

Michael Simon

Vom Zusatzbeitrag über die  
Gesundheitsprämie zur  
Abschaffung der  
gesetzlichen Krankenversicherung –  
Das zentrale gesundheitspolitische Projekt  
der schwarz-gelben  
Regierungskoalition 2009-2013

März 2010

Prof. Dr. Michael Simon  
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales  
Fachhochschule Hannover  
Blumhardtstr. 2  
30625 Hannover  
Email: [michael.simon@fh-hannover.de](mailto:michael.simon@fh-hannover.de)

# Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Gesundheitspolitische Aussagen im Koalitionsvertrag .....	11
	2.1 Gesetzliche Krankenversicherung.....	12
	2.1.1 Organisationsstrukturen.....	12
	2.1.1.1 Beteiligung der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung der Ersatzkassen .....	12
	2.1.1.2 Beschränkung der Kompetenzen des Spitzenverbandes Bund der GKV .....	14
	2.1.1.3 Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts auf die gesetzliche Krankenversicherung .....	15
	2.1.2 Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung .....	18
	2.1.2.1 Maßnahmen zur Überbrückung krisenbedingter Einnahmeausfälle .....	19
	2.1.2.2 Dauerhafte Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge.....	22
	2.1.2.3 Umstellung auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge .....	23
	2.1.2.4 Reduzierung und Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs .....	33
	2.1.2.5 Adäquates Verhältnis von Beitrag und Leistung.....	36
	2.1.3 Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung .....	40
	2.1.3.1 Mehr Gestaltungsfreiheit für die Versicherten .....	40
	2.1.3.2 Ausweitung der Kostenerstattung .....	41
	2.1.3.3 Ausweitung der Mehrkostenregelungen .....	45
	2.1.3.4 Wahltarife in Kooperation mit der PKV .....	47
	2.2 Private Krankenversicherung .....	50
3	Das 'Gesundheitsprämienmodell' von CDU und FDP .....	52
	3.1 Programmatische Positionen der CDU zur Zukunft der GKV .....	55
	3.1.1 Zukunft der Versicherungspflicht.....	55
	3.1.2 Organisationsstrukturen der GKV .....	57
	3.1.3 Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.....	58

3.2	Programmatische Positionen der CSU zur Zukunft der GKV .....	69
3.3	Programmatische Positionen der FDP zur Zukunft der GKV .....	72
4	Das ‚Gesundheitsprämienmodell‘: Strategisches Konzept für die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung .....	79
4.1	Die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung: Zentrale Merkmale der ‚sozialen Krankenversicherung‘ in Deutschland .....	82
4.2	Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung: Bedeutung für Versicherte und Gesundheitssystem .....	86
4.2.1	Bedeutung für die Versicherten .....	86
4.2.1.1	Zugang zur Krankenversicherung .....	87
4.2.1.2	Wechsel der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens .....	90
4.2.1.3	Verlust des Versicherungsschutzes .....	91
4.2.1.4	Leistungsumfang und Leistungsgewährung .....	91
4.2.1.5	Fazit .....	93
4.2.2	Bedeutung für das Gesundheitssystem .....	97
5	Der ‚Sozialausgleich‘ im ‚Gesundheitsprämienmodell‘ .....	103
5.1	Zur Frage der Berechnungsgrundlage der Beitragspauschalen .....	105
5.2	‚Sozialausgleich‘ – eine irreführende Fehletikettierung .....	108
5.3	Steuerfinanzierter ‚Sozialausgleich‘: Eine Maßnahme zur Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit? .....	112
5.3.1	Zur Kritik am unzureichenden sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung .....	115
5.3.2	Sozialversicherung – der falsche Ort für den sozialen Ausgleich? .....	118
5.3.3	Der soziale Ausgleich in der GKV – nur zwischen Gesunden und Kranken? .....	119
5.3.4	Sozialpolitisch begründete Umverteilung – keine Aufgabe der Sozialversicherung? .....	124
5.3.5	Steuerfinanzierter Sozialausgleich – das sozial gerechtere Modell? .....	124
6	Schlussbetrachtung .....	134
7	Literatur .....	136

## 1 Einleitung

Nachdem sie bei der Bundestagswahl vom 27. September 2009 eine gemeinsame Mehrheit erreicht und sich in mehrwöchigen Verhandlungen auf ein gemeinsames Regierungsprogramm geeinigt hatten, unterzeichneten die Vertreter der CDU, CSU und FDP am 26. Oktober 2009 den Koalitionsvertrag für eine neue schwarz-gelbe Regierungskoalition. Der Themenbereich „Gesundheit und Pflege“ gehörte offenbar zu den schwierigsten Verhandlungsbereichen, und eine Einigung konnte erst durch die Intervention der Parteiführungen erzielt werden. Im ca. 130 Seiten langen Koalitionsvertrag nimmt das Kapitel 9 „Gesundheit und Pflege“ mit ca. 9 Seiten einen vergleichsweise geringen Platz ein. Seine Bedeutung lässt sich aber nicht an der Seitenzahl ablesen, wie nicht nur die schwierigen Verhandlungen, sondern vor allem die nachfolgenden Diskussionen belegen. Die gesundheitspolitischen Vorhaben dürfen neben der Finanz- und Steuerpolitik wohl zu den zentralen Projekten der neuen Regierungskoalition gezählt werden.

Wegen der besonderen Bedeutung und öffentlichen Aufmerksamkeit, die die Gesundheitspolitik seit Jahrzehnten genießt, richtete sich die Aufmerksamkeit der Medien wie auch der Bundestagsopposition in starkem Maße auf das betreffende Kapitel des Koalitionsvertrages, in der Hoffnung, dort zu erfahren, was die neue Regierungskoalition für die nächsten vier Jahre plant. Der Blick in den Koalitionsvertrag verschafft jedoch wenig Klarheit darüber, denn die dort zu findenden Formulierungen sind weit überwiegend entweder sehr allgemein gehalten oder so gehalten, dass sie ohne fundierte und umfangreiche Kenntnisse des Gesundheitssystems und der gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre letztlich nicht zu verstehen sind. Aber auch der in diese Felder ‚eingeweihte‘ interessierte und einigermaßen sachkundige Leser kann an vielen Stellen die hinter den Formulierungen liegenden Bedeutungen nur erahnen.

Vor diesem Hintergrund versuchten Fachjournalisten in Interviews mit führenden Gesundheitspolitikern der Koalition Aufklärung darüber zu erhalten, was sich hinter den vagen und uneindeutigen Sätzen verbirgt. Aber auch die zahlreichen Ende 2009 und Anfang 2010 geführten Interviews brachten nur wenig Aufklärung. Betrachtet man die Medienberichterstattung und öffentliche Diskussion über die gesundheitspolitischen Vor-

haben der neuen Regierungskoalition, so ist der beherrschende Eindruck der einer relativ breiten Verunsicherung und Unklarheit über das, was von der neuen Regierung auf dem Feld der Gesundheitspolitik zu erwarten ist.<sup>1</sup>

Da sowohl die CDU als auch die FDP in den vorhergehenden Jahren für ein von ihnen ‚Gesundheitsprämienmodell‘ genanntes Reformkonzept eintraten, war eine der zentralen Fragen, ob denn nun die Kopfpauschale oder Gesundheitsprämie komme. Auf diese Frage bot der Koalitionsvertrag – zumindest auf den ersten Blick – keine Antwort. In ihm erscheint weder der Begriff ‚Gesundheitsprämie‘ noch ‚Kopfpauschale‘. Erst nach und nach legten die führenden Gesundheitspolitikern von CDU und FDP in Interviews offen, dass mit der im Koalitionsvertrag formulierten Ankündigung einer neuen „Ordnung“ mit „einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86) die Einführung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ gemeint ist.

Auch die über Monate gehende Diskussion über das Volumen eines ‚Sozialausgleichs‘ und die Frage seiner Finanzierbarkeit trug eher zur Verwirrung bei, als dass sie Klarheit schuf. Selbst für den interessierten Beobachter dürfte kaum nachvollziehbar geworden sein, warum Kritiker des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ (Lauterbach/Lüngen/Büscher 2009) einen Finanzierungsbedarf von knapp 40 Mrd. Euro errechneten, der Gesundheitsminister (Rösler 2010b) aber nur auf weniger als 10 Mrd. Euro kam. Auch die Erklärung der politischen Führung des Gesundheitsministeriums, Zahlen von 20-40 Mrd. Euro seien nicht die Zahlen des BMG, weil ihnen nicht das Konzept der Regierungskoalition zu Grunde liege, schuf keine Klarheit, da das Konzept der Regierung nicht bekannt war und erst von einer zum damaligen Zeitpunkt noch nicht berufenen Regierungskommission erarbeitet werden sollte.

Bis Ende März 2010, dem Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Untersuchung und immerhin fast ein halbes Jahr nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrages, hielt sich diese Unklarheit und Verunsicherung und wird voraussichtlich noch mindestens bis nach den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen andauern. Es scheint unter den führenden Gesundheitspolitikern der Koalition vereinbart worden zu sein, Einzelheiten der

---

<sup>1</sup> Um nur ein Beispiel anzuführen: Nachdem die „Märkische Allgemeine“ Mitte März 2010 gemeldet hatte, das Gesundheitsministerium plane eine Pauschale von 29 Euro, und daraufhin die Spekulationen neue Blüten trieben und das BMG dementierte, kommentierte Bergius in der Frankfurter Rundschau die Situation unter der treffenden Überschrift „Allgemeine Verunsicherung“ (Frankfurter Rundschau, 16.03.2010: 4).

geplanten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auf keinen Fall vor der NRW-Wahl an die Öffentlichkeit gelangen zu lassen, da davon offenbar negative Auswirkungen auf die Wahlergebnisse von CDU und FDP erwartet werden. Erst nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen am 9. Mai 2010 kann wohl damit gerechnet werden, dass die Vertreter der Regierungskoalition in ihren Aussagen über die für 2011 geplante große Gesundheitsreform konkreter werden.

Dass in den Koalitionsverhandlungen und in den darauf folgenden internen Gesprächen bereits deutlich mehr vereinbart wurde, als es der Koalitionsvertrag zu erkennen gibt, wird allerdings erst bei einer eingehenden Analyse der zahlreichen mündlichen Äußerungen führender Gesundheitspolitiker der Koalition deutlich. Die Frage nach den vereinbarten gesundheitspolitischen Vorhaben lässt sich in zentralen Punkten aber auch auf Grundlage programmatischer Dokumente von CDU und FDP beantworten. Eine solche eingehende Recherche und Analyse übersteigt allerdings die Möglichkeiten der Medienberichterstattung. Sie zu leisten fällt vielmehr in den Aufgabebereich der Wissenschaft, die insbesondere mit den Methoden einer qualitativen Inhaltsanalyse von Dokumenten und Interviews Zusammenhänge erschließen und offenlegen kann, die sich ohne eine solche Analyse nicht oder nicht ohne weiteres erschließen lassen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, auf dem Weg inhaltsanalytischer Erschließung herauszuarbeiten, welche Ziele und Vorhaben im Koalitionsvertrag enthalten sind. Zu diesem Zweck wird das entsprechende Kapitel des Koalitionsvertrages zunächst einer eingehenden Analyse unterzogen. Die darin enthaltenen Aussagen werden – soweit sich an ihnen konkrete Vorhaben ablesen lassen – mit den gegenwärtigen Regelungen des Sozialrechts und den gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre abgeglichen, und aus diesem Abgleich werden die aus den Formulierungen des Koalitionsvertrages abzuleitenden Vorhaben herausgearbeitet. Zur Unterstützung der Interpretation des Koalitionsvertrages wird zusätzlich auf Aussagen führender Gesundheitspolitiker der Koalition aus Interviews und Bundestagsreden zurückgegriffen.

Die Analyse wird sich auf Aussagen zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung konzentrieren und dabei auch die Aussagen zur privaten Krankenversicherung mit einbeziehen. Die angestrebte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist offensichtlich das zentrale gesundheitspolitische Projekt der neuen Regierungskoalition und hat weit reichende Bedeutung für die Zukunft des Gesundheitssystems insgesamt. Wie die Analyse zeigen wird, ist die Umstellung auf einkommensunabhängige Beitragspauscha-

len nicht letztes gesundheitspolitisches Ziel von CDU und FDP. Die Abschaffung einkommensbezogener Arbeitnehmerbeiträge und deren schrittweise Umwandlung in einkommensunabhängige Beitragspauschalen ist nur ein notwendiger und wichtiger Zwischenschritt hin zum letztendlichen Ziel, und das ist die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einbeziehung der übrigen im Koalitionsvertrag enthaltenen Aussagen über die Umgestaltung einzelner Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung kann darüber hinaus aufzeigen, dass dieses Vorhaben durch weitere geplante Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung flankiert werden soll, und dass die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen bereits seit längerem in einer Politik der kleinen Schritte durch die sukzessive Einfügung von Elementen der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung verfolgt wird.

Zentrales Anliegen der Untersuchung ist es, das der Öffentlichkeit bislang weitgehend verborgen gebliebene zentrale Vorhaben der neuen Regierungskoalition, die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung und Überführung des gegenwärtigen Systems in ein reines PKV-System, offen zu legen.

Sollte die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden, würde dies die gegenwärtige Gesamtkonstruktion des deutschen Gesundheitssystems in Frage stellen und mit hoher Wahrscheinlichkeit die Notwendigkeit einer umfassenden und grundlegenden Neujustierung des gesamten Regelungssystems nach sich ziehen. Denn – und dies wird ausgehend von einer eingehenden Analyse des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ von CDU und FDP herausgearbeitet – die gesetzliche Krankenversicherung ist im deutschen Gesundheitssystem mehr als nur Finanzierungsträger. Krankenkassen sind Sozialversicherungen und nehmen als Körperschaften des öffentlichen Rechts Funktionen der mittelbaren Staatsverwaltung wahr. Ihre primäre und wichtigste Aufgabe liegt – wie es das Bundesverfassungsgericht in einem Grundsatzurteil aus dem Jahr 1975 feststellte – „in dem Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe“ (BVerfGE 39, 302 [313]). Wird ihnen der zentrale Kern – und das ist der soziale Ausgleich als Verwirklichung des tragenden Solidarprinzips – entnommen, so zielt dies direkt auf die Abschaffung der als Sozialversicherung verfassten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Und der Kern des sozialen Ausgleich und Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge.



Auch dies hat das Bundesverfassungsgericht bereits mehrfach in Grundsatzentscheidungen klargestellt. Die Abschaffung einkommensabhängiger Beiträge bedeutet folglich mehr als nur die Umstellung einer Finanzierungstechnik. Und die Bedeutung eines solchen Schrittes geht weit über die Frage hinaus, ob es sozial gerecht ist, wenn eine Putzfrau denselben Beitrag zahlt wie ein Topmanager (wie dies in den letzten Monaten vielfach als Beispiel zur Veranschaulichung formuliert wurde).

Die einkommensunabhängigen Beiträge des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ zielen auf den sozialen Kern der gesetzlichen Krankenversicherung und sollen ihn zerstören. Das wiederum ist zentrale Voraussetzung für den nächsten darauf folgenden Schritt, die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen, die ihre Prämien nach den für die PKV verbindlichen „versicherungstechnischen Methoden“ berechnen, und das heißt: risikoäquivalent, also in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und vor allem individuellem Gesundheitszustand bzw. individuellen Vorerkrankungen und Krankheitsrisiken. Dies ist eines der zentralen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung: die Umstellung auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen ist nicht Endziel, sondern nur notwendiger Zwischenschritt hin zu einem reinen PKV-System.

