversicherungen zur Abdeckung des Krankheitsrisikos gezahlt werden solle. Unmittelbar nach dem Abschlussbericht der „Rürup-Kommission“ legte die von der oppositionellen CDU beauftragte sogenannte „Herzog-Kommission“ gleichfalls einen Bericht über die Zukunft des deutschen Sozialstaats vor, in dem die Bürgerversicherung abgelehnt und das Modell der Kopfpauschalen („Prämienmodell“; Rürup: 210 Euro, Herzog: 264 Euro, jeweils pro Monat für alle Personen ab 18 Jahren) favorisiert wird. Wie im Modell der „Rürup-Kommission“ wird für die als unverzichtbar gehaltene Umverteilung zur Finanzierbarkeit der Kopfpauschale das Steuersystem durch bedürftigkeitsgeprüfte Zuschüsse in die Pflicht genommen.

Im Folgenden soll diese für Deutschland neue Diskussion etwas genauer und kritisch beleuchtet werden. Hierzu werden die beiden kontroversen Modelle Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie sowie als drittes Modell eine „Soziale Gesundheitsprämie“ vorgestellt und erörtert. Abschließend wird ein Resümee gezogen und darauf hingewiesen, dass die Finanzierungsstrukturen nicht der einzige reformbedürftige Bereich des deutschen Gesundheitswesens sind.

1. Drei Modelle einer künftigen Gesundheitsversicherung

Bevor über konkrete Modelle diskutiert wird, sollten die Ziele einer Reform geklärt werden. Im Kern scheint es über zwei Ziele einen Konsens zu geben: eine Reform soll allen Bürgern eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sichern und sie soll keinen Beitrag zum Downsizing der Wirtschaft geben, sondern im Gegenteil Wachstums- oder besser: Kreativitätsanreize sichern. Doch der Konsens erscheint nicht ohne Brüche. So schrieb die „Herzog-Kommission“ in einem Zwischenbericht (Beschluss vom 18.6.2003) noch: „Die Kommission lehnt jede Form von Zwei-Klassen-Medizin nachdrücklich ab.“ Im Endbericht findet sich diese markante Formulierung nicht mehr. Man mag das als redaktionelle Randnotiz abtun und sich auf den wohl vorhandenen Kerngedanken konzentrieren: es scheint in Deutschland - im übrigen unterstützt durch langjährige Bevölkerungsbefragungen - Einvernehmen darüber zu bestehen, dass Gesundheit nicht nur als ein privates, sondern in gehörigem Umfang als „öffentliches Gut“ gelten kann und deshalb staatlich-politische Intervention legitimiert.

Auch das zweite Ziel der Wachstumsimpulsierung - oder wie es im Auftrag der „Rürup-Kommission“ heißt, die „nachhaltige Finanzierung“ - ist unterhalb der Konsenssemantik durchaus brüchig. Denn was zu Wachstum und kreativem Wettbewerb Not tut, wird im Lichte genauerer Analysen strittig. Man kann dies besonders deutlich an der Forderung zahlreicher Protago-

nisten in der Reformdebatte beobachten, eine Neuordnung der Gesundheitsfinanzierung müsse zu einer Senkung der Lohnnebenkosten und dadurch zur deutlichen Ausweitung des Niedriglohnsektors führen. Abgesehen davon, dass die Gewerkschaften einer solchen Forderung auf Grund einer - vielleicht irrigen - Vermutung ablehnend gegenüberstehen, dies würde ihre Organisationsmacht und generell die begrenzt egalitarische Mittelschichtorientierung der deutschen Facharbeitergesellschaft gefährden, ist die empirische und theoretische Lage eher konfus. Zwar trifft es empirisch zu, dass der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich vor allem die verheirateten und dabei vor allem die Doppelverdiener im mittleren Einkommensbereich außerordentlich stark mit Sozialabgaben belastet - andererseits ist die Belastung dieser Einkommensgruppen mit direkten Steuern im internationalen Vergleich eher unterdurchschnittlich.² Die theoretische Deutung dieser Situation erfolgt im Mainstream der Ökonomen zwar eindeutig: Lohnnebenkosten seien ein Beschäftigungshemmnis, deshalb müssten sie dramatisch reduziert werden. Doch wenn diese Diagnose stimmig wäre, dann müssten die Länder mit geringen Lohnnebenkosten auch über eine optimale Allokation auf dem Arbeitsmarkt verfügen, also praktisch keine oder nur geringe Arbeitslosigkeit aufweisen. Das ist jedoch nicht der Fall. Einen proportionalen Zusammenhang zwischen Lohnnebenkosten und Arbeitslosigkeit hat die vergleichende Sozialpolitikforschung nicht ausgemacht, die Lage ist viel komplexer. Lohnnebenkosten sind zwar eine wesentliche Variable, nicht weniger wichtig ist jedoch Umfang der öffentlichen, vor allem sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen und damit die Beschäftigungsquote, vor allem von Frauen.³ Zumindest sind voreilige Beschäftigungshoffnungen aus einer Senkung der Lohnnebenkosten verfrüht, wie auch die „Rürup-Kommission“ in dem Abschnitt ihres Berichtes zugeben muss, der eigentlich dafür argumentiert. Sie sieht nämlich „zunächst keinen Beschäftigungseffekt“⁴. Der Grund dafür ist einleuchtend: Lohnnebenkosten sind schlicht Bestandteil der Bruttoarbeitsentgelte. Wenn diese aus dem „öffentlichen“ Bereich von Zwangsabgaben in den „privaten“ Bereich der Einkommen privater Haushalte verlagert werden, müssen sie von diesen noch immer aufgebracht werden. Damit stellen sich zwei Fragen: die Verteilungsfrage und die Effizienzfrage. Welcher Finanzierungsmodus belastet welche Einkommensgruppen? Und: welcher Finanzierungsmodus ist letztlich, also haushalts- wie volkswirtschaftlich der effizienteste?

