



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0432(13)
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.
13_Pflege
04.06.2013

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren

Drucksache 17/7197

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 5. Juni in Berlin

4. Juni 2013

Der Antrag der Fraktion Die Linke läuft auf einen Bruch mit den tragenden Konstruktionsprinzipien des deutschen Gesundheitswesens hinaus: Die PKV als privatwirtschaftliche Säule würde abgeschafft, die GKV würde in eine staatlich verwaltete Einheitskasse transformiert. Es ist nicht erkennbar, welches Problem damit gelöst werden soll. Das Konzept würde, wie alle Bürgerversicherungsmodelle, fundamentale Probleme nach sich ziehen:

- Die Bürgerversicherung gefährdet die medizinische Infrastruktur, der sie nicht nur Finanzmittel entzöge, sondern die sie auch grundsätzlich auf eine instabile Refinanzierungsbasis stellen würde.
- Die Bürgerversicherung führt zur „Zwei-Klassen-Medizin“, weil die Dualität von PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungssystem bislang als Korrektiv gegen die andernorts üblichen Rationierungen im sozialstaatlichen System gewirkt hat. Entfielen dieser Systemwettbewerb, entstünde in Reaktion auf die dann forcierte Rationierung eine exklusive Privatmedizin in Abhängigkeit vom individuellen Geldbeutel.
- Die Bürgerversicherung steht im Widerspruch zur Generationengerechtigkeit in der Krankenversicherung. Aber auch mit Blick auf das Leitmotiv der Umverteilungsgerechtigkeit produziert bislang jedes Bürgerversicherungskonzept neue Ungerechtigkeiten.
- Die Bürgerversicherung ist eine Strafsteuer auf qualifizierte Arbeitsplätze und würde die deutsche Wirtschaft im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe benachteiligen. Das wird sich Deutschland im demografischen Wandel nicht leisten können.
- Durch die Abschaffung der Privaten Krankenvollversicherung wären allein in diesem volkswirtschaftlichen Segment fast 70.000 Arbeitsplätze bedroht.

I. Zum Konzept der Fraktion Die Linke

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Alle in Deutschland lebenden Menschen, auch Beamte und Selbstständige, sollen dem Konzept zufolge in der Bürgerversicherung versichert werden. Die Private Krankenversicherung (PKV) soll lediglich Zusatzversicherungen anbieten dürfen, als Vollversicherung aber abgeschafft werden. Alle erforderlichen Leistungen sollen zuzahlungsfrei über einen einheitlichen Leistungskatalog zur Verfügung gestellt werden. Die Beiträge der Versicherten sollen paritätisch und einkommensabhängig gemäß einem deutschlandweit einheitlichen Beitragssatz erhoben werden. Alle Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit sowie alle sonstigen Einkommensarten wie Kapital-, Miet- und Pachterträge sollen der Beitragsbemessung zugrundegelegt werden. Die Bildung von Alterungsrückstellungen zur Finanzierung zukünftiger Gesundheits- und Pflegeversorgung soll untersagt werden.

Die Forderungen des Antrags hätten einen fundamentalen Bruch mit den Konstruktionsprinzipien des deutschen Gesundheitswesens zur Folge: Namentlich die Abschaffung der PKV als der bewährten privatwirtschaftlichen Säule im dualen System sowie die Transformation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einer Einheitskasse unter unmittelbarer Staatsverwaltung. Wettbewerbliche Elemente, die in Gesundheitssystemen ohnehin nicht so einfach zu implementieren sind wie in anderen Märkten, würden den Vorstellungen der Fraktion Die Linke zufolge gänzlich eliminiert: Weder Beiträge noch Leistungen sollen sich zwischen den Krankenkassen unterscheiden dürfen, die Versicherten hätten keinerlei Eigenverantwortung mehr. Im Ergebnis stünde ein staatlich geregeltes Einheitssystem, dessen Finanzierung wie eine Steuer „auf alles“ wirkt. Der heutige Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV um Qualität, Leistungen und Preise wäre in diesem Szenario Geschichte.