Diese Zielorientierung erschließt sich allerdings nicht – wie bereits angesprochen – aus den Formulierungen des Koalitionsvertrages und auch nicht aus den Äußerungen führender Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Koalition. Erst der Blick in die programmatischen Dokumente von CDU und FDP kann hier die Klarheit schaffen, die der Koalitionsvertrag – offenbar aus wohlüberlegtem strategischen Kalkül – nicht bietet. Insofern fällt die nachfolgend zitierte Kritik des CDU-Bundestagsabgeordneten Koschorrek, gerichtet an die Adresse der Opposition, auf die Verfasser des Koalitionsvertrages zurück:

„Den Koalitionsvertrag haben Sie sicherlich auch gelesen. Unbedingt dazu gehört aber, dass man das, was man gelesen hat, auch versteht, und da haben Sie offensichtlich ein wenig Nachholbedarf“ (Koschorrek 2009b: 287).

In der Tat ist der Koalitionsvertrag so formuliert, dass es nicht ausreicht, ihn zu lesen, um ihn zu verstehen. Das ist aber keineswegs mangelnden intellektuellen Fähigkeiten der nicht in die internen Absprachen eingeweihten Leser geschuldet als vielmehr dem Umstand, dass es sich um einen ‚verschlüsselten‘ oder ‚chiffrierten‘ Text handelt, für dessen Verständnis ein spezieller ‚Dechiffrierungscode‘ erforderlich ist. Die vorliegende Untersuchung kann in diesem Sinne als Versuch einer Dechiffrierung unter Zuhilfenah-

me programmatischer Dokumente und mündlicher Äußerungen führender Gesundheitspolitiker von CDU und FDP verstanden werden.

Die Untersuchung ist wie folgt aufgebaut: Zunächst wird der Koalitionsvertrag daraufhin analysiert, welche Aussagen zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung darin enthalten sind und welche Vorhaben sich an den betreffenden Aussagen ablesen lassen. Daran schließt sich eine Darstellung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ von CDU und FDP an, das darauf folgend einer systematischen Kritik unterzogen wird. Wegen seiner besonderen Stellung in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion wird im Anschluss daran der so genannte ‚Sozialausgleich‘ näher betrachtet. Dieser Begriff erweist sich bei näherer Betrachtung als irreführende ‚Fehletikettierung‘, denn geplant ist nicht ein umfassender ‚sozialer Ausgleich‘, wie ihn die gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig gewährleistet, sondern lediglich ein staatlicher Beitragszuschuss für hilfebedürftige Geringverdiener. Im Rahmen der Erörterung werden auch die zentralen Begründungsmuster für die Einführung eines steuerfinanzierten ‚Sozialausgleichs‘ einer systematischen Kritik unterzogen. Dabei wird auch herausgearbeitet, dass die Umstellung auf eine Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung keineswegs zwangsläufig zu einer sozial gerechten Verteilung von Finanzierungslasten führt, wie dies von führenden Vertretern der Regierungskoalition behauptet wird.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass der Text an einigen Stellen bewusste Redundanzen enthält. Damit auch einzelne Kapitel für sich genommen und für einen selektiv vorgehenden Leser verständlich sind, werden gelegentlich wesentliche Inhalte vorhergehender Kapitel kurz rekapituliert, die für das Verständnis des jeweils folgenden Abschnitts notwendig erschienen.

## 2 Gesundheitspolitische Aussagen im Koalitionsvertrag

Die gesundheitspolitischen Aussagen des Koalitionsvertrages finden sich in Kapitel 9 „Gesundheit und Pflege“ (CDU/CSU/FDP 2009: 84-93). Die dort enthaltenen Aussagen sind – wie der Koalitionsvertrag insgesamt – weit überwiegend sehr allgemein und vage gehalten. Nur wenige Aussagen sind so eindeutig, dass in ihnen konkrete Vorhaben erkennbar werden. Die nachfolgende Analyse beschränkt sich auf Aussagen, die hinreichend konkret sind, um aus ihnen bestimmte Vorhaben oder Richtungen geplanter Veränderungen ableiten zu können.

Nicht eingegangen wird auf Aussagen und Passagen, die offenbar allgemeine Grundsätze, grundlegende Orientierungen und tragende Werthaltungen zum Ausdruck bringen sollen. Ebenso nicht in die Analyse einbezogen werden Aussagen die zwar den Gegenstandsbereich benennen, aber nicht so eindeutig sind, dass die Richtung einer geplanten Veränderung erkennbar wird. Sofern sich hinter den Aussagen des zweiten Typs konkrete bereits intern vereinbarte Vorhaben verbergen, dürften sie nur den Mitgliedern der Verhandlungskommission oder Arbeitsgruppe bzw. dem inneren Kreis der Verhandlungsführungen bekannt sein. Diese Formulierungen könnten aber auch Ausdruck davon sein, dass über bestimmte Vorhaben im Rahmen der Koalitionsverhandlungen kein Konsens zu erzielen war und die Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wurde.

Aussagen, in denen allgemeine Grundsätze zum Ausdruck gebracht werden, sind beispielsweise:

„Gesundheit hat für die Menschen in unserem Land eine hohe Bedeutung. Sie müssen sicher sein können, dass sie im Krankheits- und Pflegefall gut versorgt sind“ (CDU/CSU/FDP 2009: 84).

„Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können“ (CDU/CSU/FDP 2009: 85).

Eine Aussage, in der zwar ein Gegenstandsbereich aber keine Richtung der geplanten Veränderung genannt oder angedeutet wird, ist beispielsweise:

„Wir werden die Entwicklung im Basistarif der privaten Krankenversicherung beobachten. Das Verhältnis von reduzierten Beiträgen im Basistarif aufgrund von Hilfebedürftigkeit und dem Abschluss privater Zusatzversicherungen wird überprüft“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Die Ankündigung von ‚Prüfungen‘ finden sich an zahlreichen Stellen des Kapitels. Vor dem Hintergrund der neueren gesundheitspolitischen Diskussion oder bereits erfolgter Entscheidungen der Regierungskoalition ließe sich ein möglicherweise dahinter verborgenes Vorhaben teilweise durchaus ‚herauslesen‘.<sup>2</sup> Es wird hier jedoch bis auf wenige Ausnahmen darauf verzichtet, da dies zumeist zu spekulativ und zu wenig aus dem Gesamtzusammenhang des Koalitionsvertrages sicher ableitbar erscheint.

Im Folgenden sollen nun die Aussagen des Koalitionsvertrages vorgestellt werden, aus denen sich mehr oder weniger eindeutig auf geplante Veränderungsvorhaben schließen lässt. Die Darstellung folgt entlang eines Kategorienschemas, das auch als Grundlage für die tabellarische Übersicht gesundheitspolitischer Aussagen in Parteitagebeschlüssen von CDU, CSU und FDP diene (vgl. Anhang).

## **2.1 Gesetzliche Krankenversicherung**

### **2.1.1 Organisationsstrukturen**

Zu den für die Zukunft angestrebten Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich die folgenden expliziten Aussagen im Koalitionsvertrag:

„Wir streben in den Verwaltungsräten aller Krankenkassen gemäß der gemeinsamen Finanzierung auch die Vertretung der Arbeitgeberseite an“ (CDU/CSU/FDP 2009: 92).

„Die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen sich auf die Bereiche konzentrieren, die gemeinsam und einheitlich durchgeführt werden müssen“ (CDU/CSU/FDP 2009: 92).

#### **2.1.1.1 Beteiligung der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung der Ersatzkassen**

Die erste Aussage enthält die Ankündigung einer einschneidenden Änderung der Selbstverwaltung der Ersatzkassen. Während in den so genannten RVO-Kassen wie AOK, IKKn

---

<sup>2</sup> So ist mit der zuvor zitierten Passage vermutlich angedeutet, dass der Basistarif einer kritischen Überprüfung unterzogen werden soll, eine Abschaffung aber nicht konsensfähig war. Einigkeit bestand vermutlich darin, dass ein gravierendes Problem der Finanzierung der Versicherungsprämien für Hartz IV Empfänger gelöst werden soll. Es hatte sich nach Einführung des Basistarifs gezeigt, dass in der PKV versicherte Hartz IV Empfänger einen erheblichen Teil ihrer Versicherungsprämie selbst tragen müssen, da sich auf Grund eines Fehlers bei der Konstruktion der betreffenden Rechtsvorschriften eine Lücke zwischen der Versicherungsprämie und dem Betrag ergab, der im Rahmen der Hartz IV Leistungen vom Sozialleistungsträger übernommen wird. Diese Lücke müssen privat versicherte Hartz IV Empfänger selbst tragen. Bereits die große Koalition hatte diese Lücke als unbeabsichtigt und Gesetzgebungsfehler anerkannt, konnte sich allerdings nicht auf eine Neuregelung einigen.

und BKKn die Verwaltungsräte je zur Hälfte mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt sind, werden die Verwaltungsräte der Ersatzkassen bislang nur von Versicherten besetzt. Der Koalitionsvertrag legt die Annahme nahe, dass auch die Verwaltungsräte der Ersatzkassen zukünftig sowohl mit Versicherten- als auch Arbeitgebervertretern besetzt werden sollen.

Wie die Sitzverteilung ausgestaltet werden soll, ist an der Formulierung „gemeinsam“ nicht ablesbar. Nimmt man den offenbar als Begründung gemeinten Verweis auf die gemeinsame Finanzierung, so rechtfertigt dieser Begründungsansatz keine hälftige Aufteilung der Sitze, wie sie gegenwärtig in den RVO-Kassen gesetzlich vorgegeben ist. Angesichts des bereits vollzogenen Ausstiegs aus der hälftigen Tragung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und der im Koalitionsvertrag an anderer Stelle enthaltenen Ankündigung einer weiteren relativen Reduzierung des Arbeitgeberanteils müsste die Koalition – wenn sie ihren Begründungsansatz ernst nimmt – die Sitzverteilungen in allen Krankenkassen dahingehend ändern, dass die Zahl der Sitze abhängig ist vom jeweiligen Beitragsanteil.

Das aber wiederum würde die Frage nach einer angemessenen Vertretung des Staates aufwerfen, denn schließlich beteiligt sich der Bund mit Steuermitteln bereits in deutlichem Umfang an der Finanzierung der Krankenkassen, und die Koalition plant, den Steueranteil weiter zu erhöhen.

Die Begründung scheint nicht wirklich durchdacht und entspringt vermutlich auch nicht den tatsächlichen Motiven einer solchen Änderung. Es drängt sich vielmehr der Eindruck auf, als solle die geplante Beteiligung von Arbeitgebervertretern an der Selbstverwaltung der Ersatzkassen der Disziplinierung und Kontrolle dieser Kassen und ihrer Führung dienen, ähnlich wie auch bereits unter Bismarck die Erzwingung einer Arbeitgeberbeteiligung an der Leitung der zuvor vollständig von den versicherten Arbeitern selbst verwalteten Hilfskassen.

Das Vorhaben einer Beteiligung der Arbeitgeber an der Selbstverwaltung der Ersatzkassen steht zudem in merkwürdigem Kontrast zu der – im weiteren Verlauf der Analyse noch herauszuarbeitenden – zentralen, vor allem von der FDP verfolgten Zielorientierung einer Umwandlung der gesetzlichen Krankenversicherung in private Versicherungsunternehmen. Aber da es sich beim Koalitionsvertrag um ein Dokument der Kompromissbildung zwischen drei Parteien handelt, darf wohl davon ausgegangen werden, dass dieser Teil des Koalitionsvertrages nicht von der FDP stammt, sondern von Unions-

vertretern, die an der gesetzlichen Krankenversicherung im Grundsatz festhalten, den Handlungsspielraum der Ersatzkassenführungen allerdings einschränken wollen, vermutlich insbesondere deren Freiheit zur Kritik an der Politik der Bundesregierung.

#### **2.1.1.2 Beschränkung der Kompetenzen des Spitzenverbandes Bund der GKV**

Die Formulierung, dass die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung ‚beschränkt‘ werden sollen, lässt eine Reduzierung der jetzigen Aufgaben und damit verbundenen Kompetenzen erwarten. Berücksichtigt man, dass an anderer Stelle des Vertrages eine Ausweitung des Spielraums für Einzelverträge der einzelnen Kassen angekündigt wird (CDU/CSU/FDP 2009: 85) und sich in den gesundheitspolitischen Programmatiken der Koalitionsparteien die Forderung nach einer insgesamt stärker wettbewerblichen Organisation des Gesundheitswesens und eben auch der Krankenkassen findet, so kann diese Passage wohl als Ankündigung einer deutlichen Rückführung der Kompetenzen des Spitzenverbandes Bund gedeutet werden. Denn je mehr der Bereich der Einzel- oder Selektivverträge einzelner Kassen mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern ausgeweitet wird, desto weniger bleibt für den Bereich der von allen Kassen ‚gemeinsam und einheitlich‘ auszuhandelnden Kollektivverträge. Allerdings darf wohl bei diesem Thema davon ausgegangen werden, dass es kontrovers innerhalb der Regierungskoalition bewertet und diskutiert wird und die eher vorsichtige Formulierung des „beschränken“ Ausdruck inhaltlicher Differenzen zwischen den Koalitionsparteien und auch innerhalb der beteiligten Parteien ist. So enthält das gemeinsame Wahlprogramm 2009 von CDU und CSU die Feststellung, dass Kollektivvertragliche Regelungen zumindest im ländlichen Raum „unabdingbar“ seien (CDU/CSU 2009: 24).

Wenn man jedoch – was an späterer Stelle ausführlicher herausgearbeitet wird – einbezieht, dass die FDP und zumindest Teile der CDU offensichtlich eine Abschaffung der GKV als Sozialversicherung anstreben, dann kann die Beschränkung der Kompetenzen und Aufgaben ein erster Schritt hin zu einer vollständigen Abschaffung des Spitzenverbandes Bund sein.

### **2.1.1.3 Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts auf die gesetzliche Krankenversicherung**

Dass die Grundorientierung auf eine Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen in die verschiedensten Passagen des Koalitionsvertrags hineinwirkt, kann an einer weiteren, allerdings indirekten Aussage zur Zukunft der Organisationsform der Krankenkassen abgelesen werden:

„Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen sehen wir Überprüfungsbedarf. Dazu gehört auch die Überprüfung des Rechtswegs“ (CDU/CSU/FDP 2009: 87).