Vor diesem Hintergrund - einem existierenden und gleichwohl brüchigen Zielkonsens - sollen nun die in der Diskussion befindlichen Reformmodelle untersucht werden. Zur Untersuchung

² vgl. *Bundesministerium der Finanzen*, Monatsbericht 9/2002, S. 77-82

³ vgl. am besten bei Fritz *Scharpf*, Auswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen von Sozialstaaten auf die Beschäftigung. Deutschland im internationalen Vergleich. Enquete-Kommission „Globalisierung der Weltwirtschaft“, AU Stud. 14/22, Köln o.J. (2001)

⁴ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 164

kommen drei Modelle: das Modell der Bürgerversicherung, das Modell der Gesundheitsprämie und das - bislang noch kaum beachtete - Modell einer „Sozialen Gesundheitsprämie“.

a) Bürgerversicherung

Als drei Kernelemente einer Bürgerversicherung hat die „Rürup-Kommission“ identifiziert: Erstens die Erweiterung des Versichertenkreises durch eine Einbeziehung aller Gruppen der Bevölkerung, also auch von Selbstständigen und Beamten, dabei soll die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben werden. Zweitens die Erweiterung der Beitragsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, insbesondere Einkünften aus Vermietung, Zinseinkünfte und Kapitaleinkünfte, zugleich soll die Beitragsbemessungsgrenze an diejenige der gesetzlichen Rentenversicherung (2003: 5.100 Euro p.M.) angeglichen werden. Drittens sollen private Krankenversicherungen auf Zusatzversicherungen beschränkt werden, wobei „geprüft“ werden soll, inwieweit jene auch Vollversicherungen im Rahmen der Bürgerversicherung anbieten können. Praktikable Vorschläge dazu werden allerdings nicht gemacht.⁵

Langfristig rechnet die Kommission - bzw. diejenigen Vertreter, die dieses Modell vertreten - bei einer Bürgerversicherung mit der Absenkung des Beitragssatzes von derzeit durchschnittlich 14,4% auf 12,4%, da die Beitragsgrundlage verbreitert würde. Die Annahme ist volkswirtschaftlich berechtigt. Sie findet ihre Bestätigung im Gutachten 2003 des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Er sieht eine strukturelle „Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) blieben zwischen 1980 und 2000 die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied um 31 % hinter dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigen zurück, ähnliches gilt seitdem für die neuen Länder und generell auch für die Rentenversicherung. Strukturell heißt dies, dass die Sozialversicherungsabgaben auf einen immer kleineren Teil des verfügbaren Einkommens der privaten (Arbeitnehmer-)Haushalte erhoben werden. Praktisch heißt das allein für die GKV, dass sie bei einer vergleichbaren Beitragsbasis wie im Jahr 1980 im Jahr 2000 fiktive Mehreinnahmen von fast 43 Mrd. DM bzw. heute gut 22 Mrd. Euro erzielt hätte, und dies ohne wesentliche Mehrausgaben. Damit läge der heutige durchschnittliche Beitragssatz zur GKV bei knapp 11,6 % - und nicht bei etwa 14,4 %.⁶ Doch ist die Berechnung eben „fiktiv“. Denn das Wachstum des BIP und damit das erarbeitete Volkseinkommen gelangte keineswegs gleichmäßig an Arbeitnehmer- und sonstige Haushalte. Insoweit argumentieren die Vertreter der Bürgerversicherung vor allem verteilungspolitisch: sie wollen eine Belastung der Versicherten nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht nach ihrem „zufälligen“ Erwerbsstatus.

