

Krankenversicherung

Käme jemand auf die Idee, die KFZ-Haftpflichtversicherung nach dem Einkommen der Halter zu staffeln und beim gleichen Wagen der Putzfrau 50 Euro jährlich, dem Direktor hingegen 500 Euro abzuverlangen, dann würden wir ihn für betrunken erklären. Was würde wir sagen, wenn der Vorstandsvorsitzende eines Konzerns für die Familienhaftpflichtversicherung für Eltern und Kinder 10.000 Euro jährlich, der Verkäufer im Lebensmittelgeschäft für eine gleich große Familie nur 10 Euro zahlen sollten. Wir würden die Versicherungschefs ins Irrenhaus schicken.

Wie würden die Versicherungen auf ein derartiges Versicherungssystem reagieren, das die Versicherungsbeiträge vom Einkommen abhängig macht? Sie würden alles daran setzen, die Ärmern auszuschließen und möglichst nur Wohlhabende aufzunehmen. Wollte der Staat dies verhindern, müsste er die Versicherungen dazu verpflichten, alle Bürger unabhängig vom Einkommen aufzunehmen. Trotzdem würde ein unterschiedliches Verhältnis von armen zu wohlhabenden Versicherten auftreten. Alternativ wäre ein Versicherungsmonopol zu schaffen, wie es z.Z. bei den gesetzlichen Kassen noch vorliegt. In beiden Fällen kann eine Konkurrenz um die beste und effektivste Versicherungspolice nicht stattfinden.

Aber genau so verfahren wir bei der Krankenversicherung: Wer nicht privat versichert ist, zahlt in die gesetzliche Krankenversicherung 14 -15 % des Brutto-Nominaleinkommens - der eine viel, der andere wenig – und erhält dafür die gleiche Leistung. Jedenfalls soll es so sein: Versprochen wird die volle medizinische Versorgung. Ursprünglich war es zuschussfrei. Als sich dies als nicht mehr finanzierbar erwies, wurden wachsende Zuzahlungen eingeführt.

Im Endergebnis ist es für die Versicherung interessanter und vor allem leichter, die Zahl der zahlungskräftigen Mitglieder zu erhöhen und die schwächeren abzustößen als das Verhältnis von Zahlung zu Leistung zu verbessern. Mit dem Vorschlag einer Bürgerversicherung wurde genau dies initiiert: Entweder soll der Kreis der Versicherten um vermutet zahlungskräftigere Beamte oder Freiberufler erweitert werden. Oder den bereits Versicherten soll nachgewiesen werden, dass sie unter Einbeziehung von Mieten und Zinseinnahmen eigentlich über ein höheres als das bisher berücksichtigte Einkommen verfügen. Diese Frage ist wirtschaftlich entscheidend für alle Versicherungsunternehmen. Deshalb wenden sie ihre Aufmerksamkeit vor allem diesem Thema zu. Es kann gar nicht wundern, wenn das Bundesgesundheitsministerium die Kassen im Bemühen um Kostensenkung oft gar nicht auf seiner Seite findet: Bund und Krankenversicherungen sind Konkurrenzunternehmen bei der Herstellung einer gerechten Einkommensverteilung. Das kann so nicht bleiben:

Die gleiche Risikoabdeckung muss unabhängig vom Einkommen mit gleichem Beitrag versichert werden. Wenn damit der Versicherungsbeitrag nicht mehr mit dem Einkommen steigt, wirkt er fortan auch nicht mehr als Hemmnis bei der Annahme von Arbeit oder Leistungssteigerung.

Der Umfang der geforderten Versicherungsleistung sollte dabei allerdings überprüft werden. Auch wenn es für den Staat schwierig ist, dem Bürger etwas anderes als die medizinische Vollversorgung zu bieten oder Beteiligungsmodelle durchzusetzen, so sieht das doch ganz anders aus, wenn er ein Versicherungsmodell nur genehmigen muss.