Die Frage, ob das allgemeine Wettbewerbsrecht auch auf die Krankenkassen Anwendung finden soll, ist in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der zunehmenden Abkehr vom Kollektivvertragssystem und Ausweitung von Selektivverträgen von immer größerer Bedeutung geworden. Wesentlich mit ausgelöst und vorangetrieben durch die Festbetragsregelungen für den Arzneimittelbereich, mussten sich Gerichte mit der Frage befassen, ob Krankenkassen überhaupt – wie vom Gesetzgeber vorgegeben – quasi hoheitliche Kompetenzen wie beispielsweise die Festsetzung von Festbeträgen für die von den Krankenkassen zu übernehmenden Arzneimittel ausüben dürfen, oder ob sie nicht vielmehr Wirtschaftsunternehmen sind, denen solche hoheitliche Macht nicht zusteht. Im Rahmen dieser Rechtsstreitigkeiten wurde auch der Europäische Gerichtshof (EuGH) angerufen, um zu entscheiden, ob die deutschen Krankenkassen Sozialversicherung sind oder Wirtschaftsunternehmen. Wären sie Wirtschaftsunternehmen, würden sie dem Kartellrecht unterliegen und ihre Aktivitäten würden vom Kartellamt im Hinblick auf die Einhaltung wettbewerbsrechtlicher Vorschriften kontrolliert. Insbesondere bei großen Kassen wäre damit zu rechnen, dass sie in zahlreichen Regionen als marktbeherrschende Unternehmen eingestuft und ihr Handlungsspielraum deutlich eingeschränkt würde. Bislang hat der EuGH die deutschen Krankenkassen als Sozialversicherung eingestuft, so dass sie den Beschränkungen des europäischen Wettbewerbsrechts nicht unterliegen (EuGH 2004). Sie dürfen also weiterhin als Körperschaft des öffentlichen Rechts und mittelbare Staatsverwaltung Rechtssetzungen in dem vom Gesetzgeber gesetzten Rahmen vornehmen, ihre Entscheidungen gegenüber Versicherten sind Verwaltungsakte und ihre kollektivvertraglichen Vereinbarungen mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung, mit Landeskrankenhausgesellschaften oder

der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind kraft Gesetz unmittelbar bindend für alle Krankenkassen und alle zur Versorgung ihrer Versicherten zugelassenen Leistungserbringer. Auf diese Zusammenhänge hebt die oben zitierte Passage offenbar ab. Gemäß § 69 Abs. 2 SGB V sind die Krankenkassen beim Abschluss von Kollektivverträgen ausdrücklich von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ausgenommen. Dies scheint die Regierungskoalition ändern zu wollen.

Welche Auswirkungen eine solche Änderung auf das Kollektivvertragssystem haben wird, soll an dieser Stelle nicht vertieft werden und hängt sicherlich auch von der konkreten Ausgestaltung der Änderung ab. Es bleibt aber festzuhalten, dass Kollektivverträge eine der wichtigsten tragenden Säulen des deutschen Gesundheitssystems sind. Durch das System kollektiver Verträge, die von den Krankenkassen nach dem Grundsatz ‚gemeinsam und einheitlich‘ mit legitimierten Vertretern aller Leistungserbringer eines Versorgungsbereichs (z.B. für die ambulante ärztliche Versorgung) abgeschlossen werden, erhalten alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gleichen und freien Zugang zu allen zugelassenen Leistungserbringern des betreffenden Versorgungsbereichs. Ein System von Selektiv- oder Einzelverträgen mit einzelnen Leistungserbringern oder einzelnen Gruppen von Leistungserbringern erfordert letztlich die Beseitigung des für alle Versicherten freien Zugangs zu allen für die Versorgung von Kassenpatienten zugelassenen Leistungserbringern. Der freie Zugang zu allen Leistungserbringern oder Produkten muss durch ein System fragmentierten Zugangs ersetzt werden, in dem Krankenkassen die Behandlungskosten nur noch für solche Leistungserbringer und deren Dienstleistungen oder Produkte übernehmen, mit denen sie einen Selektivvertrag abgeschlossen haben. Faktisch erhalten die Versicherte damit Zugang nur noch zu den von der Kasse ausgewählten Ärzten oder Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern. Dies verbirgt sich letztlich hinter Leerformeln wie ‚mehr Vertragsfreiheit‘ oder ‚mehr Vertragswettbewerb‘.

Doch zurück zum Ausgangspunkt des kurzen Exkurses: Die Frage der Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts ist eng verbunden mit der Frage, ob die Krankenkassen Sozialversicherung sind oder normale Versicherungsunternehmen, auf die der funktionale Unternehmensbegriff des europäischen Wettbewerbsrechts Anwendung findet (zur Thematik vgl. u.a. Ebsen 2010; Kingreen 2007). Unterwirft man die Krankenkassen in vollem Umfang dem nationalen Wettbewerbsrecht, legt dies die Schlussfolgerung nahe, dass der Gesetzgeber sie als Wirtschaftsunternehmen ansieht und sie – zumindest in



diesem Punkt – entsprechend behandelt. Deutet man diese Passage des Koalitionsvertrages in diese Richtung, so wäre die Änderung ein Baustein von mehreren in einer Strategie, die auf die Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen zielt.

Als ein erster Beleg für die Richtigkeit einer solchen Interpretation sei an dieser Stelle auf eine entsprechende Passage in einem programmatischen Antrag der FDP-Bundestagsfraktion vom 11.02.2009 zitiert, in dem sie die damalige große Koalition aufforderte, die Krankenkassen umzuwandeln „von Körperschaften des öffentlichen Rechts in Unternehmen mit sozialer Verantwortung“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 3). Dass es sich dabei keineswegs um einen von der Parteilinie abweichenden ‚Alleingang‘ der Fraktion handelte, zeigt der Blick in die Beschlusslage der Bundesparteitage der FDP. So heißt es in einem gesundheitspolitischen Grundsatzbeschluss des Parteitages 2004:

„Für die heutigen gesetzlichen Krankenkassen werden die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit sie sich in private Versicherungsunternehmen umwandeln können“ (FDP 2004: 3).

„Alle Krankenkassen werden private Versicherungsunternehmen“ (FDP 2004: 3)

Als Beleg dafür, dass nicht nur die FDP ein solches Ziel verfolgt, sondern auch die Spitzen der CDU, kann die Reaktion bspw. von Bundeskanzlerin Merkel auf die zeitgleiche Ankündigung von Zusatzbeiträgen durch mehrere Krankenkassen gewertet werden. Sie kritisierte nicht die Erhebung von Zusatzbeiträgen, sondern dass der Zeitpunkt anscheinend abgesprochen sei, und forderte relativ offen eine Überprüfung durch das Bundeskartellamt. Das aber ist für die Sozialversicherung nicht zuständig. Dennoch reagierte die so angesprochene Bundesbehörde und leitete am 17.02.2010 ein kartellrechtliches Verfahren gegen neun Krankenkassen ein, die die Erhebung von Zusatzbeiträgen gemeinsam angekündigt hatten (Bundeskartellamt 2010).

Das Verfahren sollte aber offenbar nicht dazu dienen, die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu verhindern, sondern verfolgte anscheinend einzig den Zweck, die Kassen zur Klage dagegen zu veranlassen. Auf diesem Weg sollte offenbar durch ein deutsches Gericht geklärt werden, ob die Kassen nicht doch als Wirtschaftsunternehmen anzusehen und dem Kartellrecht zu unterwerfen sind. Käme es zu einem entsprechenden Gerichtsverfahren und Urteil, würde dies die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der EuGH bei der nächsten darauf folgenden Entscheidung die deutschen Krankenkassen ebenfalls zu Unternehmen erklärt und dem europäischen Wettbewerbsrecht unterwirft.

Offensichtlich gibt es in dieser Frage aber erhebliche Differenzen sowohl innerhalb der Regierungskoalition als auch zwischen den beteiligten Bundesbehörden. So forderte der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer (CSU), Anfang März 2010: „Das Kartellamt soll seine Finger da heraushalten“ (Singhammer, zit. n. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 8.03.2010: 15). Und das Bundesversicherungsamt stellte als zuständige Aufsichtsbehörde für die betroffenen Ersatzkassen am 8.03.2010 in einer Pressemitteilung sehr eindeutig klar: „Es verneint die vom Bundeskartellamt unterstellte Unternehmenseigenschaft von Krankenkassen im Sinne des Kartellrechts bei der Festsetzung von Zusatzbeiträgen“ (BVA 2010). Im Übrigen halte das Bundesversicherungsamt die Vorgehensweise der Krankenkassen „nicht für rechtswidrig“ (ebd.).

Es hat den Anschein, dass zumindest ein Teil der Unionsfraktion die weit reichende Bedeutung einer Unterstellung der Krankenkassen unter das Wettbewerbsrecht sieht. Wenn die Kassen in das Wettbewerbsrecht einbezogen würden, so Singhammer, „dann hat das erhebliche Auswirkungen, es trifft das Herz des deutschen Gesundheitswesens (...) Die Nebenwirkungen wären kaum übersehbar“ (Singhammer, zit. n. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 8.03.2010: 15).

Die Frage der Einbeziehung der Krankenkassen in das Wettbewerbsrecht birgt offensichtlich Konfliktpotenzial für die Regierungskoalition und scheint mit der entsprechenden Formulierung im Koalitionsvertrag für die Koalition nicht abschließend beantwortet zu sein.

### **2.1.2 Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Zur Zukunft der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich im Koalitionsvertrag die folgenden Aussagen:

„Krisenbedingte Einnahmeausfälle dürfen nicht alleine den Versicherten aufgebürdet werden, deshalb werden gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der Krise erfolgen“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

„Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

„Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

„Der Morbi-RSA wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

„Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Es braucht zudem Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

### **2.1.2.1 Maßnahmen zur Überbrückung krisenbedingter Einnahmeausfälle**

Die im Koalitionsvertrag vereinbarten „Maßnahmen zur Überbrückung der Krise“ wurden noch 2009 kurzfristig in Angriff genommen. Zum 1.01.2010 legte die Bundesregierung den Entwurf eines Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes (SozVersStabG) vor, das für das Jahr 2010 die Gewährung eines einmaligen Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von 3,9 Mrd. Euro vorsieht (§ 221a SGB V).

Zu beachten ist allerdings die genaue Formulierung der entsprechenden Passage im Koalitionsvertrag. Danach sollen die krisenbedingten Einnahmeausfälle „nicht allein“ den Versicherten aufgebürdet werden.<sup>3</sup> Der Bundeszuschuss soll folglich nicht alle krisenbedingten Einnahmeausfälle ausgleichen. Die Bundesregierung ging zum Zeitpunkt der Festsetzung des zusätzlichen Bundeszuschusses davon aus, dass die Einnahmeausfälle im Jahr 2010 zu einem Defizit führen werden, das mehr als 3,9 Mrd. Euro beträgt. Die Differenz zwischen tatsächlichem Defizit und einmaligem Bundeszuschuss sollen somit die Versicherten über die im Regelungssystem für den Gesundheitsfonds vorgesehenen Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen tragen. Und zwar nur die Mitglieder, denn – wie bereits zitiert – der Arbeitgeberbeitrag soll unverändert bleiben. Da die Regierungskoalition bei der Festsetzung des Bundeszuschusses davon ausging, dass für 2010 mit einem Defizit in Höhe ca. 8 Mrd. Euro zu rechnen ist,<sup>4</sup> würden ca. 4 Mrd. Euro verbleiben, die allein von den Mitgliedern über Zusatzbeiträge zu decken sind.

Im Koalitionsvertrag findet sich zudem ein Begründungsansatz für die zweigeteilte Deckung des erwarteten Defizits, der eine grundlegende Orientierung erkennen lässt.

---

<sup>3</sup> Es sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass in der betreffenden Passage fälschlicherweise von „Versicherten“ die Rede ist. Gegenwärtig zahlen jedoch nicht die Versicherten, sondern die „Mitglieder“ den Beitrag. Beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder wie Ehegatten ohne eigenes Einkommen über einer festgelegten Grenze sowie Kinder sind dementsprechend zwar Versicherte aber nicht Beitrag zahlendes Mitglied. Die Formulierung könnte im Koalitionsvertrag allerdings bewusst so gewählt sein oder zumindest einem Teil der Mitglieder der Koalitionsverhandlungen als angemessen erschienen sein, da – wie an späterer Stelle ausführlicher herausgearbeitet wird – das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ sowohl der CDU als auch der FDP die Einführung einer Beitragspflicht für alle Versicherten vorsieht.

<sup>4</sup> So der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, in einem Interview mit der Berliner Zeitung vom 28.12.2009.

„Die gegenwärtige Situation ist gekennzeichnet durch ein prognostiziertes Defizit, das sich sowohl aus krisenbedingten Beitragsausfällen als auch gesundheitssystemimmanenten Ausgabensteigerungen (Demographie, Innovationskosten, Fehlwirkungen) zusammensetzt“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Da es einen Bundeszuschuss nur für die Deckung der krisenbedingten Einnahmeausfälle geben soll, impliziert eine solche Aussage, dass der Teil des Defizits, der nach Einschätzung der Koalition durch Kostensteigerungen verursacht wird, von den Mitgliedern zu tragen ist. Und dies entspricht genau der Grundargumentation des Gesundheitsprämienmodells von CDU und FDP, dass die zukünftigen Kostensteigerungen nicht mehr die Lohnkosten belasten sollen und deshalb von den Mitgliedern allein zu tragen seien.

Allerdings steht eine solche Begründung vor dem Problem, dass der GKV-Schätzerkreis am 9.12.2009 das für 2010 zu erwartende Defizit nicht auf Mindereinnahmen, sondern fast ausschließlich auf Ausgabensteigerungen zurückführte (GKV-Schätzerkreis 2009). Zwar wurde erwartet, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus der allgemeinen Krankenversicherung um ca. 2,4 Mrd. Euro zurückgehen, zugleich rechnete der Schätzerkreis aber auch mit einem Anstieg der Beitragszahlungen der Rentner um 2,4 Mrd. Euro, so dass das Volumen der Beitragseinnahmen weitgehend dem des Jahres 2009 entsprechen würde.

Vor diesem Hintergrund scheint die Entscheidung für einen Bundeszuschuss zur teilweisen Deckung des GKV-Defizits eher darauf zu zielen, dass die Krankenkassen gezwungen werden, Zusatzbeiträge zu erheben, der Finanzierungsbedarf aber nicht höher sein soll, als mit einem pauschalen Zusatzbetrag von 8 Euro zu decken ist.<sup>5</sup> Denn, aus Sicht der Koalitionsverhandlungen betrachtet: Wären die ersten Krankenkassen bereits im Jahr 2010 gezwungen, höhere Zusatzbeiträge zu erheben, so dürften diese nicht pauschal, sondern müssten prozentual vom Einkommen erhoben werden. Damit aber würden ‚Fakten‘ geschaffen, die einen schrittweisen Ausbau der pauschalen Zusatzbeiträge zu pauschalen ‚Gesundheitsprämien‘ erschweren könnten. Zudem wäre damit zu rechnen, dass die öffentliche Diskussion und Kritik um so schärfer ausfällt, je höher die ersten Zusatzbeiträge festgesetzt werden. Die Erhebung hoher prozentualer Zusatzbeiträge hätte die Koalition nur über eine schnelle Gesetzesinitiative Anfang 2010 verhindern können. Dafür gab es aber offenbar keine ausgereiften Pläne. Diese zu entwickeln, wur-

---

<sup>5</sup> Als Bestätigung dieser Annahme kann auch eine Aussage des parlamentarischen Staatssekretärs im BMG in der Bundestagsdebatte vom 29.01.2010 über das SozVersStabG gewertet werden, in der er den Bundeszuschuss nur damit begründete, dass ansonsten die Kassen in 2010 höhere Zusatzbeiträge erheben müssten (vgl. Bundestags-Plenarprotokoll vom 29.01.2010: 1738).

de nicht von ungefähr auf eine Regierungskommission übertragen, die frühestens Mitte 2010 ein Konzept vorlegen sollte.