Die Fraktion Die Linke flankiert ihre Forderung nach einer Abschaffung der PKV mit Behauptungen über die Private Krankenversicherung, die Versicherten, versicherte Leistungen und die Leistungsfähigkeit des Systems, ohne dass diese auch nur ansatzweise belegt würden. Insofern wird auf die Begründung für die Abschaffung eines funktionierenden privatwirtschaftlichen Versicherungssystems von vornherein verzichtet. Ebenso wenig wird dargelegt, inwieweit ein derart weitreichender Eingriff in privates Eigentum und die Freiheit der Berufsausübung mit den Grundsätzen der Verfassung im Einklang stehen soll.

Schmackhaft soll das Konzept mit Berechnungen von Klaus Bartsch¹ gemacht werden, der sich auf Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) bezieht. Schon diese Vorgehensweise impliziert aber die letztlich illusionären Hoffnungen der Fraktion Die Linke. Denn die Daten der VGR sind der Berechnung des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entnommen. Dabei wird entweder gerechnet, wie das BIP entstanden ist, also aus welchen Sektoren

¹ Bartsch, Klaus, *Eine Simulationsstudie zu den kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungen der Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nach dem Konzept einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion Die Linke im Bundestag*, Neuendorf 2011.

von der Landwirtschaft bis zum Baugewerbe, oder es wird gerechnet, wofür es ausgegeben wird, vom Konsum bis zu den Investitionen.

Für die hier vorliegende Berechnung kommt es aber auf einen anderen Aspekt an, nämlich wie sich das BIP auf die verschiedenen Einkommensbezieher verteilt. Dazu sagt das Statistische Bundesamt, das die VGR erstellt: „Eine komplette Berechnung des BIP über die Verteilungsseite ist in Deutschland wegen unvollständiger Basisdaten über die Unternehmens- und Vermögenseinkommen nicht möglich.“ Das heißt, dass die Einkommensdaten nicht mit der wirklichen Einkommenssituation übereinstimmen müssen.

Zu den statistischen kommen systematische Mängel hinzu. So ist z.B. auch die eigengenutzte Wohnung als statistisches und beitragspflichtiges Einkommen mitberücksichtigt. In die Einkommensberechnung geht also auch eine fiktive Miete für eine eigengenutzte Wohnung ein. Aber auch die Mieter von Wohnungen werden belastet. Da Vermietungseinnahmen generell beitragspflichtig wären und Vermieter in aller Regel ihre Kosten über höhere Mieten an die Mieter weitergeben (müssen), wäre mit einem generellen Anstieg aller Mieten von 10,5 Prozent zu rechnen.

Die Beispiele, die sich fortsetzen ließen, verdeutlichen: Ein Krankenkassenkonzept mit Zahlen aus dem VGR begründen zu wollen, ist nicht seriös und führt zu krassen Fehlschlüssen. Im Ergebnis stünde eine neue Gesundheitssteuer „auf alles“, die dem Wesen einer Einheitssteuer mit einem einstufigen Einkommenssteuertarif entspräche. Eingangs- und Spitzensteuersatz wären dabei identisch.

In Deutschland wurde der Einheitssteuer oder „flat tax“ zuletzt im Bundestagswahlkampf 2005 erhöhte Aufmerksamkeit zuteil. Sie wurde seinerzeit von der Partei Die Linke als höchst ungerecht kritisiert. Umso verwunderlicher ist es, dass jetzt eine Einheitsbelastung favorisiert wird, in der die Finanzierung des Krankenversicherungssystems zur „flat tax“ würde. Eine prozentuale Einheitslast, die im Steuersystem als höchst ungerecht empfunden wird, soll im zum Steuersystem mutierten Krankenversicherungssystem besonders gerecht, sozial und solidarisch sein.

