

Dr. med. Dr. PH Jens Holst

Selbständiger Berater für Gesundheitsfinanzierung, Gesundheitssystemgestaltung und soziale Sicherung, Dozent, freier Journalist

|  |
|--|
| <p>Deutscher Bundestag<br/>Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache<br/>17(14)0432(15)<br/>gel. ESV zur öAnhörung am 05.06.<br/>13_Pflege<br/>04.06.2013</p> |
|--|

Heimstrasse 3  
D-10965 BERLIN  
Tel.: +49-(0)30-69599350  
mail: [drjensholst@web.de](mailto:drjensholst@web.de)  
Website: <http://www.jens-holst.de>

## **Stellungnahme zur**

Öffentlichen Anhörung  
des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum  
Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer,  
Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

## **Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren**

(BT-Drucksache 17/7197)

Mittwoch, 5. Juni 2013, 14.00 Uhr - 16.00 Uhr

## **Einführung einer Bürgerversicherung – Überfällige Reform des deutschen Gesundheitswesens**

Das Bismarcksche Sozialversicherungssystem hat in Deutschland seit mittlerweile 130 Jahre Bestand. Es ist historisch gewachsen, hat radikale politische Umbrüche vergleichsweise unbeschadet überstanden und gewährleistet heute die soziale Absicherung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Kontinuität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich seit ihrer Einführung wesentliche gesellschaftliche Veränderungen ergeben haben, die auch die Grundlagen und insbesondere die Mittelgenerierung der GKV elementar betreffen.

Als Modell aus der Phase der Industrialisierung basiert die Finanzierung des Bismarck-Systems ausschließlich auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Das war Ende des 19. Jahrhunderts durchaus sinnvoll, schließlich verfolgte die GKV zunächst das Ziel, die krankheitsbedingte Verarmung durch Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Über die letzten Jahrzehnte hat sich allerdings eine kontinuierliche Verlagerung des volkswirtschaftlichen Gesamteinkommens von Arbeits- zu Kapitaleinkünften entwickelt. Das ist eine wesentliche Ursache für steigende GKV-Beitragssätze und keineswegs die vermeintliche, aber de facto nie eingetretene Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Aus der einseitigen Belastung der Arbeitseinkommen bei anhaltender vollständiger Entlastung von Kapital- und Vermögenseinkünften ergibt sich heute ein grundlegendes verteilungspolitisches Problem, das jede ernst zu nehmende sozialpolitische Reform zu berücksichtigen hat.

Die aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schwindende Einkommensbasis der GKV im Vergleich zum Volkseinkommen, dass insbesondere durch wachsende Kapitaleinkünfte kontinuierlich ansteigt, macht einen „Konstruktionsfehler“ des Bismarckschen System offenkundig: Die GKV-Finanzierung spiegelt heute die wirtschaftliche Entwicklung nicht mehr angemessen wieder, da Einkünfte aus Vermietung, Zinsen und Kapitalgewinnen nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Das ist angesichts ihres wachsenden Anteils am Bruttoinlandsprodukt nicht zu rechtfertigen und konterkariert das sozialstaatliche Solidarprinzip.

Denn ganz im Unterschied zu gängigen Einschätzungen ist der Begriff der Solidarität gerade in den Gesundheitssystemen der Wohlfahrtsstaaten keineswegs deutungsoffen und schon gar nicht Ausdruck von gutem Willen oder Barmherzigkeit. Sie ist sehr konkret und messbar im Solidarprinzip umgesetzt, das besagt, jeder trägt nach seinen Möglichkeiten zur Finanzierung bei und erhält Leistungen nach Bedarf, d.h. unabhängig von den geleisteten Beiträgen. Daraus ergeben sich dann die bekannten Umverteilungseffekte von Besser- zu Geringverdienern, von wirtschaftlich Aktiven zu Inaktiven usw. Das Solidarprinzip ist eine wesentliche sozialstaatliche Errungenschaft, die vielen Menschen erst die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen ermöglicht, die sie sich ohne die Solidargemeinschaft gar nicht leisten könnten.