Die Erhebung prozentualer Zusatzbeiträge bereits in der ersten Hälfte des Jahres 2010 zu verhindern, war der Koalition nicht möglich. Unmittelbar gesetzgeberisch zu intervenieren, wäre sehr riskant gewesen, nicht nur weil überhastete gesetzgeberische Intervention mit der Gefahr rechtstechnischer Fehler behaftet sind, sondern es lag vor allem kein ausgereifter Gesamtreformplan vor, an dem sich kleinteilige Maßnahmen orientieren könnten. Im Rahmen einer kurzfristigen Gesetzesinitiative wäre im Grunde nur die Möglichkeit geblieben, die im Gesetz enthaltene Option prozentualer, einkommensbezogener Zusatzbeiträge zu streichen und stattdessen die Obergrenze für pauschale Zusatzbeiträge zu erhöhen. Das aber hätte dann – entsprechend der Ankündigungen – mit einem ‚Sozialausgleich‘ aus Steuermitteln verbunden sein müssen. Dafür wiederum gab es aber kein Konzept, weder zur technischen Konstruktion noch zum erforderlichen Finanzvolumen. Dies sollte erst die noch zu bildende Regierungskommission erarbeiten (vgl. Rösler 2009a).

Kurz gefasst: Da die Koalition über kein ausreichend durchdachtes und innerhalb der Koalition abgestimmtes Reformkonzept verfügte, blieb nur die Option, sich mit einem – wie auch immer legitimierten – zusätzlichen Bundeszuschuss bis Ende 2010 ‚über die Runden zu retten‘. Die Kassen sollten zwar gezwungen werden, Zusatzbeiträge zu erheben, aber nur pauschale in Höhe von bis zu 8 Euro. Dieses Kalkül ging bekanntlich nicht auf, da einige Krankenkassen von vornherein gleich einen prozentualen Zusatzbeitrag erhoben. Es bleibt abzuwarten, wie die Koalition dieses Problem lösen will.

Die Gewährung eines zusätzlichen Bundeszuschusses könnte aber auch dazu dienen, eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zu vermeiden, die – bei der Ende 2009 und Anfang 2010 noch geltenden Rechtslage – ansonsten notwendig werden könnte. Die entsprechenden Regelungen zum Gesundheitsfonds schreiben vor, dass die Bundesregierung den allgemeinen Beitragssatz durch Rechtsverordnung zu erhöhen hat, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und Folgejahr nicht mindestens zu 95 % decken (§ 220 Abs. 2 i.V.m. § 241 Abs. 1 SGB V).

Das von der Koalition für 2009 erwartete Defizit von ca. 8 Mrd. Euro bewegt sich an der durch § 220 Abs. 2 SGB V gesetzten 5 %-Grenze, und da für 2011 ebenfalls mit einem

deutlichen Defizit zu rechnen ist, könnte die Regierung bereits 2009 in die Lage geraten, dass sie nach bis dahin geltendem Recht den hälftig von Mitgliedern und Arbeitgebern zu tragenden allgemeinen Beitragssatz erhöhen müsste. Ohne zusätzlichen Bundeszuschuss könnte folglich die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags gefährdet sein. Zwar könnte dem mit einer kurzfristigen Änderung der entsprechenden Paragraphen zum allgemeinen Beitragssatz begegnet werden, das aber würde wiederum das Defizit der Krankenkassen erhöhen und sie zur Erhebung höherer Zusatzbeiträge zwingen, bevor die Regierungskoalition ihre Gesamtkonzeption ausgearbeitet und intern abgestimmt hat.

#### **2.1.2.2 Dauerhafte Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge**

Auf die dauerhafte Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge konnten sich die Verhandlungsdelegationen der Koalitionsparteien vermutlich relativ schnell und unproblematisch einigen, da die Festschreibung Teil der Beschlusslage sowohl der CDU als auch der FDP ist. Der Einstieg in die von beiden Parteien seit längerem geforderte Festschreibung war noch von der großen Koalition im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 beschlossen worden und wurde zum 1. Januar 2009 mit dem Start des Gesundheitsfonds vollzogen. Für die Verwirklichung des Vorhabens einer dauerhaften Festschreibung des Arbeitgeberanteils ist somit keine Gesetzesänderung erforderlich.

Allerdings wurde vom bayrischen Gesundheitsminister bereits signalisiert, dass eine dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberanteils für die CSU dann nicht mehr akzeptabel wäre, wenn die Schere zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil aus Sicht der CSU zu groß wird.

„Im Rahmen dieser Legislaturperiode wird es wohl keinen Änderungsbedarf geben. Allerdings: Wenn die Spreizung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zu groß würde, muss man aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit abermals diskutieren“ (Söder 2009).

Es dürfte auch mit Kritik aus den Reihen der CDU-Arbeitnehmerschaft zu rechnen sein, wenn durch Festschreibung des Arbeitgeberbeitragssatzes und steigende Zusatzbeiträge der Arbeitnehmer der Abstand beider Beitragsanteile deutlich zunimmt.

### 2.1.2.3 Umstellung auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge

Die sicherlich wichtigste und zentrale Aussage im gesundheitspolitischen Kapitel des Koalitionsvertrages ist die Ankündigung einer Umstellung der bisherigen einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge (CDU/CSU/FDP 2009: 86). Wegen seiner zentralen Bedeutung soll der entsprechende Satz an dieser Stelle noch einmal wörtlich zitiert werden.

„Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Der zitierte Satz enthält Hinweise auf folgende Elemente einer Veränderung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung:

- einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge
- mehr Beitragsautonomie
- sozialer Ausgleich der einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge
- regionale Differenzierungsmöglichkeiten

Weitere Erklärungen oder Erläuterungen zum neuen Finanzierungssystem werden im Koalitionsvertrag nicht gegeben. Allein am Koalitionsvertrag ist somit nicht erkennbar, was die Regierungskoalition im Einzelnen anstrebt. Der Koalitionsvertrag enthält weder Aussagen dazu, was mit ‚einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen‘ gemeint ist, noch dazu, was mit dem ‚sozialen Ausgleich‘ gemeint ist, wie er ausgestaltet und wie er finanziert werden soll. Auch bietet er keine Hinweise darauf, welche Vorhaben mit ‚mehr Beitragsautonomie‘ und ‚regionalen Differenzierungsmöglichkeiten‘ angekündigt werden.

In der nach Veröffentlichung des Koalitionsvertrages einsetzenden öffentlichen Diskussion wurde zumeist davon ausgegangen, dass der zitierte Satz so zu deuten sei, dass damit die Umstellung auf Kopfpauschalen bzw. pauschale Gesundheitsprämien gemeint ist. Bedenkt man allerdings, dass die Verhandlungen in der Arbeitsgruppe ‚Gesundheit und Pflege‘ neben denen über die Steuerpolitik zu den schwierigsten und langwierigsten gehörten, so muss wohl davon ausgegangen werden, dass dabei auch um jedes Wort zentraler Passagen gerungen wurde. Und der hier zitierte Satz darf sicherlich zu den zentralen Sätzen des gesamten Koalitionsvertrages gezählt werden. Insofern ist davon auszugehen, dass jedes Wort wohl abgewogen und mit einer bestimmten Bedeutung versehen in die Formulierung aufgenommen wurde.

Und in der Tat: Analysiert man die zahlreichen Interviews führender Vertreter der Koalitionsparteien für den Bereich der Gesundheitspolitik in der Zeit von Oktober 2009 bis März 2010, in denen sie sich zu den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag und den geplanten Vorhaben äußerten, so zeigt sich, dass die zentralen Ankerwörter des Satzes von den beteiligten Vertretern der CDU und FDP offenbar weitgehend gleich interpretiert werden. Das lässt wiederum darauf schließen, dass man sich auf eine Reihe von Eckpunkten für das weitere gesundheitspolitische Vorgehen geeinigt hat, die allerdings nicht in den zu veröffentlichenden Koalitionsvertrag aufgenommen wurden.

Programmatischer Bezugspunkt der Einigung war zwar offenbar die Beschlusslage von CDU und FDP, die weitgehend übereinstimmend die Abschaffung der einkommensbezogenen Beitragsfinanzierung und vollständige Umstellung auf einkommensunabhängige Prämien vorsieht. Während die Führung der FDP immer noch ausdrücklich und offensiv dieses Konzept vertritt (vgl. u.a. FDP-Bundestagsfraktion 2009), hält sich das Führungspersonal der CDU in dieser Frage allerdings seit mehreren Jahren relativ ‚bedeckt‘. Zwar ist das Modell einer ‚solidarischen Gesundheitsprämie‘ immer noch geltende Beschlusslage der Bundes-CDU, nach dem schlechten Abschneiden bei der Bundestagswahl 2005 wird dieses Modell aber nicht mehr offensiv vertreten. Denn für das aus Sicht der Union enttäuschende Wahlergebnis wurde auch innerhalb der Union vielfach eine neoliberale Ausrichtung insbesondere durch den Leipziger Parteitag 2003 verantwortlich gemacht (Decker 2009; Jun 2009), zu der auch das dort beschlossene ‚Gesundheitsprämienmodell‘ zu zählen ist (CDU 2003: 22-30).

Die vollständige Umstellung auf das Gesundheitsprämienmodell in der bevorstehenden Legislaturperiode als offen formuliertes Ziel in den Koalitionsvertrag aufzunehmen wäre somit zugleich mit mehreren Risiken verbunden gewesen. Zunächst einmal wäre mit starker öffentlicher Kritik zu rechnen, die sicherlich deutlich über das hinausgegangen wäre, was auch ohne offene Zielbenennung ohnehin bereits eingetreten ist. Darüber hinaus hätte eine solche Vereinbarung im Koalitionsvertrag sicherlich auch zu kontroversen internen Diskussionen in der CDU geführt. Die Strategie der CDU-Führung, sich in der Frage des Gesundheitsprämienmodells ‚bedeckt‘ zu halten, vermeidet zwar das Aufbrechen interner Kontroversen, sie ist aber ihrerseits wiederum mit dem Risiko behaftet, dass sich in dieser Frage keine wirklich stabile Parteiposition herausbilden kann. Die Nichtbehandlung des Themas lässt allen Richtungen Offenheit und dadurch eben auch den Kritikern des Modells. In dem Maße, wie sich herausstellen sollte, dass die Partei-



führung weiterhin am Gesundheitsprämienmodell festhält und konkrete Schritte zur Einführung in Angriff nimmt, könnten – nicht zuletzt auch unter dem Druck einer zunehmend kritischeren öffentlichen Diskussion – die internen Kontroversen aufbrechen und an Schärfe zunehmen.

Will man dies verhindern, aber dennoch die Verwirklichung des Gesundheitsprämienmodells in Angriff nehmen, so bietet sich als Strategie an, sowohl die Öffentlichkeit als auch die eigene Partei möglichst lange über die getroffene Vereinbarung und das angestrebte Ziel im Unklaren zu lassen und in kleinen Schritten mit der Umsetzung des Ziels zu beginnen, ohne das langfristige Ziel offen zu legen.

Betrachtet man den Koalitionsvertrag und die zahlreichen Interviews führender Gesundheitspolitiker der Koalition in einer Zusammenschau, so drängt sich der Eindruck auf, dass sich die führenden Gesundheitspolitiker von CDU und FDP genau darauf verständigt haben. So erscheint der Begriff ‚Gesundheitsprämie‘ oder ‚Gesundheitsprämienmodell‘ an keiner Stelle des Koalitionsvertrages. Stattdessen ist von „einkommensabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen“ die Rede (CDU/CSU/FDP 2009: 86). Diese durchaus geschickte Formulierung, für die Horst Seehofer die Urheberschaft beansprucht (Seehofer 2009), vermeidet die Verwendung des Leitbegriffs ‚Gesundheitsprämie‘ und kann den Eindruck vermitteln, eine Umstellung auf ‚Kopfpauschalen‘ bzw. pauschale ‚Gesundheitsprämien‘ sei nicht vereinbart worden. Erst bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Formulierung ‚einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, die sozial ausgeglichen werden‘ nichts anderes ist, als eine Umschreibung dessen, was CDU und FDP mit dem Begriff ‚Gesundheitsprämien‘ meinen. Darauf wird an späterer Stelle ausführlicher einzugehen sein.

Und in der Tat, nach und nach wurde vor allem durch Interviewäußerungen führender Gesundheitspolitiker der Koalition deutlich, dass ‚hinter‘ der Formulierung im Koalitionsvertrag offenbar eine Einigung über eine Strategie zur schrittweisen Umstellung auf ein ‚Gesundheitsprämienmodell‘ steht. Im Einzelnen enthält der Vertrag die folgenden Eckpunkte für ein solches Vorgehen:

- Der allgemeine, von der Bundesregierung festzusetzende Beitragssatz von gegenwärtig 14 % wird in dieser Legislaturperiode nicht erhöht. Damit wird zugleich auch der Arbeitgeberbeitrag auf der gegenwärtigen Höhe von 7 % festgeschrieben. Diese Entscheidung besitzt zudem den ‚Charme‘, dass sie mit relativ wenigen Gesetzesänderungen umgesetzt werden kann.

- Der zu erwartende steigende Finanzbedarf der Krankenkassen ist zukünftig über kassenindividuelle Zusatzbeiträge der Mitglieder zu decken. Deren Erhöhung liegt in der Entscheidungskompetenz der Krankenkassen und fällt somit – um den entsprechenden Begriff des Koalitionsvertrages aufzugreifen – unter deren „Beitragsautonomie“.
- Da die gegenwärtigen Obergrenzen für Zusatzbeiträge nicht ausreichen, um die zu erwartenden Ausgabensteigerungen der Kassen zu decken, sollen diese Grenzen schrittweise angehoben werden.
- Die Anhebung der Obergrenzen erfordert gesetzgeberisches Handeln und könnte auf unterschiedliche Art geschehen. Da die Erhebung einkommensbezogener Zusatzbeiträge mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden sein wird, bietet sich als regelungstechnisch einfachste Lösung an, Zusatzbeiträge nur pauschal und somit einkommensunabhängig zuzulassen. Damit würde nicht nur der von den Kassen befürchtete Verwaltungsaufwand vermieden, sondern dieser Weg würde zugleich die bereits mit dem Gesundheitsfonds eröffnete Option einer schrittweisen Umstellung auf vollständig einkommensunabhängige pauschale Beiträge (Prämien) nutzen. Die Schritte könnten beispielsweise als vorgegebene jährlich steigende Obergrenze im Sozialrecht festgelegt werden. Spiegelbildlich dazu könnte der einkommensbezogene Teil des Arbeitnehmerbeitrags schrittweise reduziert werden.
- Mit einem solchen Vorgehen würde zugleich auch „mehr Beitragsautonomie“ der Krankenkassen verwirklicht, da sie einen zunehmend größeren Teil ihrer Einnahmen über die von ihnen festzusetzenden ‚kassenindividuellen Zusatzbeiträge‘ erzielen könnten.
- Einer absehbaren Kritik an der ‚sozialen Ungerechtigkeit‘ steigender einkommensunabhängiger pauschaler Beiträge würde mit einem ‚sozialen Ausgleich‘ aus Steuermitteln begegnet.

Die vorstehend skizzierte Interpretation des Koalitionsvertrages stützt sich auf entsprechende Äußerungen führender Koalitionspolitiker in verschiedenen Zeitungsinterviews und anderen Medien, die im Folgenden wörtlich zitiert werden sollen, um die Interpretation nachvollziehbar zu machen.