⁵ Vgl. *Bundesministerium* (Fn. 4), S. 149, 160

⁶ *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Kurzfassung, S. 17f.

Ein Blick in eine real existierende Bürgerversicherungswelt ist hilfreich. In Österreich wurde bereits seit 1920 mit der Krankenpflichtversicherung für Staatsbeamte die Richtung einer „Volksversicherung“ eingeschlagen, die ihren Abschluss im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) von 1956 fand.⁷ Heute sind in Österreich 99% der Bevölkerung über die staatliche Krankenversicherung geschützt. Die Beitragssätze liegen zwischen 6,9% (Angestellte), 7,1 bzw. 7,5% (Beamte) und 7,6% (Arbeiter) (Stand 2003), der Beitrag wird von Arbeitgebern und Arbeitnehmer gemeinsam getragen (Arbeiter: 3,65/3,95%; Beamte: 3,55/3,95%; Angestellte: 3,5/3,4%). Pensionäre zahlen sogar einen Beitrag von 22,8%. Nur Beamte müssen zusätzlich einen Eigenanteil („Behandlungsbeitrag“) von pauschal 20% tragen, für die anderen Berufsgruppen ist der Selbstbehalt deutlich geringer und überwiegend auf Heilmittel und Krankenhausaufenthalte beschränkt, wenngleich teilweise höher als in Deutschland.⁸ Zur Deckung des Eigenanteils sowie ggf. für Wahlleistungen sind 15% der Österreicher Mitglied einer privaten Krankenversicherung, darunter fast alle Beamten.

Da keine Indikatoren anzeigen, dass das österreichische Gesundheitswesen schlechtere Leistungen bietet als das deutsche, verwundert der deutlich geringere Krankenversicherungsbeitrag. Zum einen scheint das System der Volks- bzw. Bürgerversicherung tatsächlich eine weit aus breitere Beitragsbasis - vor allem durch die verglichen mit Deutschland hohen Beiträge der Rentner und sehr hohen Beiträge der Pensionäre - und insoweit eine solidarischere Verteilung der Kosten zu sichern. Auch in Österreich wird über einen Anstieg der Ausgaben der Krankenversicherung geklagt. Dieser wirkte sich in den vergangenen Jahrzehnten jedoch nur geringfügig auf die Beiträge aus, sondern wurde - ergänzend zur breiten Beitragsbasis - durch mehrere Maßnahmen ausgeglichen: zum einen durch eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlagen (1997: 2.825, 2003: 3.360 Euro monatlich), zum zweiten durch die im „Budgetbegleitgesetz 2001“ beschlossene Erhebung eines „Zusatzbeitrages“ in Höhe von 3,4% für die Mitversicherung von Angehörigen (Ehegatten, Lebensgefährten), sofern diese Kinder unter 18 Jahren versorgen (die Haushaltsgemeinschaft genügt als Nachweis). Drittens wurden zur Stabilisierung der Beiträge zunehmend Steuermittel vor allem für die stationäre Versorgung aufgewandt. Würden dies vollständig einbezogen, so erhöhen sich freilich, wie eine jüngere Studie berichtet, die im OECD-Maßstab relativ niedrigen Gesundheitsausgaben Österreichs (2001: 7,7% des BIP lt. Statistik Austria; zum Vergleich: Deutschland 10,7%, USA 13,9%) auf 10,9%⁹. Unklar ist, ob eine vergleichbare Berechnung auch in Deutschland zu einer erhöhten Gesundheitsquote füh-

⁷ vgl. die vorzügliche Arbeit von Claus *Wendt*, *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2003, S. 112f.