- Muss er alle Bürger zwingen, eine Versicherung für den kostenfreien Austausch von Herz oder Leber im Bedarfsfalle abzuschließen? Wohl nicht.
- Muss er seinen Bürgern verbieten, sich an den Krankheitskosten anteilig zu beteiligen, wenn dadurch die monatlichen Beiträge reduziert werden können? Das auch nicht.

Also muss der Staat nur auf dem Abschluss einer Grundversicherung bestehen.

Es entstehen ganz neue Handlungsspielräume der Krankheitsvorsorge, wenn das Problem der Einkommensverteilung vom Versicherungsproblem getrennt wird. Der Ausgleich zwischen sozial Schwächeren bzw. Stärkeren wird dem Steuersystem überlassen, wo es klar erkennbar und von der Politik zu verantworten ist. Dort sind dann automatisch auch diejenigen einbezogen, die als privat Versicherte oder auch als Beamte gegenwärtig am sozialen Lastenausgleich überhaupt nicht teilnehmen.

Wenn gesetzlich nur eine Gesundheits-Grundversicherung vorgeschrieben wird, können dabei öffentliche wie private Krankenversicherungen im vollen Wettbewerb zueinander stehen. Sie müssen durch geschicktes Wirtschaften, sinnvolle Staffelung der Versicherungsangebote, Rabatte für gesunde Lebensweise, Prämiensysteme und Vereinbarungen mit Ärzten, Krankenhäusern und Pharmaherstellern das beste Preis-Leistungsverhältnis erzielen, um wirtschaftlichen Erfolg zu haben. Sie können Risiken, die über die Basisversicherung hinausgehen, mit Zusatzangeboten abdecken. Es steht ihnen frei, Eigenbeteiligungen an Arzt- oder Arzneimitteln, bei Kuren oder Massagen mit geringeren Beitragssätzen belohnen.

Damit wird die Politik von einem schier unlösbaren Widerspruch befreit:

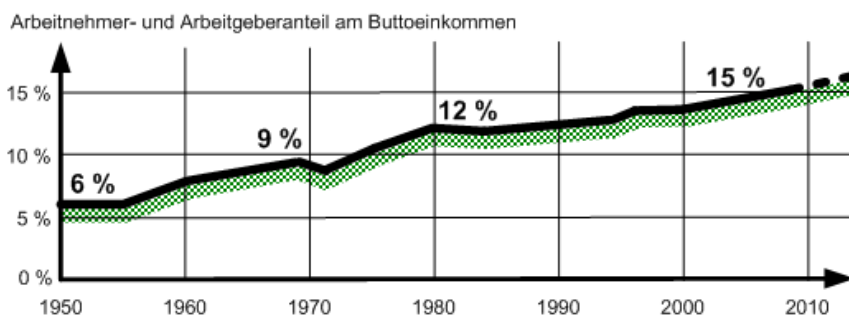
- Das Angebot medizinischer Maßnahmen, Geräte wie Medikamente, wächst ständig.
- Die Zahl der zu versorgenden älteren Menschen steigt immer weiter.
- Die Zahl der erwerbstätigen und damit zahlenden jungen Menschen sinkt weiter.
- Aber medizinische Vollversorgung ist mit allen verfügbaren Mitteln zu gewährleisten,
- und Beitragssätze sind konstant zu halten oder zu senken.

Das kann nicht funktionieren!

Das Ergebnis haben wir erlebt: Die Beiträge zur Krankenversicherung³⁴ sind seit 1950 von unter 6,0 % auf über 14 % und damit um das Zweieinhalbfache gestiegen. Zu den Beiträgen werden darüber hinaus noch erhebliche Zuzahlungen aus dem Steueraufkommen geleistet.

Abb. 27

Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge



Bei unveränderten Rahmenbedingungen medizinischen Fortschritts und steigenden Lebensalters werden alle Bemühungen um Begrenzung der den Bürgern zwangsweise aufgeladenen Gesundheitskosten nur Zwischenstopps darstellen.