So entgegnete beispielsweise die neue Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Annette Widmann-Mauz, auf die vielfach von Journalisten und Kritikern

der Regierungskoalition geäußerte Vermutung, die Koalition plane die Einführung von Kopfpauschalen in dieser Legislaturperiode:

„Wir diskutieren nicht mehr über das Modell von vor fünf, sechs Jahren. Denn durch den Gesundheitsfonds hat es schon eine Weiterentwicklung gegeben, zudem ist die Haushaltslage heute eine andere. Im Koalitionsvertrag steht deshalb, dass es ein System sein muss, das gespeist wird aus lohnabhängigen Beiträgen, einkommensunabhängigen Pauschalen, die den Kassen wieder Beitragsautonomie ermöglichen, und einem festen Arbeitgeberanteil. Wir werden die Zusatzbeiträge weiterentwickeln“ (Widmann-Mauz 2009).

Und der CSU-Vorsitzende Horst Seehofer klärte den Interviewer auf:

„Wir reden also nicht über eine generelle Kopfpauschale, sondern immer nur über den Zusatzbeitrag“ (Seehofer 2009).

„Es ist ganz einfach. Wir haben den Gesundheitsfonds, und der verteilt Geld an die Krankenkassen. Reicht es nicht, nehmen die Kassen von den Versicherten einen Zusatzbeitrag. Damit sollen die Kosten des medizinischen Fortschritts und der älter werdenden Gesellschaft finanziert werden. Die Koalition hat sich geeinigt, diesen Zusatzbeitrag mittel- und langfristig zu definieren. Falls man zu einem festen Euro-Betrag kommt, muss er mit einem sozialen Ausgleich verbunden werden“ (Seehofer 2009).

Bundeskanzlerin Angela Merkel stellte Mitte Januar 2010 in einem Interview mit dem Handelsblatt klar:

„Bei der Krankenversicherung haben wir mit dem Gesundheitsfonds ein Instrument, um erforderlichenfalls durch Zusatzbeiträge steigende Kosten aufzufangen“ (Merkel 2010).

Zum langfristigen Ziel und schrittweisen Vorgehen äußerten sich insbesondere Gesundheitsminister Rösler und der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn:

„In den Koalitionsverhandlungen sah keiner der Beteiligten eine realistische Chance, den Arbeitnehmeranteil von heute 81 Milliarden Euro in vier Jahren durch eine solidarische Prämie zu ersetzen. Dafür wäre ein Solidarausgleich in aktuell nicht finanzierbaren Größenordnungen nötig. So ein schneller Wechsel war und ist auch nicht das Ziel der FDP. Als das klar war, hat sich auch Herr Seehofer sehr gefreut und zugestimmt“ (Rösler 2009f).

„Eine vollständige Umstellung ist nur über einen milliardenschweren, steuerfinanzierten Sozialausgleich möglich. Wenn das Geld aber nicht da ist, kann es Sinn machen, in kleinen Schritten zu beginnen und den Weg über den Zusatzbeitrag zu gehen“ (Spahn 2009b).

„Mein Ziel ist es, in dieser Legislaturperiode den Einstieg in die einkommensunabhängige Gesundheitsprämie zu finden. Dann können wir den Weg zum langfristigen Ziel beschreiten“ (Rösler 2009b).

„Das geht nicht ohne Sozialausgleich, und es geht nur schrittweise. Wir müssen in dieser Legislaturperiode den Einstieg finden, das Ziel erreichen wir erst später“ (Rösler 2009f).

„Nein, die Pauschalen sind der Einstieg in eine neue Finanzierung im Gesundheitswesen. Aber wir machen das Schritt für Schritt. Einen totalen Schnitt wird es nicht geben. Es gibt eine schrittweise Evolution statt Revolution“ (Spahn 2009a).

„Wir werden schrittweise vorgehen, und um niemanden zu überfordern, werden wir einen immer größeren Teil des Arbeitnehmerbeitrags in eine Prämie überführen“ (Rösler 2009c).

„ZEIT: Was geschieht noch in dieser Wahlperiode? RÖSLER: Das hängt erstens von den Möglichkeiten des Finanzministers ab, einen Steuerzuschuss zu finanzieren. Zweitens davon, wie man den Sozialausgleich gestaltet, ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, einen großen Teil der Pflichtmitglieder der Sozialversicherung zu Bittstellern zu machen. Folglich braucht man einen automatischen Sozialausgleich, den niemand extra beantragen muss“ (Rösler 2009f).

„Zum anderen geht es uns ja gerade nicht darum, den gesamten Krankenversicherungsanteil schlagartig in eine Prämie zu überführen, sondern das soll schrittweise gehen. Wir fangen mit kleinen Schritten an. Also brauchen wir zu Anfang nur geringe Ausgleichsmittel. Details dazu wird die geplante Regierungskommission vorlegen“ (Rösler 2010c).

„Schrittweise. Schrittgröße und Schrittfrequenz hängen von der Möglichkeit des steuerlichen Zuschusses und der Technik des Ausgleichs ab“ (Rösler 2009d).

„Richtig ist, dass man kurzfristig keine Milliardenbeträge zur Verfügung hat, um den Sozialausgleich, der notwendig ist, zu finanzieren. Der Umstieg von jetzt auf gleich war aber auch nie unser Ziel“ (Rösler 2009b).

„Die Haushaltslage ist denkbar schlecht, deshalb werden wir mit der Prämie und Sozialausgleich nur in sehr, sehr kleinen Schritten starten können“ (Spahn 2010)

„Wir werden den prozentualen Anteil immer kleiner machen - das heißt die Menschen müssen dort weniger bezahlen - dafür den einkommensunabhängigen Beitrag - also die Prämie - größer. Und all diejenigen, die sich die Prämie nicht leisten können, also die unteren Einkommen, sollen einen automatischen Sozialausgleich erhalten“ (Rösler 2010a).

Die zitierten Äußerungen zeigen auch, dass der Vorwurf, die Umstellung auf eine pauschale Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich sei angesichts der gegenwärtigen Haushaltslage nicht finanzierbar und unrealistisch, ins Leere läuft. Das, was so manche Kritiker der Regierungskoalition vorwerfen, hat sie – zumindest in dieser Legislaturperiode – überhaupt nicht vor. Und wenn mit kleinen Schritten begonnen wird, werden auch nur geringe Haushaltsmittel benötigt:

„Wir fangen mit kleinen Schritten an. Also brauchen wir zu Anfang nur geringe Ausgleichsmittel“ (Rösler 2010c).

Die verschiedenen mittlerweile kursierenden Modellrechnungen, in denen ein Finanzierungsbedarf von bis zu fast 40 Mrd. Euro prognostiziert wird (bspw. Albrecht 2009; Lauterbach/Lüngen/Büscher 2009), können darum auch von der Regierungskoalition problemlos als Fehleinschätzung zurückgewiesen werden. Derartige Modellrechnungen werden ohnehin solange zweifelhaft bleiben müssen, wie die Regierungskoalition nicht die dafür erforderlichen zentralen Eckdaten des angestrebten Finanzierungsmodells vorgelegt hat.

Auch eine Kritik, die der Koalition vorwirft, sie beabsichtige Millionen von Krankenkassenmitgliedern zu Bittstellern zu machen, indem sie den ‚Sozialausgleich‘ nur auf Antrag hin durchführen lasse, läuft ins Leere. Zwar fehlt im Koalitionsvertrag bei der Formulierung zum sozialen Ausgleich der Zusatz „automatisch“, vereinbart wurde dies aber offenbar sehr wohl, dies legen beispielsweise entsprechende Äußerungen von Rösler und Spahn nahe:

Man wolle den Sozialausgleich einführen, „ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, einen großen Teil der Pflichtmitglieder der Sozialversicherung zu Bittstellern zu machen. Folglich braucht man einen automatischen Sozialausgleich, den niemand extra beantragen muss“ (Rösler 2009f).

„Jeder weiß, dass es zig Steuermilliarden für einen sozialen Ausgleich derzeit im Haushalt nicht gibt. Außerdem sind wir in der Pflicht, einen unbürokratischen automatischen Ausgleichsmodus für Geringverdiener zu finden. Es wäre ein fatales Signal, wenn Union und FDP Millionen Menschen zu Antragstellern machten“ (Spahn 2009d).

„Es wäre das ganz falsche Signal einer bürgerlichen Koalition, wenn wir auf einmal Millionen von Menschen zu Antragstellern machen müssten. Da brauchen wir ein unbürokratisches Verfahren - eine Herkulesaufgabe“ (Spahn 2009a).

Dementsprechend kann Rösler denn auch feststellen:

„Alle bisher kursierenden Spekulationen sind Fantasien. Sie werden in die Welt gesetzt, um den Menschen Angst zu machen“ (Rösler, zit. n. Ärzteblatt, 11.01.2010).

Auf Grund der Äußerungen in Interviews kann der Eindruck entstehen, dass in der Koalition noch gewisse Differenzen in der Frage bestehen, ob die Zusatzbeiträge ausschließlich pauschal oder ob sie einkommensbezogen erhoben werden sollen. So könnte zumindest die nachfolgende Äußerung von Horst Seehofer gedeutet werden:

„Ich möchte, dass wir den Zusatzbeitrag sozial gestalten. Derzeit kann man ihn als Pauschale erheben, aber nur bis zu einem Prozent vom Monatseinkommen des Versicherten. Diese Grenze ist mittelfristig kaum haltbar, wenn die Gesundheitsausgaben weiter steigen. Bleibt nur die Möglichkeit, dass die Krankenkassen den Zusatzbeitrag als prozentualen Beitrag vom Einkommen erheben. Dann ist der soziale Ausgleich automatisch enthalten“ (Seehofer 2009).

Dem steht aber die eindeutige Aussage des Koalitionsvertrages entgegen, nach der Ziel die Umstellung auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge ist. Prozentuale Zusatzbeiträge könnten somit nur ein vorübergehendes Phänomen sein, beispielsweise um Kritiker aus den eigenen Reihen zu beruhigen.

Insgesamt hinterlassen die Äußerungen von Seehofer und Söder aber Zweifel, ob sie Ausdruck grundsätzlicher inhaltlicher Differenzen sind oder ob sie lediglich der eigenen regional- und bundespolitischen Profilierung dienen sollen. Wenn Seehofer in Richtung Rösler feststellt:

„Ich glaube einfach nicht, dass er seine Vorstellungen von einer Kopfpauschale realisieren kann. Ich werde jedenfalls alles tun, damit diese Pauschale nicht Realität wird. Das wäre das Ende der solidarischen Krankenversicherung“ (Seehofer 2009),

so schränkt er die Kritik auf „seine“ (Röslers) Vorstellungen und „diese“ (Röslers) Pauschale ein und lässt offen, ob sie auch andere Vorstellungen und Pauschalmodelle einschließt. Und wenn der bayrische Gesundheitsminister feststellt:

„Die Kopfpauschale in reinster Form erschüttert die Grundfesten des Solidarprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Söder 2009),

dann spricht er von der Kopfpauschale in „reinsten Form“, nicht von der im Koalitionsvertrag vereinbarten ‚unreinen‘ Übergangsform.

Insgesamt scheinen die Interviewäußerungen der CSU-Führung darauf gerichtet zu sein, vorhandene Kritik – auch aus den eigenen Reihen – möglichst vollständig auf die FDP und vor allem Rösler zu lenken. Das Vorhaben einer Umstellung auf pauschale Krankenversicherungsprämien wird als FDP-Vorhaben oder gar Vorhaben einer Person, des Gesundheitsministers, dargestellt, sehr wohl im Wissen, dass die Einführung einer ‚solidarischen Gesundheitsprämie‘ immer noch geltende Beschlusslage des CDU-Bundesparteitages ist.

Der Erfolg dieser Strategie ist an den zahlreichen Zeitungsartikeln und anderen journalistischen Beiträgen abzulesen, in denen von „Röslers Kopfpauschale“ (Ärzteblatt, 18.01.2010) die Rede ist, und die Umstellung auf einkommensunabhängige Gesundheitsprämien als „Großreform von FDP-Minister Rösler“, „Röslers Projekt“ und „sein wichtigstes politisches Vorhaben“ bezeichnet wird (Spiegel, 25.01.2010: 62f.), und dass es „Widerstand aus der Union gegen Röslers Kopfpauschale“ (Ärzteblatt vom 18.01.2010) gebe, da die CSU „die Pläne von FDP-Minister Rösler für ein Prämienmodell“ kategorisch ablehne (Die Welt, 16.11.2009: 2). Vermutlich mit einer gewissen Genugtuung konnte Bundeskanzlerin Merkel Mitte Januar 2010 in einem Interview mit dem Handelsblatt denn auch konstatieren:

„Es ist schon interessant, dass vor allem die FDP Kritik dafür erfahren hat, dass das, was wir versprochen haben, auch wirklich gemacht wird“ (Merkel 2010).

Es kann somit festgehalten werden: Offenbar verfolgen sowohl FDP als auch die CDU-Führung weiterhin das Ziel einer Umstellung auf pauschale, einkommensunabhängige Gesundheitsprämien. Bei der FDP ist es sehr eindeutig, da die Geltung der entsprechenden Beschlusslage noch wenige Monate vor der Bundestagswahl 2009 in einem Statement der FDP-Bundestagsfraktion und im Bundestagswahlprogramm der FDP bekräftigt

wurde (FDP 2009; FDP-Bundestagsfraktion 2009). Bei der CDU kann es so erscheinen, als hätte sich das Führungspersonal von dem 2003/2004 beschlossenen Gesundheitsprämienmodell verabschiedet. Allerdings ist auch hier unbedingt notwendig, die entsprechenden Äußerungen genau zu betrachten und das heißt vor allem, auf die Wortwahl und Formulierung im Einzelnen zu achten.

Als Beispiel sei hier auf eine bereits zuvor zitierte Aussage der neuen Staatssekretärin im BMG, Annette Widmann-Mauz, verwiesen:

„Wir diskutieren nicht mehr über das Modell von vor fünf, sechs Jahren. Denn durch den Gesundheitsfonds hat es schon eine Weiterentwicklung gegeben, zudem ist die Haushaltslage heute eine andere“ (Widmann-Mauz 2009).

Diese Aussage als Abkehr vom Gesundheitsprämienmodell zu deuten, wäre eine Fehlinterpretation, denn in dem selben Interview gibt sich Widmann-Mauz sehr eindeutig als Befürworterin des Gesundheitsprämienmodells zu erkennen:

„Ich war immer für ein solidarisches Gesundheitsprämienmodell“ (Widmann-Mauz 2009).

Auch der neue gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, bezeichnete sich noch Ende Januar 2010 als „großen Anhänger des Prämienmodells“ (Spahn, zit. n. Elger/Reiermann 2010).

Der Verweis darauf, dass intern nicht mehr über das Modell von vor fünf, sechs Jahren diskutiert wird, dürfte eher so zu interpretieren sein, dass man mittlerweile auf Grund der bereits vollzogenen ersten Schritte in Richtung pauschaler Beiträge im Rahmen des Gesundheitsfonds und der aktuellen Haushaltslage nicht mehr über die Grundsätze des Gesundheitsprämienmodells diskutieren muss, sondern nur noch darüber, mit welchen weiteren taktischen Schritten man dem Ziel näher kommen kann.