Dem Antrag zufolge sollen alle Leistungseinschränkungen in der GKV rückgängig gemacht und die Leistungspflicht der GKV in allen Bereichen auf 100 Prozent gesetzt werden. Gleichzeitig soll sich die PKV auf das Angebot von Zusatzleistungen beschränken. Unter den genannten Voraussetzungen dürfte sich das Spektrum versicherbarer Leistungen gegenüber dem heutigen Stand sehr stark reduzieren. Selbst Zahnzusatzversicherungen dürften unter den beschriebenen Bedingungen nicht mehr angeboten werden. Der Verweis auf das Geschäft mit Zusatzversicherung ist daher nicht mehr als eine Worthülse.

Die immanenten Widersprüche des Konzeptes setzen sich bei der Forderung nach Wiederherstellung einer paritätischen Finanzierung fort. Die Forderung nach einer gleichen Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern konfliktiert nämlich mit der Forderung nach Einbe-

ziehung weiterer Einkommensarten. Einkommen aus Vermietung, Verpachtung oder Kapitaleinkünfte sind Einkommen des Arbeitnehmers. Der Arbeitnehmer würde also im Konzept der Fraktion Die Linke, wenn er entsprechende Einkommen hat, im Verhältnis deutlich stärker zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen als sein Arbeitgeber.

Nach dem Konzept der Fraktion Die Linke soll der Übergang in die Bürgerversicherung in einem Schritt zu einem Stichtag erfolgen. Dies formuliert der Antrag „Privat Versicherte solidarisch finanzieren – Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (Drucksache 17/10119). Gleichzeitig formuliert der vorliegende Antrag, dass den Beschäftigten der Versicherungsunternehmen ein sozialverträglicher Übergang in die GKV zu ermöglichen sei.

Es liegt auf der Hand, dass bei einer sofortigen Umstellung sozialverträgliche Lösungen unwahrscheinlich sind. Ein noch unveröffentlichtes Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung² hat sich mit den Folgen der Bürgerversicherung für die Beschäftigten der Unternehmen der Privaten Krankenversicherung befasst. Es kommt zum Ergebnis, dass allein der Stopp der Neuzugänge zur PKV zu einem kurzfristigen Verlust von fast der Hälfte der auf die Vollversicherung bezogenen Arbeitsplätze in der PKV führen würde. Dies wären bis zu 35.000 Menschen.

Die Zahl resultiert daraus, dass dem Autor zufolge Kompensationsmöglichkeiten durch die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts – wie gezeigt – nicht ersichtlich sind. Ersatzarbeitsplätze in der GKV seien nicht zu erwarten, da die Krankenkassen einen Mitgliederzuwachs ohne zusätzliches Personal verkraften würden.

Als rein ideologisch motiviert erscheint das im Antrag formulierte Verbot jeglicher Kapitaldeckung in der Krankenversicherung. Tatsächlich ist aber mehr Demografievorsorge in der Kranken- und Pflegeversicherung notwendig: Denn die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig.

Das ist besonders problematisch für umlagefinanzierte Systeme wie die GKV: So wird heute die Hälfte aller Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von Rentnern in Anspruch genommen, obwohl diese nur ca. ein Viertel der Versicherten ausmachen. Gleichzeitig finanzieren die Rentner mit ihren einkommensabhängigen Beiträgen nicht einmal ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV. Die defizitäre Krankenversicherung der Rentner in der GKV wird daher von den erwerbstätigen Versicherten der GKV quersubventioniert – mit derzeit ca. 40 Mrd. Euro pro Jahr. Die Zahl der Erwerbsfähigen zwischen 20 und 66 Jahren wird bis Mitte dieses Jahrhunderts aber von heute 51 Mio. Menschen auf 34 Mio. Menschen sinken – also um 17 Mio. abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen.

² Robert Paquet, *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung*, Arbeitspapier 284 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf im April 2013 (bislang unveröffentlicht).