Wir müssen dankbar anerkennen, was Medizin und medizinische Forschung uns an immer neuen Segnungen bietet. Die notwendigen Einschränkungen kann aber Politik nicht stellvertretend für die Menschen treffen. Der sich zur Staatsaktion ausweitende Streit um eine harmlose Praxisgebühr von 10 Euro hat dies drastisch demonstriert. Man mag mit harten Verhandlungen noch einige Schritte weiter kommen und die Leistungen geringfügig reduzieren. Man kann Ärzte und Schwestern in den Krankenhäusern bis zur Erschöpfung ausbeuten oder einige Teilkosten aus der allgemeinen Gesundheitsfürsorge ausklammern. Trotzdem sind die Kosten nur für eine kurze Weile in den jetzigen Grenzen zu halten. Spätestens, wenn es den Medizinern gelingt, uns Leben von 150 Jahren beschern unter der Voraussetzung, dass wir dafür fast alles ausgeben, was wir im Erwerbsleben erwirtschaften, lässt sich

die medizinische Vollversorgung auf Kosten der Gemeinschaft nicht einmal mehr als Fiktion erhalten, geschweige denn finanzieren. An Ergänzungszahlungen bei Brillen, Massagen und Kuren oder Zahnersatz haben wir uns längst gewöhnt. In wenigen Jahrzehnten wird die Entscheidung zu treffen sein, ob die Änderung des menschliche Erbgutes bezahlt werden soll und in welchen Fällen.

Politik kann die anstehenden immer schwierigeren Abwägungen zwischen notwendiger Grundsicherung und nur wünschbaren bzw. nicht finanzierbaren medizinischen Leistungen auf Dauer nicht treffen.

Wenn der einzelne Bürger aber selbst entscheidet, welche Zuzahlung er bei welchem Beitrag auf sich nehmen will, bestimmt er selbst in jungen Jahren, um wie viel er seinen Verbrauch einschränken will, um sein Leben zu erhalten, zu verlängern oder zu erleichtern.

Nur ein Mindeststandard der Gesundheitssicherung ist in öffentlichem Interesse zu garantieren.

Dabei sollte man dem Vorschlag der Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft folgen und diesen Grundkatalog medizinischer Mindestleistungen von einem unabhängigen Kreis aus Medizinern, Juristen und Ökonomen erstellen lassen.

Die Krankenkassen werden ihre Dienstleistungsaufgabe allerdings nur optimal erfüllen, wenn sie tatsächlich voll im freien Wettbewerb stehen.

Jeder Bürger hat darum vollkommen unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis eine Gesundheitsgrundversicherung bei einem Versicherer seiner Wahl abzuschließen. Die erforderlichen Mittel sind im Rahmen der Besteuerung bereitzustellen.

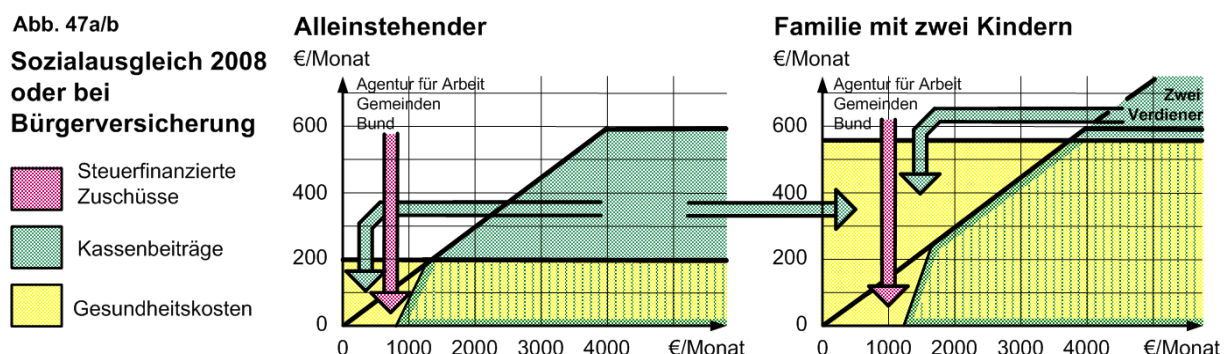
Kein Streit mehr über die Krankenversicherung

Die Reformansätze der Parteien zur Überwindung der Arbeitslosigkeit sind wirklich nicht groß; aber das Teilproblem der Gesundheitsvorsorge könnte sich trotz seltsamer Widersprüche und Verschachtelungen einer Lösung nähern.