Allerdings bleibt festzuhalten: Dass der Begriff „Gesundheitsprämie“ im Koalitionsvertrag an keiner Stelle erscheint, ist sicherlich kein Versehen, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit Teil einer Strategie zur Durchsetzung langfristiger Zielsetzungen. Das dahinter stehende Kalkül könnte sein, dass das Ziel bei dem zu erwartenden Widerstand auch in der Union leichter zu erreichen ist, wenn es nicht gleich offen gelegt wird.

Die Frage, ob in den Koalitionsverhandlungen tatsächlich und ausdrücklich die Umstellung auf das Gesundheitsprämienmodell vereinbart wurde, können letztlich nur die unmittelbar Beteiligten beantworten und deren Antworten fallen gegensätzlich aus. Während Seehofer und Söder dies in ihren öffentlichen Äußerungen bestreiten, stimmen die übrigen Beteiligten darin überein, dass – auch wenn dies nicht explizit im Koalitionsver-

trag steht – die Einführung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ ausdrücklich vereinbart wurde.

So stellte der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion in einem Interview Ende Januar 2010 klar, dass aus den Zusatzbeiträgen die „vereinbarte Gesundheitsprämie“ entwickelt werden soll:

„Außerdem wollen wir zukünftig einen steuerfinanzierten Sozialausgleich, wenn wir aus den Zusatzbeiträgen die vereinbarte Gesundheitsprämie entwickeln“ (Spahn 2010).

Und wenige Wochen später äußerte sich auch der Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Volker Kauder, in dieser Frage erstmals und sehr eindeutig:

„Wir wollen die Gesundheitsprämie, das haben wir in der Koalitionsvereinbarung festgelegt“ (Volker Kauder, zit. n. Tagesspiegel, 1.03.2010: 4).

Offensichtlich wurde die Einführung des Gesundheitsprämienmodells vereinbart und man kam überein, die Verwendung dieses Begriffs im Koalitionsvertrag bewusst zu vermeiden. Und in der Tat, verfolgt man die zahlreichen Interviews im Zeitverlauf, so schälte sich erst nach und nach heraus und wurde auch von den Journalisten zunehmend erkannt und so gedeutet, dass sich die Koalition auf eine schrittweise Erhöhung der Zusatzbeiträge geeinigt hat, um darüber ihr Ziel, die Verwirklichung des Gesundheitsprämienmodells, zu erreichen.

Zwar wurde Anfang 2010 auf Grund der zahlreichen Interviews zunehmend deutlicher, dass die Koalition über pauschale Zusatzbeiträge zur pauschalen Gesundheitsprämie gelangen will, damit ist aber nicht wirklich Klarheit darüber geschaffen, was die Koalition langfristig anstrebt, denn das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ umfasst weit mehr als nur pauschale, einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge. Da die Koalition nicht von sich aus offenlegt, welche langfristigen gesundheitspolitischen Ziele sie tatsächlich verfolgt, ist man darauf verwiesen, die geltende Beschlusslage der obersten Parteigremien daraufhin zu analysieren, welche langfristigen Ziele von dieser Bundesregierung zu erwarten sind. Dies soll an späterer Stelle ausführlicher erfolgen.

Es sei aber bereits vorweggenommen – da dies auch für die Interpretation der übrigen Punkte des Koalitionsvertrages von Bedeutung ist – dass die Beschlusslage sowohl von FDP als auch CDU langfristig auf die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung zielt. Die FDP hat sich bereits mehrfach offen zu diesem Ziel bekannt, die CDU-Parteitage dagegen nicht in der bei der FDP anzutreffenden Offenheit. Dennoch ist das Gesundheitsprämienmodell nichts anderes als ein Programm zur Um-



wandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen. Mit der Abschaffung der GKV wird allerdings nicht nur die Art der Krankenversicherung geändert, mit ihr würde der entscheidende Schritt zur Umwandlung des deutschen Gesundheitssystems in ein marktwirtschaftliches System vollzogen. Insofern ist es durchaus angemessen, die Frage der pauschalen Zusatzbeiträge und alle Maßnahmen zu ihrer Ausweitung als Grundsatzfrage zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems zu begreifen.

#### **2.1.2.4 Reduzierung und Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs**

Zur zukünftigen Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA) findet sich im Koalitionsvertrag die folgende Aussage:

„Der Morbi-RSA wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Zwar lässt diese Formulierung keine konkreten Veränderungsvorhaben erkennen, wohl aber eine Richtung. Die Ankündigung einer ‚Reduzierung‘ des morbiditätsorientierten RSA lässt erwarten, dass die Summe der über den RSA umverteilten Finanzmittel reduziert werden soll. Der RSA ist seit Einführung des Gesundheitsfonds das zentrale Instrument zur Verteilung der in den Gesundheitsfonds eingezahlten Beiträge und Steuermittel. Mit den Zusatzbeiträgen ist allerdings bereits bei der Schaffung des Gesundheitsfonds der Einstieg die Abschaffung des Fonds in die Konstruktion des Fonds eingebaut worden. Denn: Zusatzbeiträge erhebt die einzelne Krankenkasse direkt vom einzelnen Mitglied und die Beiträge sind – anders als der allgemeine Beitragssatz – nicht an den Fonds weiterzuleiten, sondern verbleiben bei der jeweiligen Krankenkasse.

Daraus ergibt sich: In dem Maße, wie der Anteil der Zusatzbeiträge am gesamten Beitragsaufkommen erhöht wird, wird automatisch die Summe der mittels RSA zu verteilenden Mittel ‚reduziert‘. Mit dieser Strategie werden gleich mehrere der im Koalitionsvertrag genannten Ziele zugleich erreicht: der Umstieg auf einkommensunabhängige Gesundheitsprämien, die Erhöhung der Beitragsautonomie der Krankenkassen und die Reduzierung des RSA.

Die Ausweitung des Anteils der pauschalen Zusatzbeiträge am Gesamtkrankenkassenbeitrag der Mitglieder und die damit verbundene automatische Reduzierung des an den Gesundheitsfonds zu überweisenden Beitragsanteils hat aber noch eine weitere Auswirkung. Mit der schrittweisen Ausweitung des Beitragsanteils, der den einzelnen Kassen

verbleibt, wird zugleich das für den kassenübergreifenden Solidarausgleich zwischen den Einzelkassen zur Verfügung stehende Finanzvolumen reduziert. Der kassenartenübergreifende Ausgleich von Ausgabenrisiken, die durch unterschiedliche Morbiditätsstrukturen der Versicherten entstehen, war aber neben dem Ausgleich unterschiedlicher Einkommensstrukturen das zentrale Motiv für die Schaffung des RSA im Jahr 1994.

Ein Ausgleichssystem, das die unterschiedlichen Einkommens- und Morbiditätsstrukturen der Versicherten der verschiedenen Kassen weitgehend ausgleicht, wurde für die Eröffnung eines Kassenwettbewerbs als zentrale Voraussetzung angesehen, um einen ‚fairen‘ Wettbewerb ohne die ansonsten zu erwartende Risikoselektion ‚guter Risiken‘ zu erreichen. Da der erste RSA diese Aufgabe auf Grund fehlender Berücksichtigung der Morbiditätsstrukturen nicht erfüllen konnte, wurde er zu einem morbiditätsorientierten RSA weiterentwickelt.

Zusatzbeiträge, die nicht an den Fonds abzuführen sind, bedeuten nichts anderes als den Ausstieg aus dem kassenartenübergreifenden Solidarausgleich. Diese Konsequenz der Zusatzbeiträge und ihrer schrittweisen Ausweitung scheint vielen – auch in der jetzigen Regierungskoalition – nicht bewusst zu sein, darunter auch Gesundheitsminister Rösler. In mehreren Interviews betonte er, dass die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zum Kern der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre und nicht in Frage gestellt werden solle (so u.a. Rösler 2009a; Rösler 2009f).

Eine Vereinbarkeit der Ausweitung von Zusatzbeiträgen, die den einzelnen Kassen verbleiben, mit dem Festhalten an einer Solidarität zwischen Gesunden und Kranken in der gesetzlichen Krankenversicherung könnte allerdings dann geltend gemacht werden, wenn damit nur die Solidarität innerhalb einer Krankenkasse gemeint ist. Denn innerhalb einer Kasse werden die Kosten für die Versorgung Kranker auch von Gesunden getragen, zumindest so lange, wie die Beiträge nicht risikoäquivalent kalkuliert werden, wie dies im Geschäftsmodell der PKV der Fall ist.

Was bleibt, ist somit die schrittweise Abschaffung eines kassenartenübergreifenden Ausgleichs unterschiedlicher Morbiditätsstrukturen der Versicherten und damit verbunden die schrittweise Verstärkung finanzieller Anreize für eine auf die Morbidität des einzelnen Versicherten ausgerichtete Risikoselektion der Krankenkassen. Mit steigender Bedeutung des Zusatzbeitrages für die Einnahmesituation einer Krankenkasse wird es für sie finanziell zunehmend attraktiv, möglichst wenig kranke Versicherte im Bestand zu haben.

Einige Kassen scheinen sich auch bereits auf diese ‚neuen Zeiten‘ vorzubereiten, beispielsweise indem sie Prognosesysteme entwickeln, die in der Lage sind, Versicherte zu identifizieren, bei denen zukünftig mit überdurchschnittlichen Behandlungskosten zu rechnen ist. So setzt beispielsweise die Barmer Ersatzkasse einen ‚Predictive-Modeling-Ansatz‘ zur ‚Identifikation zukünftiger Hochkostenfälle‘ (Wolik 2008) ein, mit dem auf Grundlage der Versichertendaten insbesondere die Versicherten mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt ‚herausgefiltert‘ werden sollen (Vöcking 2009: 185).<sup>6</sup> In anderen, ebenfalls für einzelne Kassen entwickelten EDV-Programmen geht es ebenfalls um die frühzeitige Identifikation von Versicherten, bei denen auf Grund bestimmter Merkmale die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sie zukünftig als ‚Hochnutzer‘ überdurchschnittliche Kosten verursachen werden (Schönermark et al. 2010).

Auch die Ankündigung einer Vereinfachung des RSA, unter anderem dahingehend, dass er weniger manipulationsanfällig sei, weist im Grundsatz in die gleiche Richtung. Der morbiditätsorientierte RSA ist ohne Zweifel ein außerordentlich komplexes Regelungs-  
werk, das letztlich nur relativ wenige Akteure wirklich durchschauen. Insofern kann die Forderung nach einer Vereinfachung sicherlich mit breiter Unterstützung nicht nur in der Bevölkerung, sondern vor allem unter den von dieser Komplexität betroffenen Akteuren im Gesundheitssystem rechnen. Allerdings steht das Vorhaben einer Vereinfachung vor dem schwerwiegenden Problem, dass die Aufgabenstellung, unterschiedliche Morbiditätsstrukturen zwischen den Krankenkassen bundesweit möglichst ‚gerecht‘ auszugleichen, um so weniger zu erfüllen ist, je einfacher das Ausgleichssystem gestaltet ist. Es darf wohl angenommen werden, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der Komplexität und dem Ausmaß an Gerechtigkeit eines Morbiditätsausgleichs besteht. Lehnt man allerdings einen solchen Ausgleich grundsätzlich ab und hält ihn für überflüssig oder gar schädlich für einen ungehinderten Wettbewerb zwischen den Kassen, dann bietet sich die Vereinfachung als strategischer Zwischenschritt auf dem Weg zu einer vollständigen Abschaffung an.

---

<sup>6</sup> Gegenwärtig soll das entsprechende EDV-Programm primär dazu dienen, Versicherte mit besonderem Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen, beispielsweise um ihnen Case Management anbieten zu können, es ist aber sehr gut auch einsetzbar, um die erforderlichen Daten für gezielte Risikoselektion zu betreiben, oder zu einem späteren Zeitpunkt – nach einer Umwandlung der Barmer in eine PKV – risikoäquivalente Prämien zielgenauer zu kalkulieren.

Insofern drängt sich der Eindruck auf, dass diese Passage des Koalitionsvertrages getragen ist von dem Willen, den RSA langfristig vollständig abzuschaffen. Mit dem Ausbau der Zusatzbeiträge würde ihm schrittweise Umverteilungsvolumen entzogen, und wenn man – wie es die FDP anstrebt – die Krankenkassen vollständig abschaffen und in private Krankenversicherungsunternehmen umwandeln will, dürfte ein solcher Ausgleich von Morbiditätsrisiken ohnehin als Fremdkörper in einem angestrebten ‚freiheitlichen Versicherungsmarkt‘ erscheinen.

In dieses Bild fügt sich auch eine zentrale Personalentscheidung der neuen BMG-Führung ein. Nachdem Josef Hecken (CDU), seit Mai 2008 Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), als Staatssekretär in das Bundesarbeitsministerium gewechselt war, wurde der Abteilungsleiter im bayrischen Sozialministerium und erklärte Gegner des Gesundheitsfonds, Maximilian Gaßner, Präsident des BVA. Diese Personalentscheidung wie auch die Berufung des vorherigen stellvertretenden Direktors des PKV-Verbandes und Leiters des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian Weber, zum Leiter der Grundsatzabteilung im BMG dürfen wohl als programmatisch und Ausdruck einer längerfristigen Zielsetzung interpretiert werden.

#### **2.1.2.5 Adäquates Verhältnis von Beitrag und Leistung**

Auch eine etwas ‚verklauerte‘ Feststellung zum Verhältnis von Beitrag und Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung weist in die Richtung einer Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen:

„Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86)

Diese Aussage spielt offensichtlich auf das in der privaten Krankenversicherung bei der Prämienkalkulation zur Anwendung kommende so genannte ‚Äquivalenzprinzip‘ an. In der PKV richtet sich die Höhe der individuellen Versicherungsprämie nicht nach dem Einkommen des Versicherten, sondern nach der Höhe des Versicherungsrisikos und dem Umfang des individuell gewählten Versicherungsschutzes. Die Prämie einer privaten Krankenversicherung richtet sich dementsprechend vor allem nach:

- dem Gesundheitszustand bei Eintritt in die Versicherung,
- dem Alter bei Eintritt in die Versicherung,
- dem Geschlecht und
- dem gewählten Versicherungstarif (Umfang der Versicherungsleistungen).

Der Beitrag stellt in der privaten Versicherungswirtschaft ein Äquivalent für die vereinbarten Versicherungsleistungen dar. Ist das Versicherungsrisiko aus Sicht des Versicherers zu hoch, vor allem durch schwere Vorerkrankungen, so kann eine private Krankenversicherung den Abschluss eines Versicherungsvertrages auch ablehnen. Die Unternehmen der PKV sind im Grundsatz nicht verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen, sie unterliegen – juristisch ausgedrückt – keinem ‚Kontrahierungszwang‘. Eine Ausnahme bilden lediglich die nach Abschluss des Vertrages geborenen Kinder des Versicherungsnehmers (§ 198 VVG) und die Aufnahme von Antragstellern in den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Basistarif, sofern sie die gesetzlichen Voraussetzungen dafür erfüllen (§ 193 Abs. 5 VVG).<sup>7</sup> Beide Gruppen von Versicherten ist die PKV gesetzlich verpflichtet, ohne Risikoprüfung und Risikozuschläge aufzunehmen. Dadurch wird aber der zuvor skizzierte allgemeine Grundsatz der Prämienkalkulation nicht in Frage gestellt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gelten dagegen grundsätzliche andere Prinzipien der Beitragskalkulation. Zum Kernbestand dieser Prinzipien gehört der Grundsatz, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Beitragshöhe und dem Leistungsumfang gibt. Die Höhe des Beitrages hat sich allein nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu richten, die abgelesen wird an der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen. Auch wenn dieser Grundsatz durch verschiedene Gesundheitsreformen der letzten Jahre an mehreren Stellen durchbrochen wurde, so baut die Sozialversicherung GKV doch weiterhin in ihrem Kernbestand auf diesem Grundsatz auf.