Dieser demografische Wandel wird stattfinden und das Umlageverfahren an Grenzen führen. Gesundheitspolitisch konsequent ist vor diesem Hintergrund nicht die Abschaffung, sondern die Stärkung der PKV. Denn die PKV bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Kapitalstock ist als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt. Er umfasst für die Kranken- und Pflegeversicherung bereits ca. 180 Milliarden Euro³. Und: Die Alterungsrückstellungen der PKV haben alle Banken- und Finanzkrisen unbeschadet überstanden.

Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik zudem, im demografischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren.

II. Generelle Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung

Neben der Fraktion Die Linke haben auch SPD und Bündnis 90/Die Grünen Bürgerversicherungskonzepte vorgelegt. Die Konzepte unterscheiden sich zwar im Detail, zentrale Grundannahmen wie die Versicherung aller Bürger in der GKV sind allen Konzepten gemeinsam. Daher können die Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die medizinische Versorgung aller Patientinnen und Patienten, die Einkommen und Investitionsmöglichkeiten der niedergelassenen Ärzte, die Belastung der Arbeitgeber oder die Arbeitsplatzperspektive für die in den Unternehmen der PKV Beschäftigten hier zusammengefasst dargestellt werden.

Auswirkungen auf die Entstehung von „Zwei-Klassen-Medizin“

Ziel der Bürgerversicherung, so betonen die Verfechter aller Konzepte, sei die Abschaffung einer so genannten „Zwei-Klassen-Medizin“. Durch die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung sei gewährleistet, dass in Zukunft nicht mehr der Versicherungsstatus oder die Einkommensverhältnisse über Leistungsniveau oder -umfang entscheiden.

Schon diese Analyse hat mit der Versorgungsrealität in Deutschland nichts gemein: In Wahrheit haben alle Patientinnen und Patienten hierzulande unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts. In der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten gibt es, von Serviceaspekten abgesehen, keinen substantiellen Versorgungsunterschied. Es gibt keinen Unterschied im Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen und keinen Unterschied in der Versorgungsqualität. Es existieren lediglich Versorgungsunterschiede in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherten über Zusatzversicherungen (Zahnersatz, Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen.

³ Vorläufige Branchenzahlen für das Geschäftsjahr 2012.

Internationale Vergleiche belegen das äußerst geringe Rationierungsniveau in Deutschland. Der Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung ist einer der umfangreichsten der Welt. Die Wartezeiten sind die kürzesten in ganz Europa. Es gibt keine Positivlisten, keine Behandlungsverweigerungen und der Zahnersatz ist im gesetzlichen Versicherungsschutz enthalten. Das Niveau von Zuzahlungen und Eigenanteilen ist im internationalen Vergleich ausgesprochen gering. Und bei Haus- und den meisten Fachärzten haben alle Patienten die freie Wahl.

Dies ist auch ein Ergebnis des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung: In Deutschland sind Leistungskürzungen der GKV aufgrund des Systemwettbewerbs mit der PKV erschwert. Schließlich sind in der PKV die Leistungen vertraglich garantiert und können nicht von Seiten des Versicherers gekürzt werden. Der Leistungswettbewerb von GKV und PKV findet aber in einem gemeinsamen Versorgungssystem statt. Dies gibt den Versicherten Vergleichsmöglichkeiten, die jede Rationierung besonders begründungspflichtig machen.

Die Einführung einer Bürgerversicherung kann also keine „Zwei-Klassen-Medizin“ beseitigen, da eine solche nicht existiert. Vielmehr würde die Einführung einer Bürgerversicherung die Existenz von Versorgungsunterschieden befördern. Dies ist auch das Ergebnis einer aktuellen Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)⁴. Diese zeigt, dass einheitliche Gesundheitssysteme ohne konkurrierendes privatwirtschaftliches System einer beständigen gesetzlichen Rationierung von Leistungen der Krankenversicherung unterliegen. Patienten sind gezwungen, die rationierten Leistungen entweder selbst zu zahlen oder über Zusatzversicherungen abzusichern. „Zwei-Klassen-Medizin“ entsteht überall in Reaktion auf und korrespondierend zum medizinischen Rationierungsniveau eines Landes.