Grundsätzlich bestand ja Einigkeit: Zur Krankenversicherung sollten alle Bürger nach ihren wirtschaftlichen Möglichkeiten beitragen. Klar war sogar, dass dabei auch Mieten, Zinsen und Unternehmereinkommen einbezogen werden sollten. Es ging also nur um die Frage: „Wie leite ich am einfachsten die Geldströme?“ Sie zum Wahlkampfthema zu machen, war fast so sinnlos wie ein Wahlentscheid zur Stromspannung unserer Überlandleitungen:

Im Folgenden ist das System des Sozialausgleichs der verschiedenen Lösungsvorschläge grafisch dargestellt. Die Waagerechte zeigt die monatlichen Einkommen einschließlich heutigen Arbeitnehmerbeiträgen zu Sozialversicherungen, die Senkrechte die zugeordneten Abgaben, also Beiträge (grün) und Steuern (rot) sowie Kosten (gelb). Für alle Modelle werden dabei einheitliche Gesundheitskosten unterstellt: Alleinstehende 200 Euro, Familie mit zwei Kindern $2 \cdot 200 + 2 \cdot 80 = 560$ Euro.

Die Pfeile zeigen die Finanzströme, die den von Allen erstrebten sozialen Ausgleich zwischen Wohlhabenden und Ärmern sowie Alleinstehenden und Familien finanztechnisch jeweils in anderer Weise herstellen.

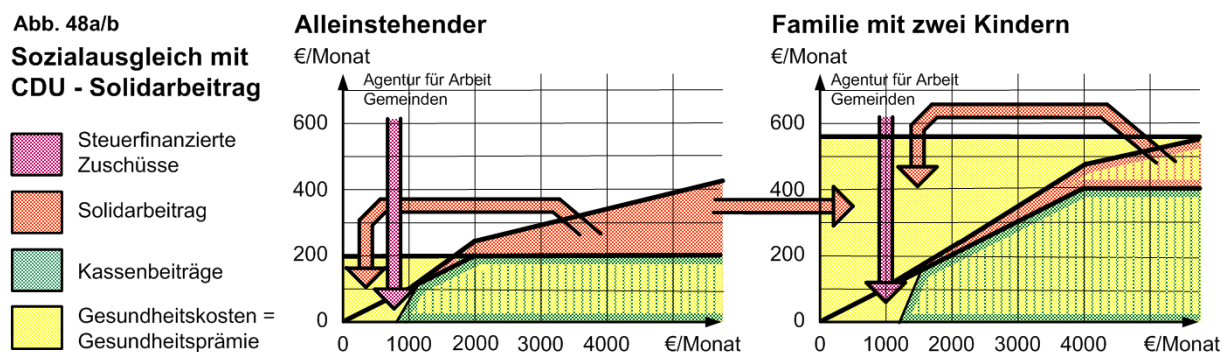


Das bisherige Versicherungssystem ebenso wie das Konzept der Bürgerversicherung bemessen die Beiträge mit festem Prozentsatz der Arbeitseinkommen unabhängig von sonstigen Einkommen. Jeder Erwerbstätige zahlt bis zu seiner Bemessungsgrenze ca. 15 % als Kassenbeitrag. Gut Verdienende bezuschussen mit ihrem Beitrag weniger Verdienende. Alleinstehende bezuschussen Familien mit Kindern, Doppelverdiener finanzieren Familien mit nur einem Verdienere bei gleichem Gesamteinkommen. Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger erhalten Zuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln.