Der Leistungskatalog ist zu fast 100 % für alle Versicherten identisch gesetzlich festgelegt. Es blieb in der Vergangenheit nur ein sehr kleiner Bereich der von der einzelnen Krankenkasse zusätzlich zu gewährenden ‚Satzungsleistungen‘. Deren Gewährung war aber nicht an die Bedingung eines höheren Beitrags gebunden. Die in der jeweiligen Satzung festgelegten Leistungen waren zudem allen Mitgliedern unabhängig von ihrem Status und ihrer Beitragshöhe zu gewähren. Eine Reduzierung des gesetzlichen Leistungskataloges durch die einzelne Krankenkasse war und ist strikt verboten, jeder Versicherte hat gegenüber seiner Krankenkasse einen gesetzlichen Anspruch auf alle Leistungen, die als medizinisch notwendig, wirksam und wirtschaftlich gelten.

Die vorstehende Erläuterung mag überflüssig erscheinen, wenn man mit dem Krankenkassenrecht vertraut ist. Angesichts der zahlreichen öffentlichen Diskussionen und der

---

<sup>7</sup> VVG: Versicherungsvertragsgesetz.

in den letzten Jahren bereits vollzogenen Durchbrechung dieses Grundsatzes ist es aber leider zunehmend wichtiger geworden, diesen zentralen Grundsatz der GKV in Erinnerung zu bringen beziehungsweise zu halten. Durchbrochen wurde dieser tragende Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere durch mehrere ‚Wahltarife‘, die vor allem auf Verlangen der CDU von der großen Koalition im Rahmen des GKV-WSG ab 2007 in das Krankenkassenrecht eingefügt wurden. Seitdem können Krankenkassen beispielsweise Selbstbehalttarife anbieten ähnlich der PKV und der Kfz-Versicherung, bei denen der Versicherte anfallende Kosten bis zu einer bestimmten Höhe selbst trägt und dafür eine Beitragsermäßigung in Form einer Beitragsrückerstattung von der Kasse erhält (§53 Abs. 2 SGB V).<sup>8</sup>

Mit den Selbstbehalttarifen wie auch den an späterer Stelle näher erläuterten Wahlтарifen wurde der zuvor angesprochene Grundsatz insofern durchbrochen, als mit diesen ‚Tarifen‘ ein direkter Zusammenhang hergestellt wird zwischen Leistungsumfang und Beitragshöhe. Mit den Wahlтарifen wurde somit ein Kernelement der PKV in die GKV eingefügt. Am weitesten ging die Übernahme von Kalkulationsmethoden der PKV offenbar bei dem Wahlтарif ‚Krankengeld‘ für Selbständige (§ 53 Abs. 6 SGB V). Da das Gesetz den Kassen vorgab, die Wahlтарife kostendeckend zu kalkulieren aber keine Kalkulationsmethodik vorschrieb, nutzten einige Kassen diese Freiheit, um risikoäquivalente Beiträge zu kalkulieren, die eine Differenzierung nach Altersstufen vorsahen (Schürmann/Osterkamp/Amling 2009). Dadurch wurde der Wahlтарif umso teurer, je älter der Versicherte war. Eine solche Kalkulationsmethodik bot zudem die Möglichkeit der ‚Risikoselektion‘. Hohe Prämien für Ältere schreckten die potenziell kostenaufwendigeren älteren Versicherten ab beziehungsweise konnten sie zum Wechsel in eine andere Kasse ohne Altersstufung veranlassen; und sie machten die Kasse für junge eher gesündere Selbständige attraktiv (ebd.).

Auf Grund zahlreicher Beschwerden älterer Selbständiger intervenierte die große Koalition noch in den letzten Monaten ihrer Amtszeit und verbot den Kassen ab dem 1.09.2009 Krankengeldtarife für Selbständige mit Altersstaffelungen anzubieten (§ 53 Abs. 6 SGB V). Die bestehenden Tarife mit Altersstaffelung endeten zum 31.08.2009.

---

<sup>8</sup> Da der allgemeine Beitragssatz von der Krankenkasse an den Gesundheitsfonds weitergeleitet wird und die Kasse ihre Zuweisungen vom Fonds auf Grundlage des RSA erhält, kann sie genau genommen keine Beitragsrückerstattung gewähren. Darum ist im Gesetz von ‚Prämien‘ die Rede, die bei entsprechenden Wahlтарifen an die Versicherten ausgezahlt werden. Faktisch sind die Prämien aber nichts anderes als Beitragsrückerstattungen.

Bemerkenswert dürfte daran sein, dass diese Intervention nur mit Zustimmung der CDU/CSU möglich war, auf deren Betreiben hin die Wahltarife in das GKV-WSG aufgenommen worden waren. Vermutlich hatte die Union mit diesem Wahltarif einen Teil ihrer Stammwählerschaft und auch Teile ihrer Mitgliedschaft verärgert. Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass es in der Vergangenheit die CDU/CSU war, die während ihrer gemeinsamen Regierungszeit mit der FDP bis 1998 und in der Zeit der großen Koalition zwischen 2005 und 2009 die Einfügung von Elementen der PKV in die GKV vorantrieb. Insofern ist davon auszugehen, dass in der Frage, ob weitere Elemente des Äquivalenzprinzips in die GKV eingebracht werden sollen, relativ leicht Konsens zwischen den neuen Koalitionspartnern herzustellen war und ist.

Dies festzuhalten ist insofern für die Analyse und Einschätzung der Regierungspläne von Bedeutung, als zwar die FDP ohnehin für die Abschaffung der Sozialversicherung GKV ist, das Führungspersonal der Union sich in dieser Frage aber bedeckt hält oder die Annahme, sie würden ein solches Vorhaben befürworten, vermutlich entschieden von sich weisen dürfte. Faktisch betreibt die CDU/CSU Bundestagsfraktion allerdings seit Jahren in einer ‚Politik der kleinen Schritte‘ sehr wohl den Umbau der Krankenkassen zu privaten Krankenversicherungen. Die Wahltarife sind hierzu ein Baustein, wenn auch ein sehr wichtiger, in der langfristigen Wirkung nicht zu unterschätzender. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass in § 53 SGB V, der die Wahltarife regelt, nur von „Prämien“ oder „Prämienzahlungen“ die Rede ist (dreizehnmal in neun Absätzen). Lediglich an einer Stelle taucht der Begriff „Beiträge“ auf, der sich aber nicht auf Wahltarife bezieht, sondern den allgemeinen Beitragssatz (§ 53 Abs. 8 SGB V). Auch wenn an einer anderen Stelle des SGB V der Begriff ‚Prämie‘ oder ‚Prämienzahlung‘ erscheint, so bezieht sich dies nur auf die Wahltarife.

Offenbar folgt die Benutzung des Begriffs ‚Prämie‘ einer Regel: Dort wo die Krankenkassen nicht mehr als Sozialversicherung agieren, sondern das Geschäftsmodell der PKV übernehmen sollen, werden auch – systematisch durchaus folgerichtig – die entsprechenden Begriffe der privaten Krankenversicherung verwendet. Einerseits wird daran deutlich, dass die Wahltarife nach § 53 SGB V „Fremdkörper in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Stiphout 2009: 543) sind. Andererseits ist es aber auch ein Indiz für eine seit Jahren vor allem von der CDU verfolgte Politik der Umwandlung von Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen, deren Zielsetzung auch in der Übernahme von Begrifflichkeiten zum Ausdruck gebracht wird.

### **2.1.3 Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung**

Zur zukünftigen Gestaltung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung enthält der Koalitionsvertrag mehrere Ankündigungen von Vorhaben, die zum Einen dem Schutz der PKV dienen sollen und zum Anderen auf eine weitergehende Angleichung der GKV an die PKV zielen.

#### **2.1.3.1 Mehr Gestaltungsfreiheit für die Versicherten**

Zur Gestaltungsfreiheit der Versicherten für ihren Versicherungsschutz enthält der Koalitionsvertrag die folgenden Aussage:

„Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Auch bei dieser Aussage ist zunächst auf die bisherigen Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen. Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist insbesondere durch einen für alle Versicherten einheitlichen und weder von ihnen noch von den Krankenkassen veränderbaren Leistungskatalog gekennzeichnet. Es ist gesetzlich Versicherten außerhalb des Wahltarifbereiches nicht möglich, bestimmte gesetzlich vorgeschriebene Leistungen ‚abzuwählen‘, wie dies in der PKV der Fall ist. Krankenkassen haben bislang nur die Möglichkeit, gewisse zusätzliche Leistungen als Satzungsleistungen zu gewähren, die aber nicht für einzelne Versicherte in individuellen Versicherungsverträgen vereinbart werden, sondern für alle Versicherten gleich gelten.

Wie bereits angesprochen, ist dieser Grundsatz durch die 2007 eingeführten Wahltarife durchbrochen worden, außerhalb dieser ‚Fremdkörper‘ in der GKV gilt der Grundsatz jedoch weiterhin. Auch die Wahlmöglichkeit der freiwillig Versicherten bei der Leistung Krankengeld ist lediglich eine Ausnahme und stellt den Grundsatz nicht in Frage. Abhängig Beschäftigte unterhalb der Versicherungspflichtgrenze können nicht wählen, ob sie im Krankheitsfall nach der Lohnfortzahlung Krankengeld erhalten wollen oder nicht, für sie gehört Krankengeld zum gesetzlich zwingend vorgeschriebenen Leistungskatalog jeder Krankenkasse.

Offenbar haben sich die Verhandlungsführer der Koalition darauf geeinigt, den Grundsatz eines für alle Pflichtversicherten einheitlichen Leistungskatalogs weiter einzu-



schränken. Vermutlich soll der Katalog – analog zur schrittweisen Umstellung auf eine pauschale ‚Versicherungsprämie‘ – ebenfalls in zunächst kleinen Schritten aufgelöst werden. Die Formulierung „auf Basis des bestehenden Leistungskatalogs“ schließt dies keinesfalls aus. Der bestehende Leistungskatalog soll lediglich die „Basis“ bilden, von der ausgehend zukünftig Leistungen auch ‚abgewählt‘ werden können.

Ein Blick in die gesundheitspolitischen Parteitagebeschlüsse von CDU und FDP kann die dahinter liegende Zielorientierung erkennbar machen. So hat sich die FDP in ihrem Wahlprogramm 2009 dafür ausgesprochen, die gesetzliche Versicherungspflicht auf eine „Grundversorgung“ zu reduzieren, die nur noch die „Existenz bedrohenden Risiken“ abdeckt (FDP 2009: 18). In den vorhergehenden Jahren nannte sie es „Regelversorgung“ und stellte klar, dass nur noch dafür eine Versicherung ohne „Risikozuschläge“ auf Prämien gewährt werden soll (FDP 2007: 6). Soweit geht die Beschlusslage der CDU zwar nicht, aber auch ihr Gesundheitsprämienmodell sieht eine Differenzierung in einen „Standard-Krankenversicherungsschutz“ und zusätzliche Leistungen gegen höhere „Prämien“ vor (CDU 2003: 27).

Die Auflösung des gesetzlichen Leistungskatalogs in einen reduzierten Bereich der ‚Grundversorgung‘ mit ‚Standard-Versicherungsschutz‘ und einen nur über gesonderte ‚Prämien‘ zu erhaltenden ‚Premium‘-Bereich zusätzlicher Leistungen steht in direktem Zusammenhang zur zuvor angesprochenen schrittweisen Einführung des Äquivalenzprinzips bei der Beitragsbemessung. Erst die Reduzierung des gesetzlichen Leistungskatalogs eröffnet die Möglichkeit, Beiträge auch nach dem Umfang des gewählten und dann auch individuell zu vereinbarenden Leistungsumfangs zu kalkulieren.

### **2.1.3.2 Ausweitung der Kostenerstattung**

Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wird im Koalitionsvertrag eine Ausweitung der „Möglichkeiten der Kostenerstattung“ angekündigt (CDU/CSU/FDP 2009: 88). Kostenerstattung ist ebenfalls ein typisches Element der privaten Krankenversicherung, das allerdings bereits seit längerem in die gesetzliche Krankenversicherung eingefügt ist, zunächst nur für freiwillig Versicherte und seit 2004 für alle Versicherten als Wahlmöglichkeit (§ 13 Abs. 2 SGB V). Da bereits alle Versicherten die Möglichkeit der Kostenerstattung haben, ist auf Seiten der Versicherten eine Ausweitung von Möglichkeiten wohl kaum möglich. Diese scheint auch nicht gemeint zu sein, da in der

entsprechenden Passage nicht von Versicherten die Rede ist. Offenbar ist eine Ausweitung von Möglichkeiten an anderer Stelle gemeint. Da Kostenerstattung im Binnenverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse erfolgt, bleibt nur die Möglichkeit für Krankenkassen, für bestimmte Leistungsbereiche überhaupt keine Sachleistungen mehr zu übernehmen, sondern nur noch Kostenerstattung zu gewähren.

Für eine solche Interpretation der angesprochenen Passage im Koalitionsvertrag spricht auch die Beschlusslage von CDU und FDP. Die vollständige Abschaffung des Sachleistungsprinzips und uneingeschränkte Ersetzung durch Kostenerstattung gehört seit Jahren zum festen Repertoire der gesundheitspolitischen Positionen der FDP (FDP 2003: 10; 2004: 4). Das Gesundheitsprämienmodell der CDU sieht ebenfalls eine deutliche Ausweitung der Kostenerstattung vor. Danach soll Kostenerstattung in der ambulanten ärztlichen Versorgung zum „Regelfall“ werden, Sachleistung zur Ausnahme (CDU 2003: 27).

Da die Aussage zur Ausweitung der Kostenerstattung im Abschnitt zur ambulanten ärztlichen Behandlung gemacht wurde, liegt es nahe anzunehmen, dass sich die Koalitionäre auf eine schrittweise Umstellung der Sachleistung ‚ambulante ärztliche Behandlung‘ auf reine Kostenerstattung geeinigt haben. Allerdings nicht mehr als Wahloption für die Versicherten, sondern als Vorgabe oder Option für die Krankenkassen, ambulante ärztliche Versorgung nur noch auf dem Wege der Kostenerstattung zu gewähren. Wie in der privaten Krankenversicherung würde der Versicherte dann vom behandelnden Arzt eine Rechnung über die erbrachten Leistungen erhalten und wäre Schuldner dieser Rechnung. Die Rechnung müsste er der Kasse einreichen, die ihm dann – je nach gesetzlichen Vorgaben oder Satzungsbestimmung – den gesamten Rechnungsbetrag oder nur einen Teil überweist.

Die Arztpraxen könnten so auch von der Erhebung der Praxisgebühr entlastet werden, indem die Kasse den entsprechenden Betrag einfach vom Überweisungsbetrag abzieht, ebenso wie vorgegebene Zuzahlungen oder Begrenzungen der Kostenerstattung auf weniger als 100%. So könnte gleichzeitig auch das Versprechen erfüllt werden, für ‚Bürokratieabbau‘ und Entlastung der Ärzte von Bürokratie zu sorgen.