Der internationale Vergleich belegt zudem, dass zwei Finanzierungssäulen das Gesamtsystem besser stabilisieren als eine Säule allein das jemals könnte: In allen OECD-Ländern sind die Gesundheitsausgaben seit der Finanzkrise deutlich langsamer gewachsen, oft stagnieren sie oder sinken sogar. Einige Länder wandeln sich dabei zu Laboratorien forcierter Rationierung. Investitionen wurden auf Eis gelegt, Löhne und Gehälter des Gesundheitspersonals wurden gekürzt oder eingefroren, Zuzahlungen erhöht, Wartezeiten stiegen an.

Die Ausnahme ist Deutschland: Hier haben sich die Gesundheitsausgaben 2010 zu 2009 um real 2,4 Prozent erhöht, während sie in Europa im Schnitt um 0,6 Prozent zurückgegangen sind.

Auswirkungen auf die Einkommen und Investitionsmöglichkeiten niedergelassener Ärzte

Die Konzepte zur Einführung einer Bürgerversicherung sehen in der Regel die Schaffung einer einheitlichen Honorarordnung vor. Zur Begründung wird angeführt, dass damit eine

⁴ Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, *Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick*, Köln 2013.

angebliche Privilegierung von Privatversicherten durch die in der PKV gezahlten höheren Honorare beendet werden könne.

Tatsächlich ist der Finanzierungsbeitrag der PKV zum deutschen Gesundheitssystem überproportional hoch, da Privatversicherte für viele Leistungen höhere Preise zahlen bzw. die PKV auch Leistungen vergütet, die in der GKV ausgeschlossen oder budgetiert sind. Insgesamt fließen jährlich 28,6 Mrd. Euro durch Privatpatienten in das Gesundheitssystem.

Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag jährlich kommt allen Versicherten zugute, weil PKV- und GKV-Versicherte ein gemeinsames Versorgungssystem nutzen. Im Bereich der ärztlichen Versorgung bedeutet das, dass die Mehrzahlungen der Privatversicherten Teil des Einkommens der Vertragsärzte der GKV sind. Diese Mittel tragen mithin dazu bei, dass Investitionen in die Ausstattung der Praxen mit Personal und technischen Geräten getätigt werden können.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV untersucht regelmäßig, wie hoch der so genannte Mehrumsatz durch Privatversicherte ist. Dies ist der Betrag, den die PKV-Versicherten dadurch mehr ins Gesundheitssystem gezahlt haben, dass sie privat und nicht gesetzlich versichert waren. Im Jahr 2011 betrug der Mehrumsatz ca. 11,1 Mrd. Euro. Gegenüber 2006 ist das ein Zuwachs von 14,6 Prozent. Allein im Bereich der ärztlichen Vergütung betrugen die Mehrzahlungen durch Privatversicherte im Jahr 2011 ca. 5,4 Mrd. Euro.⁵

Diese Mehrzahlungen wären durch die Einführung einer Bürgerversicherung in Gefahr: Je nach Ausgestaltung einer einheitlichen Gebührenordnung kann es bis zu einem vollständigen Verlust dieser Mehrzahlungen kommen.

Im Konzept der Fraktion Die Linke fehlen Ausführungen zur Vergütung der Ärzte. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine Vereinheitlichung auf dem Niveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) stattfinden wird.

Von dieser Annahme geht der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) in einer aktuellen Studie⁶ aus. Er hat berechnet, wie hoch der Honorarverlust pro Jahr im Fall einer Einheitsversicherung wäre. Je ambulant niedergelassenen Arzt entspräche der Verlust der Mehrumsätze im Durchschnitt rund 43.383 Euro. Die Spannweite zwischen den einzelnen Facharztgruppen ist dabei groß: Sie reicht von Verlusten in Höhe von jährlich 14.741 Euro in der Allgemeinmedizin über 134.653 Euro in der Dermatologie bis zu 241.159 Euro in der Radiologie.