⁸ Stand 1.1.2003, nach Angaben des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

ren würde, so dass man davon ausgehen kann, dass das österreichische System effizienter arbeitet. Der Effizienzvorteil verdankt sich zum einen geringeren Verwaltungskosten der - vergleichsweise wenigen - Kassen, sie liegen in Österreich mit knapp über 3% nur etwas mehr als halb so hoch wie in Deutschland.¹⁰ Zum anderen dürften die gegenüber Deutschland bessere Koordination ambulanter und stationärer Dienste und die zahlreiche Ambulatorien, vor allem Zahnkliniken, zur Kostensenkung beitragen.¹¹ Vermutlich spielt aber auch ein weiterer Faktor eine Rolle, der durch die neuere Public Health Forschung belegt werden kann: ein Volks- bzw. Bürgerversicherungssystem scheint eine zielgenauere Präventionspolitik zu erlauben als ein marktwirtschaftlich zergliedertes Gesundheitswesen.¹²

Der Blick nach Österreich bestätigt somit die Annahmen der Befürworter einer Bürgerversicherung. Die hohe Akzeptanz durch alle politischen Gruppen hindurch spricht für einen Gewöhnungseffekt an solidarische Umverteilung - zumindest solange sie auf ein überschaubares Maß beschränkt bleibt.

b) Gesundheitsprämie

Obleich sie diese Vorteile einer Bürgerversicherung in der Regel erst gar nicht diskutieren, machen die Befürworter einer Reform in Richtung einer „Gesundheitsprämie“ andere - man könnte sagen - „mittlere“ Ziele aus, die vor allem von ihrem Modell erreicht werden können und gewichten sie damit faktisch höher. Das Modell der „Gesundheitsprämie“ ist nicht neu, es gelangte aber erst durch die beiden Kommissionsberichte - „Rürup“ und „Herzog“ - auf die reformpolitische Agenda. In der „Rürup-Kommission“ war es der Kommissionsvorsitzende Bert Rürup, der damit zum Gegenspieler seines Kollegen Karl Lauterbach avancierte. Die „Herzog-Kommission“ scheint - bis auf ihr Mitglied Horst Seehofer - weitgehend konsensual das Prämiemodell zu vertreten.

Die Vorschläge beider Kommissionen ähneln sich weitgehend. Die Grundidee besteht in der Einführung einer pauschalen Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten zunächst gleich hoch ist. Anders als einige in der vorgängigen akademischen Diskussion erörterten Prämiemodelle¹³ - und auch anders als in der Schweiz, wo auch für Kinder (reduzierte) Prämien gezahlt werden müssen - beschränken beide Kommissionen die Prämienpflicht auf Erwachsene (ab 18 Jahren).

⁹ vgl. Eva Pichler/Evelyn Walter, Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, IWI-Studien Bd. 99, Wien 2002; die Berechnungsgrundlage ist hier 1999. Die Daten für Deutschland und die USA lt. OECD.

¹⁰ lt. Norbert Mappes-Niediek, Ein Volk von Versicherten, in: Süddeutsche Zeitung v. 4.8.2003

¹¹ vgl. Wendt (Fn. 7), S. 117

¹² In diesem Sinne auch Ilona Kickbusch, Das Soziale ist die beste Medizin. Vortrag Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2000

Die Prämienhöhe bemisst sich aus einer Verteilung des geschätzten Einnahmebedarfs von 140 Mrd. Euro (2003) im *Rürup*-Konzept auf 210 Euro (im *Herzog*-Bericht, allerdings für das Einführungsjahr 2013, auf prognostizierte 264 Euro). Dafür soll der bisherige Arbeitgeberanteil an die Versicherten ausgezahlt und steuerlich veranlagt werden. Ein - vorgeblich - „höheres Maß an Beitragsgerechtigkeit“¹⁴ werde dadurch erreicht, dass die erforderliche Prämienbezuschung für Haushalte mit niedrigen Einkommen durch das Steuersystem erfolgen soll. Im *Rürup*-Modell wird der Zuschuss so kalkuliert, dass der zumutbare Eigenanteil etwa 14% des Bruttoeinkommens nicht übersteigt, im *Herzog*-Modell wird keine Grenze benannt. Der Zuschussbedarf ist erheblich, die „*Rürup*-Kommission“ errechnet bei einem Eigenanteil von 13,3% ein Volumen von 28,4 Mrd., bei einem Eigenanteil zwischen 13,3 und 16% (und 210 Euro Freibetrag) 22,6 Mrd. Euro. Nach Abzug des zusätzlichen Steueraufkommens durch den ausgezahlten Arbeitgeberanteil beträgt der zusätzliche steuerliche Finanzierungsbedarf 10,2 Mrd. bzw. 4,4 Mrd. Euro. Die „*Herzog*-Kommission“ errechnet (vermutlich für 2013) einen Zuschussbedarf von 27,3 Mrd. Euro.¹⁵

In beiden Modellen sollen die Gesundheitsprämien vollständig risikoäquivalent kalkuliert werden können. Damit ergeben sich natürlich erhebliche Belastungen für Personen mit überdurchschnittlichem Krankheitsverlauf und vor allem für Ältere. Die „*Herzog*-Kommission“ möchte deshalb in einer 10-jährigen Vorlaufphase Altersrückstellungen bereits in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten über 45-jähriger bilden, was die Beiträge bereits jetzt deutlich erhöhen würde. Die „*Rürup*-Kommission“ scheint für dieses Problem auf die Belastungsbegrenzung durch die steuerlichen Zuschüsse zu bauen. Wir kommen damit zu den angenommenen Vorteilen des Modells der Gesundheitsprämien.