Angesichts der klaren Begrifflichkeit und sozialstaatlichen Notwendigkeit sind Hinweise auf eine vermeintliche „Überstrapazierung“ der Solidarität oder die fehlenden Nachvollziehbarkeit der Beitragshöhe völlig fehl am Platze. Gemeinsam mit [GG Art. 14 \(2\)](#) („Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen“) bietet das Solidarprinzip, das übrigens in der Bevölkerung großen Rückhalt genießt, hinreichende Grundlage für die Einbeziehung sämtlicher Einkünfte und Einkommensarten in die Finanzierung einer allgemeinen Krankenversicherung.

Vergleichbares gilt für ein weiteres Solidaritätshindernis, die Beitragsbemessungsgrenze, die ausschließlich historisch begründet ist und heute jeder inhaltlichen Begründung entbehrt. Denn sie entstand in der Zeit, als die GKV noch nach dem Äquivalenzprinzip arbeitete, weil ihre Leistungen in Lohnfortzahlungen bestanden, die sich nach der Höhe der Bezüge richteten und eine Verarmung der gesundheitsbedingt Erwerbsunfähigen verhindern sollten; da man keine unbegrenzten Mittel zur Vermeidung der Verarmung als erforderlich ansah, deckelte man den Höchstbetrag der Lohnersatzleistungen und entsprechend auch den maximal zu leistenden Beitrag. Doch heute machen Geldleistungen nur noch einen sehr geringen Teil der Krankenkassenausgaben aus, das Gros entfällt auf medizinische Leistungen. Deren Umfang ist aber nicht gedeckelt, sondern richtet sich nach dem jeweiligen Behandlungsbedarf. Der Wandel des Leistungsspektrums von Geld- zu Sachleistungen brachte den Übergang vom Äquivalenz- zum Solidarprinzip mit sich. Unter den gegebenen Bedingungen besteht heute keine Rechtfertigung mehr für das Festhalten an der Beitragsbemessungsgrenze, die man allenfalls im Umfang der noch verbliebenen Äquivalenzprinzipvolumina in der GKV begründen könnte.

In der Frage der Beitragsbemessungsgrenze und überhaupt in der verfassungsrechtlichen Debatte über das deutsche Krankenversicherungssystem sind bisher die grundlegenden Änderungen nicht hinreichend angekommen, die sich aus der Einführung der Versicherungspflicht in Deutschland ergeben haben ([VVG §193 \(3\)](#)). Jeder Wohnbürger ist verpflichtet, für ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu sorgen, entweder in einer gesetzlichen oder ab einem bestimmten Einkommen in einer privaten Krankenkasse. Damit sind auch PKV-Beiträge sozialstaatliche Pflichtabgaben und grundsätzlich als öffentliche Ausgaben anzusehen, ebenso wie Steuern, GKV-, Renten und andere verpflichtende Sozialabgaben. Denn unabhängig davon, ob die Einziehung, Verwaltung und Verwendung der Mittel einem öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Mittler obliegt, dienen die KV-Beiträge der sozialen Absicherung des Einzelnen im Krankheitsfall und damit der Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Krankenversicherungspflicht.

Unter den Bedingungen allgemeiner Krankenversicherungspflicht bekommt auch der Gleichheitsgrundsatz eine neue Bedeutung in der Diskussion über das duale KV-System in Deutschland. Angesichts der Tatsache, dass ihr Versicherungsabschluss heute nicht mehr freiwillig ist, stellt sich bei Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze die grundsätzliche Frage, ob ihre Befreiung von der solidarischen Umverteilung gerechtfertigt ist gegenüber allen anderen, nur weil sie mehr verdienen. Auch innerhalb des PKV-Systems drängt sich die Frage auf, ob die Risikoselektion aufgrund der bekannten Merkmale wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen im Rahmen einer Pflichtversicherung dem Gleichheitsgrundsatz widerspricht. Bedenkenswert ist auf jeden Fall ein Gerichtsurteil in dem einzigen anderen OECD-Land, das bei bestehender Versicherungspflicht und universeller Absicherung ein Ausscheiden aus dem öffentlichen System und den Abschluss einer privaten Vollversicherung erlaubt: In Chile hat das Verfassungsgericht kürzlich die von der dortigen PKV betriebene Risikoselektion als verfassungswidrig bewertet. Das ist insbesondere in Anbetracht der noch in weiten Teilen aus der Diktatur stammenden Verfassung bemerkenswert.