⁵ Vgl. Dr. Frank Niehaus, *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011*, Köln 2013.

⁶ Hans-Joachim Kaiser, *Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung, oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte und Patienten auf dem Spiel steht*, hg. vom Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V., Berlin 2013.

Auch andere Autoren haben sich mit der Thematik auseinandergesetzt. Prof. Wasem hat im Auftrag der Techniker Krankenkasse u.a. ein Modell berechnet, in dem die PKV-Bestände sofort komplett in die Bürgerversicherung überführt werden und kein Neuzugang stattfindet.⁷ Unter den Annahmen des Modells beläuft sich der Honorarverlust der Ärzte schon im Umstellungsjahr auf 4,3 Mrd. Euro. Bei einer vollständigen Kompensation müssten die Vergütungen im einheitlichen Vergütungssystem damit um 12,8 Prozent im Umstellungsjahr gegenüber dem heutigen Vergütungsniveau in der GKV angehoben werden. Der Honorarverlust würde bis zum Jahr 2030 auf 6 Mrd. Euro jährlich anwachsen.

Der Ausgleich der Einnahmeausfälle der Ärzte wäre in jedem Fall beitragsatzrelevant. Die Frage ist, woher das Geld dafür kommen soll. Würden, wie im Konzept der Fraktion Die Linke vorgesehen, weitere Leistungsausweitungen und der Verzicht auf Zuzahlungen vorgesehen, wäre der Finanzbedarf noch größer, die Bereitstellung der Kompensationsmittel völlig offen.

Es ist aber auch fraglich, ob es für einen adäquaten Ausgleich der Verluste überhaupt die notwendigen Voraussetzungen gibt. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ein Garant von Therapiefreiheit und damit ein Merkmal des freien Arztberufes. Mit der GOÄ werden Höchstsätze festgelegt, um Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen, wie auch Mindestsätze, um die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung zu gewährleisten. Das System des EBM, das die Basis einer einheitlichen Honorarordnung wäre, ist schon deshalb problematisch, da die darin enthaltenen Budgetierungselemente in die ärztliche Therapiefreiheit eingreifen. In einer nach den Prinzipien des EBM konstruierten einheitlichen Gebührenordnung gäbe es gegen diese Tendenzen keinerlei Korrektiv.

Auswirkungen auf die Arbeitgeber

Alle Konzepte einer Bürgerversicherung wollen die Arbeitgeber stärker als heute zur Finanzierung der Krankenversicherung heranziehen: Die SPD will, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleich viel Geld in das Krankenversicherungssystem einzahlen, die Beitragsbemessungsgrenze soll dazu auf der Arbeitgeberseite aufgehoben werden. Bündnis 90/Die Grünen wollen zur Beitragssatzparität zurückkehren mit einer auf das Niveau der Rentenversicherung angehobenen Beitragsbemessungsgrenze (69.600 Euro statt 47.250 Euro). Die Fraktion Die Linke will die Beitragsbemessungsgrenze ganz abschaffen, der Anstieg der Mehrbelastungen für höhere Einkommen wäre damit unbegrenzt – allerdings auch für Arbeitnehmer.

Von der Beitragsbelastung der Arbeitgeber hängt eine sehr große Zahl von Arbeitsplätzen ab. Um die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu fördern, ist gerade erst im Rahmen der letzten Gesundheitsreform der Arbeitgeberbeitrag in der Krankenversicherung in

⁷ Jürgen Wasem et.al., *Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls*, unterstützt durch eine Förderung der Techniker Krankenkasse, Essen 2013.

Höhe von 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben worden. Ziel dieser Neuregelung ist es, die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten zu entkoppeln. Eine weitere Belastung des Faktors Arbeit mit steigenden Sozialversicherungsbeiträgen wurde damit vermieden.