Als wesentlichen Vorteil betrachten die Befürworter die Demographiefestigkeit aufgrund der Altersrückstellungen einer privatisierten Versicherungslösung. Hier zeigt sich der Einfluss des Mitglieds der „*Rürup*-Kommission“, Bernd *Raffelhüschen*, der mit dem Modell der „Generationenbilanzen“ heftig für eine Privatisierung aller Sozialversicherungen argumentiert. Nur so ließe sich die „Nachhaltigkeitslücke“ zuungunsten der Jüngeren und schließlich die „Kündigung der Generationenverträge“ vermeiden.¹⁶ Freilich schränkt die „*Rürup*-Kommission“ ein: „Es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen über die Inflation

¹³ vgl. zum Überblick Jürgen *Wasem*/Stefan *Groß*/Heinz *Rothgang*, Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft? ZeS-Arbeitspapiere Nr. 7/2003, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

¹⁴ *Bundesministerium* (Fn. 4), S. 162

¹⁵ vgl. *CDU-Bundesvorstand*, Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, S. 23

¹⁶ z.B. Stefan *Fetzer*/Stefan *Moog*/Bernd *Raffelhüschen*, Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Diskussionsbeiträge 106/03, Freiburg: U-

hinausgehende Beitragssteigerungen während der gesamten Versicherungsdauer vollständig vermieden werden können.“¹⁷ So wesentlich ist der Vorteil also nicht.

Als zweiter Vorteil wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen genannt. Dieser ist dann tatsächlich gegeben. Aber welcher Effizienzvorteil folgt daraus? Hier lohnt nun ein Blick in das einzige Gesundheitsprämienland der Welt, die Schweiz. In der Krankenversicherung hat die Schweiz auf eine „Kopfprämie“ umgestellt, die von allen Bürgern gezahlt werden muss („Wer sich der Versicherungspflicht entzieht, macht sich strafbar!“ heißt es auf einem Merkblatt). Die Beiträge liegen (2003) durchschnittlich bei 269 sFr., je nach Kanton zwischen 159 und 389 sFr. im Monat, auch nichterwerbstätige Ehegatten müssen zahlen, Kinder dabei einen ermäßigten Beitrag und wer den Beitrag nicht aufbringen kann – mittlerweile gut 30 % der Schweizer – erhält einen Zuschuss aus Steuermitteln („Prämienverbilligung“). Damit ist die Wahlfreiheit zwischen öffentlichen und privaten Krankenkassen verbunden, es besteht Kontrahierungszwang. In Sachen Kostendämpfung war das Schweizer Krankenversicherungsmodell allerdings wenig erfolgreich, die Kopfprämie betrug bei ihrer Einführung 1996 durchschnittlich 166 sFr.¹⁸ Die Verwaltungskosten des Prämienverbilligungssystems sind hoch. Anita Pfaff u.a. rechnen aus den Schweizer Erfahrungen hochgerechnet für Deutschland mit einem Betrag von rund 434 Mio. Euro. Zudem ist die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in der Schweiz umstritten, angestrebt wird eine Höchstbelastung von 12% des versteuerbaren Einkommens. Da anders als in den Vorschlägen der Kommissionen um *Rürup* und *Herzog* in der Schweiz die Kopfprämie risikounabhängig einheitlich von den Kantonen festgelegt wird - und sich wesentlich über den jeweiligen Anteil der Übernahme der Kosten der Krankenhausfinanzierung aus Steuermitteln bemisst - ergibt sich nur eine begrenzte Wettbewerbsmöglichkeit der Krankenkassen. Hingegen dürfte das Auslaufen des Risikostrukturausgleichs mit dem Jahr 2006 zu noch höheren Selektionsanreizen führen als bisher, da auch der Ausgleich (wie in Deutschland) die tatsächliche Morbidität nicht berücksichtigt. Kurz gesagt: die Wettbewerbsvorteile verdünnen sich in der Schweiz auf eine para-staatliche Krankenkassenkonkurrenz. Die Vorschläge der beiden deutschen Kommissionen würden durch ihre explizite Betonung der vollen Risikoäquivalenz zwar wettbewerblicher ausgehen - allerdings um den Preis, dass Risikogruppen sehr hohe Beiträge zahlen müssen. Ein wesentliches Element eines solidarischen Gesundheitssystems würde ausgelöscht.

niversität Freiburg, S. 23f. *Raffelhüschen* plädiert sogar für eine Abschaffung der Pflegeversicherung.