Insgesamt stellt die Bürgerversicherung die konsequente Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems in der GKV dar und ist zum Erhalt bzw. zur Erreichung des Solidarprinzips unverzichtbar. Unvermeidliche Umsetzungsschwierigkeiten technischer und politischer Natur dürfen kein Grund sein, von den Prinzipien universeller Absicherung und sozialer Gerechtigkeit abzuweichen. Eine Beitragsbemessungsgrenze verringert den Sozialausgleich und damit die soziale Gerechtigkeit des Gesundheitsfinanzierungssy-

stems. Selbst eine Beitragsbemessungsgrenze auf gleichem Niveau wie bei der Rentenversicherung würde in einer Bürgerversicherung sogar deren Grundgedanken konterkarieren, nur die Bevölkerungsgruppen zusätzlich belasten, die mit allen ihren Einkünften knapp oberhalb der heutigen jetzigen Bemessungsgrenze für Arbeitseinkommen liegen und höhere und hohe Einkommen gänzlich verschonen. Unabhängig von der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze birgt sie soziale Ungerechtigkeiten und verschenkt relevante Zusatzeinnahmen, die eine spürbare Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes erlauben würden.

Im Unterschied zur Bürgerversicherung wäre die Umstellung der Krankenkassenfinanzierung auf Einheitsbeiträge nicht weniger als das Ende der sozialen Krankenversicherung in Deutschland, denn sie würde deren Kernelement, das Solidarprinzip, abschaffen und durch eine regressiv finanzierte Finanzierung ersetzen, da einheitliche Beiträge Geringverdienender im Vergleich zu ihrem Einkommen stärker belasten als Besserverdienende. Entgegen unermüdlich wiederholten Behauptungen kann ein Sozialausgleich aus Steuermitteln dies nur zum Teil ausgleichen, denn er kommt nur den ärmsten Bevölkerungsgruppen zu Gute, macht Sozialpolitik noch ein Stück mehr zu bloßer Armutsbekämpfung und entfernt sich von der Durchsetzung sozialer Rechte als Grundprinzip der Politik. Zudem überschätzen Befürworter steuerfinanzierter Sozialausgleichszahlungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung das darin liegende Umverteilungspotenzial erheblich. Denn heute machen direkte Steuern auf Einkommen und Gewinne nicht einmal die Hälfte der gesamten Steuereinnahmen in der Bundesrepublik Deutschland aus. Mehr als die Hälfte des Steueraufkommens entfällt auf indirekte wie Mehrwert- bzw. Umsatzsteuern – Tendenz steigend. Diese sind aber regressiv, belasten also - wie die Kopfpauschale - Bezieher niedrigerer Einkommen relativ höher als Besserverdienende. Auch das Steuersystem taugt zu Umverteilung und sozialem Ausgleich nur bedingt.

Angesichts der zunehmenden Einkommensschere in Deutschland wäre es fahrlässig, ohne Zwang auf Umverteilung über die Sozialsysteme zu verzichten, wie es nicht wenige Ökonomen unter Verweis auf ordnungspolitische Aspekte fordern. Im Gegenteil, insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden sozialen Ungleichheit bei den Gesundheitschancen der Bevölkerung ist es unverantwortlich, auf effektive Mechanismen des Sozialausgleichs zu verzichten. Vielmehr ist es nötiger denn je, die gesellschaftliche Solidarität auszubauen und zu einem Anliegen der ganzen Gesellschaft zu machen. Ein überzeugender Schritt in diese Richtung sind die Überwindung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland und die Einführung einer Bürgerversicherung.

Dr. Dr. Jens Holst  
Berlin, den 4.6.2013