Mit allen Bürgerversicherungskonzepten würde die geschaffene Entkopplung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten rückgängig gemacht. Alle negativen Effekte für Wachstum und Beschäftigung würden zurückkehren, da die Lohnkosten voll mit der Dynamik der Beitragssatzentwicklung belastet würden.

Die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (vbw) hat ein Simulationsprogramm entwickelt (www.buergerversicherungsrechner.de), mit dem die Belastung der Arbeitgeber in den Modellen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen berechnet werden können. Danach steigen im SPD-Modell bei einem Einkommen von 52.000 Euro die Lohnzusatzkosten bereits um 7 Prozent (Grüne: 7,8 Prozent), bei einem Einkommen von 72.000 Euro erhöht sich die Arbeitgeberbelastung schon um 48,2 Prozent (Grüne: 44,3 Prozent). Das entspräche je Mitarbeiter einem Plus von 1.663 Euro (Grüne: 1.527 Euro). Bei einem Gehalt von 94.000 Euro würden sich im SPD-Modell die Lohnzusatzkosten sogar fast verdoppeln (93,5 Prozent). Das entspräche je Mitarbeiter einem Plus von 3.225 Euro.

Bei den errechneten Belastungen handelt es sich um zusätzliche Belastungen der Arbeitgeber. Entlastungen bei geringeren Einkommen fallen nicht ins Gewicht, denn selbst viele Arbeitsplätze im „unteren“ Gehaltsniveau könnten die überproportional steigenden Zusatzbelastungen im „oberen“ Gehaltsniveau nicht kompensieren. Bei allen Unterschieden im Detail wirken die Bürgerversicherungsmodelle insgesamt wie eine Sonderabgabe auf hochwertige Arbeitsplätze.

Die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.⁸ hat durch das Institut für Gesundheitsökonomik in München berechnen lassen, wie hoch die Belastungen in beispielhaften Betrieben konkret wären, würden die Modelle von SPD und Bündnis 90/Die Grünen umgesetzt.

Berechnet wurde beispielsweise für ein bayerisches Krankenhaus der Versorgungsstufe II mit 450 Betten und knapp 800 Mitarbeitern, wie sich die Personalkosten von heute rund 50 Mio. Euro im Jahr verändern würden. Die Bürgerversicherung von Bündnis 90/Die Grünen würde für das Krankenhaus eine Steigerung der GKV-Beitragssumme um etwa 187.000 Euro oder 8,2 Prozent bedeuten. Im Modell der SPD würden zusätzliche Ausgaben von über 232.000 Euro auf das Krankenhaus zukommen. Dies wäre eine Steigerung von rund 10,2 Prozent.

Ein anderes Berechnungsbeispiel ist ein Unternehmen der Automotive-Industrie mit rund 7.000 Mitarbeitern und einem Durchschnittseinkommen von knapp 60.000 Euro. Hier würden

⁸ *Die Bürgerversicherung. Mythos und Wahrheit*, Studie des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) in München, April 2013.

im Modell der SPD die GKV-Beiträge des Unternehmens um 25,3 Prozent steigen. Der Vorschlag der Grünen hätte eine Steigerung um 18,4 Prozent zur Folge.

Zusammenfassend kann man feststellen: Die Konzepte zur Einführung einer Bürgerversicherung gefährden deutschlandweit Arbeitsplätze. Denn durch die geplanten Änderungen bei der Beitragsbemessungsgrenze würden die Lohnzusatzkosten drastisch ansteigen. Die SPD spricht selbst von einer jährlichen Zusatzbelastung von 5 Mrd. Euro. Der vbw hat sogar 8 Mrd. Euro errechnet. Mögliche Folgen sind niedrigere Löhne, mehr Arbeitslose und die Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte ins Ausland.