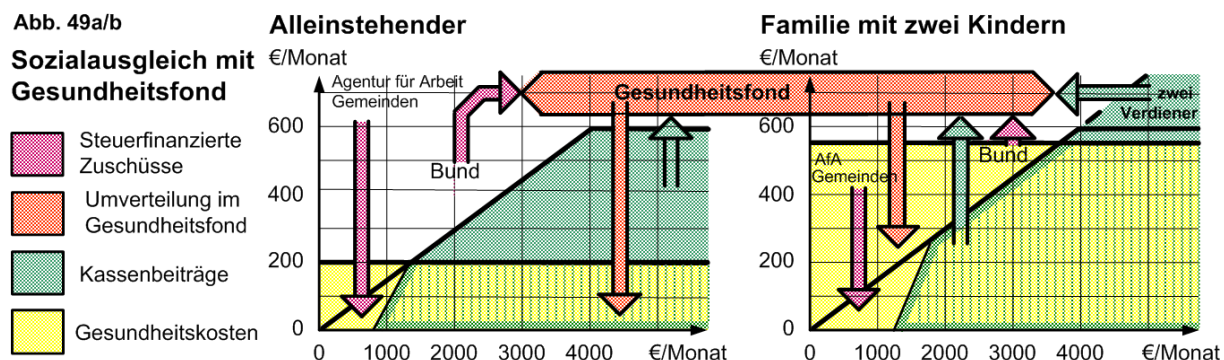
Die Krankenkassen übernehmen die Aufgabe des Staates zur Schaffung des sozialen Ausgleichs. Sie folgen seinen Weisungen. Der Staat trägt dafür ihr wirtschaftliches Risiko. Mangelnde Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann die Kassen daher existenziell nicht bedrohen. Ihre Lösungsbeiträge sind entsprechend begrenzt.

Soll die Finanzierungsbasis der Einkommens-abhängigen Kassenbeiträge verbreitert werden, z.B auf Miet- oder Kapitalerträge, wird das Beitragserhebungsverfahren so kompliziert wie eine zweite Steuererhebung.

Die Gesundheitsprämie der CDU hingegen (hier in der ursprünglichen Form mit Gesundheits soli nach Professor Rürupp) sieht einheitliche Kassenbeiträge für alle versicherten Erwachsenen vor, die Gesundheitsprämie. Geringverdiener zahlen maximal 12,5 % des Nettoeinkommens. Gesundheitskosten für weniger Verdienende und Familien mit Kindern werden über einen Zuschlag zur Einkommenssteuer, den Gesundheits soli, bezuschusst. Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger erhalten Zuschüsse aus allgemeinen Steuermitteln.



Da die Kassen in Konkurrenz zueinander stehen, müssen sie um Wirtschaftlichkeit bemüht sein, um zu überleben. Der Gesundheitslohi erlaubt im Rahmen der Steuererhebung im Grunde jede von der Gesellschaft gewünschte Lastenverteilung. Weil man aber glaubte, Geschenke verteilen, deren Bezahlung aber verschweigen zu müssen, wurde das Konzept aus den eigenen Reihen desavouiert und im Wahlkampf ein funktionsunfähiger Kompromiss verkündet.



Aus SPD-Bürgerversicherung und CDU-Prämienmodell musste in der Großen Koalition ein praktikables Modell entwickelt werden: Einkommensabhängige Kassenbeiträge sollen in einen Gesundheitsfond eingezahlt und daraus einheitliche Beiträge an die Kassen entrichtet werden. Die Kassen werden so von ihrer bisherigen Umverteilungsaufgabe entlastet. Sie können sich dem Versicherungsgeschäft voll widmen und in Konkurrenz zueinander gestellt werden. Die Zahlungen an den Fond heißen zwar noch Beiträge, sind in Wahrheit aber eine Zusatzsteuer. Gesundheitskosten für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger werden weiter aus allgemeinen Steuermitteln bestritten.

Dies ist zwar sehr kompliziert, aber funktionsgerecht. Weiterhin jedoch ungelöst:

- Die Gesundheitskosten werden noch nicht gesenkt.
- Die Finanzierungsbasis wird noch nicht verbreitert, die notwendigen zusätzlichen Steuerzuschüsse sind weiterhin offen.