¹⁷ *Bundesministerium* (Fn. 4), S. 168

¹⁸ vgl. Anita B. Pfaff u.a., *Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland*, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 246, Universität Augsburg 2003, S. 43ff.

Bleibt schließlich noch der behauptete Vorteil einer Entkopplung von Gesundheitsfinanzierung und Arbeitskosten. Der Vorteil hat in der öffentlichen, derzeit vor allem von neoklassischen Ökonomen dominierten Debatte freilich mehr den Charakter eines suggestiven Mantra als empirische Evidenz. Denn eine Subventionierung von Niedrigeinkommen ließe sich weitaus zielgenauer herstellen. Die Gesundheitsfinanzierung ist nämlich nicht der einzige Block an Kosten, die bei Arbeitsaufnahme getragen werden müssen. Hinzu kommen weitere Sozialumlagen, vor allem die Rentenversicherung, die hier nicht diskutiert werden kann, und natürlich der Lebenshaltungsbedarf selbst. Wenn man Niedrigeinkommensbezieher nicht aus der gesellschaftlichen Solidarität eliminieren möchte, dann bietet sich zielgenauer und umfassender das Modell einer „Negativen Einkommenssteuer“ („Bürgergeld“) an, für das Joachim *Mitschke* jüngst einen hochdifferenzierten Vorschlag samt Einkommenssteuerformkonzept vorgelegt hat.¹⁹ Es gibt allerdings ein - bislang selten vorgetragenes - Argument für die Entkopplung vom Arbeitslohn: die Erfassung auch der Personen in der Schattenwirtschaft. Denn unabhängig von ihrem steuerlich veranlagten Einkommen müssten sie die volle Prämie aufbringen. Doch auch dieses Argument greift nur begrenzt. Nicht wenige dieser Aspiranten dürften nämlich wie bereits heute schlicht auch noch den Prämienzuschuss beantragen und erhalten - solange es ihnen gelingt, das Finanzamt bzw. die entsprechende Auszahlungsstelle zu betrügen.

Insgesamt wirkt das Konzept der Gesundheitsprämie somit wenig überzeugend. Volkswirtschaftliche Effizienzgewinne sind nicht zu erwarten. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird durch die Konkurrenz der Krankenkassen eher befördert, wie die Schweiz nahe legt. Schließlich lässt sich fragen, wer eigentlich die Nettozahler sind. Anita *Pfaff* u.a. haben die Verteilungswirkungen von Kopf- bzw. Gesundheitsprämien und einkommensbezogenen Beiträgen verglichen.²⁰ Sie kommen zum Ergebnis, dass - abhängig vom Familienstand - vor allem die unteren bis mittleren Einkommensgruppen belastet werden und natürlich die Rentnerhaushalte. Zwar hätten 13 Mio. der insgesamt 16,5 Mio. Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner Anspruch auf Prämien subvention, die höheren Einkommensgruppen würden jedoch zu Nettozahlern. Anstelle der Radikalreform via Gesundheitsprämie wäre eine Anhebung der Rentenversicherungsbeiträge auf einen den Ausgaben für ältere Versicherte näher kommenden vollen oder höheren Beitrag - wie in Österreich - naheliegender.

c) Soziale Gesundheitsprämie

Auch wenn das Modell der Gesundheitsprämie bis hier nicht besonders gut beurteilt wurde, kann man ihm doch - zumindest abstrakt - einiges abgewinnen. Nehmen wir also abschließend an, dass die genannten Vorteile - Demographiefestigkeit, Kassenwettbewerb, Entlastung der Lohnnebenkosten - mit einer solidarischen und verwaltungsarmen Finanzierung kombinierbar

¹⁹ Joachim *Mitschke*, Erneuerung des deutschen Einkommenssteuerrechts. Ms., Saarbrücken 2003

wären. Zwei Varianten einer „Sozialen Gesundheitsprämie“ könnten die Vorteile der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie vereinen.