Auswirkungen auf die Beschäftigten in privaten Krankenversicherungsunternehmen

Das bereits zitierte unveröffentlichte Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung prognostiziert nicht nur einen kurzfristigen Verlust von 35.000 Arbeitsplätzen bei einem Verbot des Neugeschäfts. Sukzessive sind dem Gutachten zufolge insgesamt 67.000 Arbeitsplätze allein in der privaten Versicherungswirtschaft durch eine Bürgerversicherung bedroht.

Bei der Betrachtung der in Rede stehenden Zahlen sollte man sich bewusst sein, wie viele Arbeitsplätze bei bekannten Unternehmenspleiten auf dem Spiel standen bzw. verloren gingen. So waren bei der Insolvenz des Handy-Herstellers BenQ mit Werken und Bocholt und Kamp-Lintfort 1.000 Mitarbeiter betroffen, bei der Schließung des NOKIA-Standortes Bochum 2.800 Festangestellte und 800 Leiharbeiter. Bei der – letztlich gescheiterten – Sanierung der Holzmann AG waren 28.300 Arbeitsplätze betroffen, bei der Insolvenz der Drogeriemarktkette Schlecker 25.000 Arbeitsplätze.

Diese Zahlen sollen nicht die Schicksale von Menschen gegeneinander ausspielen – sie dienen an dieser Stelle lediglich der Verdeutlichung des Ausmaßes. Der Unterschied zu den Fällen der Vergangenheit ist, dass dort über eine Rettung der Arbeitsplätze diskutiert wurde, während hier durch einen gesetzlichen Eingriff Arbeitsplätze in gesunden Unternehmen vernichtet würden.

Von den Auswirkungen einer Bürgerversicherung wäre insbesondere das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) betroffen. Die Prognos AG hat nach einer volkswirtschaftlichen Untersuchung⁹ ermittelt, dass – gemessen an der Unternehmensdichte und an der Zahl der Beschäftigten – die Versicherungswirtschaft ihren Schwerpunkt in NRW hat. Ein besonderer Schwerpunkt zeige sich bei den privaten Krankenversicherungen, denn ihr Marktanteil am gesamten deutschen PKV-Markt liege in NRW laut Untersuchung mit 46 Prozent überdurchschnittlich hoch.

In NRW sichere die Versicherungsbranche ca. 200.000 Arbeitsplätze, 126.000 davon direkt in Versicherungen oder Vertriebsorganisationen. Auf jeden Beschäftigten eines Versiche-

⁹ Iris Pfeiffer, Georg Klose, *Bedeutung der Versicherungswirtschaft für Nordrhein-Westfalen*, Basel 2012.

rungsunternehmens kämen 0,6 weitere Erwerbstätige in anderen Branchen hinzu, die von der Assekuranz abhängen.

Auch als Ausbilder spielten die Versicherungsunternehmen eine große Rolle. Im Jahr 2011 befanden sich 13.387 Personen in einer Ausbildung in der Versicherungswirtschaft. Die Versicherungsbranche in Nordrhein-Westfalen nimmt dabei eine sehr starke Rolle ein und zeigt sich noch dynamischer in ihrem Ausbildungsengagement als die gesamtdeutsche Versicherungswirtschaft. So wurden im Jahr 2011 rund 28 Prozent aller Auszubildenden der deutschen Versicherungswirtschaft von der nordrhein-westfälischen Versicherungswirtschaft ausgebildet.

Fazit

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen gesetzlich und privat Versicherten ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind im internationalen Vergleich bemerkenswert kurz. Trotz der Leistungsstärke steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen.

Auch in Zukunft soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet bleiben. Die absehbar steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts und die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft müssen bewältigt werden. Für diese Herausforderungen und Probleme hat die Bürgerversicherung keine Lösung. Die Überführung der PKV in das Regelwerk der GKV wäre die faktische Abschaffung der privatwirtschaftlichen Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz. Ebenso abgeschafft wäre dann der Systemwettbewerb um Qualität, Leistungen und Preise, von dem heute alle Versicherten profitieren. Das Ergebnis wäre eine große, allumfassende Einheitsversicherung, in der letztlich allein der Staat darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.