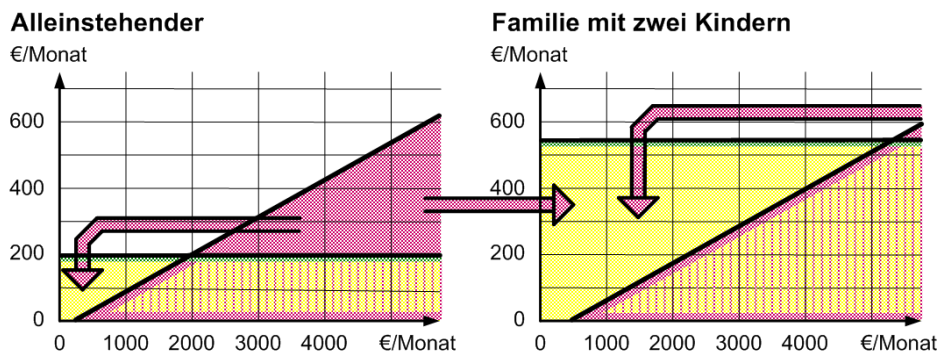
So verwirrend es auch scheint, so könnte mit dem Gesundheitsfond aber doch ein wesentlicher Schritt getan werden, um mittelfristig Gesundheitsvorsorge ohne wirtschaftliche Überforderung der Bürger sichern zu können: Zieht man die Beiträge der Bürger für das Gesundheitswesen im Rahmen der Besteuerung ein und stellt daraus für jeden einheitliche Beiträge für Versicherungen bereit, so ergibt sich das Gesundheitskonzept von „Arbeit für Alle“.

Dabei wird dann zu unterscheiden sein zwischen einer Gesundheitsgrundversorgung, die etwa den heutigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und Zusatzleistungen, für die freiwillige Versicherungen abgeschlossen werden können:

Abb. 50a/b

Sozialausgleich mit Gesundheitsgrundbeitrag bei „Arbeit für Alle 2“

- Gesundheitsbeitrag aus Steuern
- Gesundheitskosten = Beiträge



Die Grundsicherung der Gesundheit ist Aufgabe der Gesellschaft. Die Kosten dafür werden über allgemeine Steuern gedeckt. Gut Verdienende zahlen damit für wenig Verdienende, Kinderlose für Familien mit Kindern. Jeder ist verpflichtet, daraus eine angemessene Versicherung nach eigener Wahl abzuschließen. Jeder kann die Kasse unter Mitnahme des angesparten Kapitals wechseln.

Mit dieser organisatorischen Grundentscheidung werden die Versicherungen im freien Wettbewerb Wirtschaftlichkeit durchsetzen müssen. Sie können:

- Beitragsnachlässe bei Kostenbeteiligung vereinbaren und so kostenbewusstes Verhalten der Patienten belohnen und zugleich Kostenkontrolle der Rechnungen sichern,
- Rabatte für gesunde Lebensweise geben,
- sich zusammenschließen, um Verwaltungskosten zu sparen,
- Sondervereinbarungen mit Pharmaherstellern zur Kostenreduktion oder mit Kliniken und Ärzten zur zweckmäßigeren Arbeitsteilung treffen und
- für Risiken oberhalb der Grundsicherung Zusatzangebote machen.

Um zu überleben, werden sie dies tun müssen.

Die Sicherung der Gesundheit über Steuer-finanzierte Gesundheitsgrundbeiträge nach „Arbeit für Alle“ ist somit die konsequente Fortsetzung des mit dem Gesundheitsfond begonnenen Weges.

Es schafft Übersichtlichkeit, strafft die Verwaltung und vermeidet Brüche.

Es eröffnet die besten Möglichkeiten zur Kostenreduktion und zur Selbstbestimmung der Versicherten.

Weiter zu:

[„Rentenversicherung“](#)