In der ersten Variante wird die Gesundheitsprämie faktisch in das Steuersystem integriert, indem sie in eine Basisprämie und einen Zuschlag zur Einkommenssteuer gesplittet wird. Für die Berechnung der Basisprämie wird der Grundfreibetrag im Einkommenssteuerrecht herangezogen (2004: 7.664 Euro), der zugleich etwa dem Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsniveau entspricht, also von keinem Bürger unterschritten wird. Wenn man hier einen Krankenversicherungsanteil von 15% annimmt, kommt man zu einer Basisprämie von 93 Euro monatlich, die von jedem Bürger an eine Krankenversicherung seiner Wahl - öffentlich oder privat - gezahlt werden kann. Zur Vereinfachung unterstellen wir das Schweizer Modell fehlender Risikoäquivalenz und nehmen weiterhin den von Anita Pfaff u.a. errechneten Gesundheitsprämiensatz von 201 Euro (statt 210 Euro bei Rürup) an. Damit ergibt sich bei 61 Mio. Einwohnern (also unter Einschluss nicht-deutscher „Mit-Bürger“) und einer Differenz zur Basisprämie in Höhe von 108 Euro ein Finanzierungsbedarf in Höhe von 79 Mrd. Euro p.a., der analog dem geltenden „Solidaritätszuschlag“ durch einen „Gesundheitszuschlag“ zur Einkommensteuer aufgebracht werden müsste. Nach Angaben des Bundesfinanzministeriums betragen die gesamten Einnahmen der Einkommensteuer (einschließlich Zinsabschlag) im Jahr 2002 148 Mrd. Euro. Der „Gesundheitszuschlag“ beträgt damit etwa 53% - deutlich mehr als der bisherige und periodisch umstrittene „Solidaritätszuschlag“ (5,5%), der allerdings nach 2004 entfallen soll.

Offensichtlich ist eine derart dramatische Einkommenssteuererhöhung um mehr als 50% politisch nicht gerade leicht vermittelbar. Dennoch macht diese kleine Modellrechnung ein Grundproblem sowohl der Bürgerversicherung wie der Gesundheitsprämie deutlich: Eine vom Einkommenssteuerrecht zumindest behauptete Belastung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit würde eine völlig andere Verteilung der Gesundheitskosten bedeuten, wenn auch diese - solidarisch - nur nach Leistungsfähigkeit aufgebracht werden. Allerdings verweist diese dramatisch hohe „Sonderabgabe“²¹ für Gesundheit auf die vermutlich zu knappe Einkommenssteuer hin, die durch allfällige „Steuerreformen“ die höheren Einkommen kaum noch greift.²² Insoweit trägt auch, wenn die Befürworter der Gesundheitsprämie behaupten, eine aus Steuermitteln finan-

²⁰ vgl. Pfaff u.a. (Fn. 18), S. 23ff.

²¹ Vermutlich sind Roland Koch diese Kosten nicht deutlich, wenn er vage von einer „Sonderabgabe“ spricht, mit der der Sozialausgleich einer Gesundheitsprämie finanziert werden soll, vgl. Frankfurter Rundschau v. 20.10.2003

²² So zeigt ein Gutachten des RWI Essen, dass Belastung des oberen Zehntels der Einkommensgruppen durch die Einkommensteuer mit 14,6% nur wenig über der durchschnittlichen Belastung (11,8%) aller Einkommenssteuerpflichtigen liegt, vgl. Bundesministerium der Finanzen, Monatsbericht 10/2002, S. 39; angesichts einer „rot-grünen“ Reduzierung des Spitzensteuersatzes von 51% (2002) auf 42% (2004) verwundert dies nicht bzw. doch.

zierte Beitragsbezuschussung sei sozial „gerecht“. Belastet werden heute vor allem die mittleren Einkommen.

In seinen „Visionen eines modernen Gesundheitswesens“ schlägt J.-Mathias Graf v.d. *Schulenburg* eine alternative Finanzierung des Solidarausgleichs innerhalb eines Gesundheitsprämiensystems vor, die als zweite Variante von Interesse erscheint.²³ Hier werden die Zuschüsse für Haushalte unterhalb eines gesetzlich festgelegten Prokopffamilieneinkommens durch eine Umlage aller Krankenversicherer finanziert, die wiederum aus fixen Zahlungen pro Versicherten finanziert werden. Allerdings berechnet er den Finanzierungsbedarf nicht. Vor dem Hintergrund der Berechnungen von *Rürup* und *Pfaff u.a.* dürfte die für diesen Umverteilungsvorgang erforderliche Erhöhung der Gesundheitsprämie mit ca. 5-10% moderat ausfallen - ein Betrag, den die Schweizer Kopfprämie (und erst recht derzeit die privaten Krankenversicherungen) schon als jährliche Erhöhung „gewohnt“ ist. Da *Schulenburgs* Ziel eine umfassende Freisetzung von Wettbewerbspotentialen ist, erscheint eine solche systemimmanente Lösung durchaus naheliegend. Ob sie verteilungsgerecht wäre, ist allerdings eine andere Frage. Denn da dieses Modell von einem der Sozialhilfe entlehnten „fill-up“-Konzept ausgeht, wird die - zumindest bei *Rürup* berücksichtigte - nach oben gedeckelte effektive Gesamtbelastung vor allem unterer und mittlerer Einkommen nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass *Schulenburg* zur Förderung effizienten Nutzungsverhaltens eine Selbstbeteiligung von 15% an allen Gesundheitsausgaben vorschlägt, die erst bei 1/13 des Jahreseinkommens gedeckelt werden soll. Ungeachtet dieser einer allein makroökonomischen Vogelperspektive geschuldeten Unsensibilität für niedrigere Einkommensgruppen wäre denkbar, das System der systemimmanenten Umverteilung nicht als „fill-up“, sondern - wie bei *Rürup* - mit einer Begrenzung der Gesamtbelastung zu kombinieren. Damit würde der Begriff „Soziale Gesundheitsprämie“ tatsächlich gefüllt und das Steuersystem für andere Umverteilungsaufgaben frei - denn neben der Gesundheitsreform bestehen auch in anderen Bereichen des Sozialstaats erhebliche Reformbedarfe.²⁴

Ein vorläufiges Resümee

So elegant sich die Modelle einer Gesundheitsprämie auch ausnehmen, die mit ihnen verbundenen Hoffnungen gehen mit nicht unerheblichen Mehrbelastungen unterer und mittlerer Einkommen einher. Allerdings können sie durch geeignete Formen einer Prämienbezuschussung weitgehend gemindert werden. Zu bevorzugen wären dabei wohl die hier als „Soziale Gesundheitsprämie“ diskutierten Varianten, wobei die leistungsgerechte Finanzierung über einen an das Steuersystem angelehnten Modus die größeren Akzeptanzprobleme birgt, während die

²³ J.-Matthias *Graf von der Schulenburg*, Visionen eines modernen Gesundheitswesens, in: Forum für Gesundheitspolitik, April 2003, S. 125-132

systemimmanente Umverteilung politisch leichter vermittelbar erscheint. Eine Finanzierung der Prämienbezuschung aus dem allgemeinen Steueraufkommen, wie in den Kommissionen von *Rürup* und *Herzog* vorgeschlagen, erscheint nicht nur verteilungspolitisch fragwürdig, weil das Steuersystem keineswegs ausreichend nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit belastet, sondern auch deshalb, weil dann die aktuelle Haushaltspolitik unmittelbar auch in diesen Bereich eingreift.

Unter Abwägung zumindest der hier vorgetragenen Argumente spricht deshalb viel für das Modell einer Bürgerversicherung. Es würde allerdings tatsächlich einen „Ruck“ durch Deutschland erfordern - den ein Blick auf unseren Nachbarn Österreich allerdings erleichtern könnte. Freilich löst eine Reform der Finanzierung keineswegs alle - auch wirtschaftlichen - Probleme des Gesundheitswesens. Die Frage, ob und wie diese Probleme mit den Finanzierungsstrukturen zusammenhängen, konnte hier nur andeutungsweise beantwortet werden. Auch hier dürfte die Bürgerversicherung vorteilhaft sein. Eine umfassende Verwettbewerblichung des Gesundheitswesens im Sinne einer Vermarktlichung ließe befürchten, dass der Charakter von Gesundheit als „öffentlichem Gut“ aus dem Blick gerät. Zur „Bürgergesundheit“ - um das alte Wort „Volks- gesundheit“ zu erneuern - würde das nicht beitragen.

**Professor für Sozialpolitik an der Fachhochschule Jena; Geschäftsführer des Instituts für Sozialökologie (ISÖ) in Königswinter und Lehrbeauftragter am Seminar für Soziologie der Universität Bonn*

Anschrift des Verfassers:

Institut für Sozialökologie
Pützburger 21
53639 Königswinter

²⁴ vgl. Michael *Opielka*, Agenda 2006. Optionen der Sozialreformen, in: Sozialer Fortschritt, 9, 2003 S. 215-220, *ders.* (Hg.), Grundrente in Deutschland. Sozialpolitische Analysen, Opladen: Leske + Budrich 2003 (i.E.)