Die Ausweitung der Kostenerstattung wird im Koalitionsvertrag und auch an anderer Stelle von CDU und FDP immer wieder damit begründet, sie diene zur Erhöhung der Transparenz und setze Anreize für kostenbewusstes Verhalten. Versicherten würden mit der Rechnung, die sie erhalten, die von ihnen verursachten Kosten transparent und

sie könnten auch Abrechnungsbetrug erkennen und ihrer Kasse melden. Um ein solches Ziel der Kostentransparenz zu erreichen, wäre aber keine Kostenerstattung erforderlich, es würde reichen, den Versicherten lediglich die Rechnung zur Kenntnis zu geben. Dass sie diese auch bezahlen müssen, wäre in keiner Weise notwendig.

Die Einführung und Ausweitung von Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung zielt letztlich darauf, weitere Elemente der PKV in die GKV einzufügen, in diesem Fall eines, das es erleichtert, den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung einzuschränken. Statt dass der Gesetzgeber mit politisch schwierigen und öffentlichen Debatten verbundenen Eingriffen den Leistungskatalog kürzt, wird die Verantwortung für Leistungskürzungen auf die einzelnen Kassen verlagert. Denkbar wäre eine politische Strategie, die es Kassen erlaubt, die Erstattungssätze für bestimmte Leistungen in ihrer Satzung zu regeln. Das brächte den Kassen die im Koalitionsvertrag angekündigte ‚mehr Beitragsautonomie‘, den Versicherten die ankündigten Möglichkeiten der individuellen Gestaltung ihres Versicherungsschutzes und ein weiteres Eindringen des Äquivalenzprinzips. Für unterschiedliche Kostenerstattungsmodelle würden unterschiedliche ‚Prämien‘ erhoben und somit Beitrag und Leistung in ein ‚adäquates Verhältnis‘ gebracht.

Eine Ausweitung der Kostenerstattung und letztlich vollständige Umstellung vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip geht in ihrer Bedeutung aber noch darüber hinaus. Wird das Sachleistungsprinzip durch Kostenerstattung ersetzt, entzieht dies dem Kollektivvertragssystem den Boden. Die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten erfolgt gegenwärtig in einem System, das durch kollektive Verträge zwischen den Krankenkassen und der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geregelt ist. Krankenkassen schließen mit der KV einen Gesamtvertrag über die Sicherstellung einer ausreichenden und flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten ab, und jede Kasse zahlt eine Gesamtvergütung für die Versorgung ihrer Versicherten an die KV. Abgesehen von der Praxisgebühr fließen keine Geldströme zwischen Patienten und Ärzten.

Wird das Sachleistungsprinzip abgeschafft und vollständig oder auch nur zum überwiegenden Teil auf Kostenerstattung umgestellt, so verliert die Vereinbarung von Gesamtverträgen und Zahlung von Gesamtvergütungen durch die Krankenkassen für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht nur ihren Sinn, sondern auch ihre materielle Grundlage. In einem Kostenerstat-

tungssystem laufen die Zahlungsströme grundlegend anders. Die Vergütung wird vom einzelnen Patienten an den einzelnen Leistungserbringer gezahlt. Aus einem Versorgungssystem, das auf öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnissen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aufbaut, die beide Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, würde ein auf privatrechtlichen Beziehungen aufbauendes System mit individualisierten Zahlungsströmen zwischen individuellem Patienten und Arzt. Das Geschäftsmodell der PKV würde so zum alleinigen Modell, unabhängig davon, welche Rechtsform die Krankenversicherung hat, die es anwendet.

Eine solche Entwicklung ist aber nicht erst für die Zukunft zu erwarten. Sie hat bereits begonnen. Durch die in den letzten Jahren schrittweise vollzogene Ausweitung von Einzel- oder Selektivverträgen mit einzelnen Arztgruppen wird dem Kollektivvertragssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung bereits zunehmend die Grundlage entzogen. Eröffnet wurde diese Entwicklung in der Gesundheitsreform 2000 mit der Aufforderung des Gesetzgebers an die einzelnen Krankenkassen, mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern selektiv Verträge abzuschließen über eine integrierte Versorgung ihrer Versicherten.<sup>9</sup> Es folgte 2004 die Aufforderung zum Abschluss von Verträgen der hausarztzentrierten und besonderen fachärztlichen Versorgung mit einzelnen Arztgruppen<sup>10</sup> und bisheriger Schlusspunkt ist die Verankerung einer gesetzlichen Pflicht aller Kassen zum Abschluss von Hausarztverträgen mit Fristsetzung zum 30. Juni 2009 im Rahmen des Ende 2008 verabschiedeten GKV-OrgWG. Die Ausweitung von Selektivverträgen auch auf den Krankenhausbereich wird seit Jahren insbesondere von den Krankenkassen gefordert (vgl. u.a. BKK 2007; Leber/Malzahn/Wolff 2007), scheiterte bislang allerdings noch am Widerstand der Bundesländer im Bundesrat. Passend zu der zuvor dargelegten Entwicklungslinie enthält der Koalitionsvertrag denn auch die Ankündigung von „genügend Spielraum“ für die Krankenkassen für den Abschluss von Selektivverträgen (CDU/CSU/FDP 2009: 85).

Selektivverträge werden vielfach als wichtige Innovation für die Realisierung verbesserter Versorgungsmodell angesehen, wenngleich unabhängige wissenschaftliche Belege dafür noch fehlen und auch einzelne Kassen, bestehende Hausarztverträge alter Art mit der Begründung auslaufen ließen, dass der Nutzen für die Versicherten nicht ausreichend erwiesen sei. Wie auch immer man den Nutzen für die Versorgungsqualität ein-

---

<sup>9</sup> § 140a-h SGB V i.d.F.d. GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000

<sup>10</sup> §§ 73b, 73c SGB V i.d.F.d. GKV-Modernisierungsgesetzes 2004

schätzt, die Umstellung vom Kollektivvertragssystem auf ein System unterschiedlichster Selektivverträge würde ein zentrales Merkmal des deutschen Gesundheitssystems beseitigen, das in der Vergangenheit immer wieder als Qualitätsmerkmal in internationalen Vergleichen galt. Durch das Kollektivvertragssystem wird für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung freier Zugang zu allen zugelassenen Ärzten, Krankenhäusern etc. gewährleistet.

Selektivverträge erfordern dagegen, wenn sie auch für Leistungserbringer attraktiv sein sollen, letztlich eine Begrenzung des Zugangs zu Leistungserbringern. Der Vorteil eines Selektivvertrages liegt für Leistungserbringer vor allem in der Zusicherung einer gegenüber anderen Leistungserbringern privilegierten Stellung, die ihnen Mehreinnahmen durch höhere Fallzahlen verschafft. Werden beispielsweise Preisnachlässe vereinbart, so sind sie für Leistungserbringer nur dann akzeptabel, wenn sie dafür einen höheren Umsatz als zuvor erzielen können. Das wiederum kann eine Krankenkasse nur dann gewährleisten, wenn sie sicherstellen kann, dass ihre Versicherten nur Leistungen oder Produkte des betreffenden Leistungserbringers in Anspruch nehmen bzw. kaufen. Selektivverträge erfordern somit die Abschaffung des allgemeinen und freien Zugangs aller Versicherten zu allen zur Versorgung von Kassenversicherten zugelassenen Leistungserbringern und die Beschränkung des Zugangs auf den Teil, der einen Vertrag mit der jeweiligen Kasse abgeschlossen hat.

### **2.1.3.3 Ausweitung der Mehrkostenregelungen**

Da die Erfahrungen mit den bisherigen Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen aus Sicht der Koalition überwiegend positiv sind, soll geprüft werden, „wo darüber hinaus Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern“ (CDU/CSU/FDP 2009: 90).

Mehrkostenregelungen bedeuten im Grundsatz, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für einen bestimmten Leistungsbereich auf zugelassene Leistungserbringer oder einen bestimmten Leistungsumfang begrenzt wird. Kassen wird gesetzlich vorgegeben, dass Versicherten, die andere Leistungserbringer oder über die Begrenzung hinausgehende Leistungen in Anspruch nehmen, die daraus resultierenden Mehrkosten ‚auferlegt‘ werden. Eine der ersten Mehrkostenregelungen war die Vorgabe,

dass Versicherten, die ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus wählen, daraus resultierende Mehrkosten „ganz oder teilweise auferlegt werden“ können (§ 39 Abs. 2 SGB V). Analoge Regelungen gibt es für die ambulante ärztliche (§ 76 SGB V) und zahnärztliche Versorgung (§ 28 SGB V), die medizinische Rehabilitation (§ 40 SGB V) und die Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V).

Die wohl wichtigste Neuregelung in jüngerer Zeit war die Umstellung von der ‚Sachleistung Zahnersatz‘ auf einen Festzuschuss zu den Kosten einer „Regelversorgung“ in Höhe von 50 %, der bei nachgewiesenen Bemühungen um die eigene Zahngesundheit auf bis zu 80 % steigen kann (§ 55 SGB V). Wählen Versicherte Zahnersatzleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, so haben sie die entsprechenden Mehrkosten selbst zu tragen (§ 28 SGB V).

Auch mit der Ankündigung einer Ausweitung von Mehrkostenregelungen wird kein vollkommen neuer Weg beschritten, sondern ein bereits eingeschlagener Weg weiterverfolgt. Aber, wie bereits an vorherigen Punkten deutlich gemacht, zahlreiche der in den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahren beschlossenen Neuregelungen haben bereits tragende Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung durchbrochen und die Krankenkassen jedes Mal der Angleichung an die PKV ein Stück näher gebracht. Dies gilt auch für die Mehrkostenregelungen.

Bei Mehrkostenregelungen können zwei grundsätzlich unterschiedliche Typen unterschieden werden. Die eine, bereits seit längerem im Krankenkassenrecht verankerte Mehrkostenregelung, bezieht sich auf Mehrkosten durch die Wahl eines Leistungserbringers. Diese Regelung geht von dem allgemeinen Grundsatz des Krankenkassenrechts aus, dass Versicherte nur Anspruch auf Dienstleistungen von solchen Leistungserbringern haben, die durch einen Versorgungsvertrag zur Versorgung von GKV-Versicherten zugelassen sind.<sup>11</sup> Zu diesem Typ Mehrkostenregelung zählt die Vorschrift, dass bei einer ohne zwingenden Grund erfolgenden Inanspruchnahme eines anderen als des nächst erreichbaren Vertragsarztes daraus resultierende Mehrkosten zu tragen sind (§ 76 Abs. 1, 2 SGB V). Nur in Notfällen kann die Versorgung durch einen Privatarzt zu Lasten der Krankenkasse erfolgen. Gleiches gilt für die Krankenhausbehandlung, die als Sachleistung zu Lasten der Krankenkassen nur durch zugelassene Krankenhäuser erfol-

---

<sup>11</sup> Dies sind 95 % der ambulant tätigen Ärzte und 92 % der Krankenhäuser, die jedoch über 99 % der Betten vorhalten.

gen darf (§ 39 Abs. 1 SGB V), sowie die medizinische Rehabilitation (§ 40 SGB V) und Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V).

Die durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) der damaligen schwarz-gelben Koalitionsregierung ab 1998 eingeführte Mehrkostenregelung für Zahnfüllungen<sup>12</sup> ist dagegen eine Regelung anderen Typus, ebenso wie die Mehrkostenregelung für Zahnersatz. Dieser Typ Mehrkostenregelung differenziert nicht nach zugelassenen und nicht zugelassenen Leistungserbringern, sondern nach Leistungsart und -umfang. Dieser Typ Mehrkostenregelung ist der Einstieg in die Reduzierung des gesetzlichen Leistungskatalogs und schrittweise Rückführung auf das Niveau von Grund- oder Basisleistungen. Und er ist zugleich auch ein wichtiger Schritt zur Ausweitung der Kostenerstattung.

#### **2.1.3.4 Wahltarife in Kooperation mit der PKV**

Wie bereits angesprochen, können Krankenkassen seit 2007 so genannte „Wahltarife“ als Satzungsleistungen anbieten (§ 53 SGB V). Im Einzelnen wurden folgende Wahltarife zugelassen (vgl. Simon 2009: 154f.):

- *Selbstbehalte (§ 53 Abs. 1 SGB V)*: Dieses aus der privaten Krankenversicherung bekannte Modell sieht vor, dass bis zu einem zuvor vereinbarten jährlichen Betrag die anfallenden Rechnungen selbst bezahlt werden und die Versicherung erst für die darüber hinaus gehenden Kosten aufkommt. Selbstbehalte können in verschiedenen Stufen angeboten werden, beispielsweise in Höhe von 300, 600 oder 900 Euro. Bis zu dieser Summe sind die Kosten folglich selbst zu tragen. Als Ausgleich dafür wird in der Regel der Beitragssatz ermäßigt. Da unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die Krankenkassen den allgemeinen Beitragssatz nicht mehr selbst festsetzen und somit auch nicht ermäßigen können, sieht das Gesetz Prämienzahlungen an die betreffenden Mitglieder vor. Die jeweilige Kasse hat Versicherten, die einen solchen Wahltarif wählen, einen Teil des gezahlten allgemeinen Beitragssatzes als Prämie zurückzuzahlen. Die Höhe der Prämie ist im Falle des Selbstbehalttarifes abhängig von der Höhe des gewählten Selbstbehalts. Selbstbehalte konnten Krankenkassen bereits seit 2004 ihren freiwilligen Mitgliedern anbieten, die Kostenerstattung gewählt hatten, und dafür deren Beitragssatz ermäßigen. Diese Möglichkeit wurde ab dem 1.01.2007 auf alle Mitglieder ausgeweitet.

---

<sup>12</sup> Vgl. § 28 Abs. 2 SGB V i.d.F.d. Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes 1997.

- *Prämien für Nichtinanspruchnahme (§ 53 Abs. 2 SGB V)*: Nehmen Mitglieder und ihre mitversicherten Angehörigen in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch, kann die Krankenkasse bis zu einem Zwölftel des Jahresbeitrages als Prämie an das Mitglied zahlen. Auch dieses Modell ist der PKV entlehnt und wird dort Beitragsrückerstattung genannt. Beitragsrückerstattung war bereits vor dem 1.04.2007 in der GKV möglich, allerdings nur als Satzungsleistung für freiwillige Mitglieder.
- *Prämien für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (§ 53 Abs. 3 SGB V)*: Krankenkassen können Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen wie beispielsweise Disease Management Programmen, integrierter Versorgung oder Hausarztversorgung teilnehmen, Prämien zahlen oder Zuzahlungen ermäßigen.
- *Kostenerstattung (§ 53 Abs. 4 SGB V)*: Verschiedene nach der Höhe der Kostenerstattung differenzierte Wahltarife können allen Versicherten angeboten werden. Wählt ein Versicherter einen Kostenerstattungstarif, sind je nach Höhe der Kostenerstattung Prämienzahlungen (Beitragsrückerstattungen) der Kasse vorzusehen.
- *Besondere Therapierichtungen (§ 53 Abs. 5 SGB V)*: Die Kostenübernahme für Arzneimittel besonderer Therapieformen (z. B. Homöopathie), die regulär nicht zum Leistungskatalog der GKV zählen, kann im Rahmen eines entsprechenden Wahltarifes gegen Zahlung einer zusätzlichen Prämie des Versicherten als Wahltarif angeboten werden.
- *Krankengeld (§ 53 Abs. 6 SGB V)*: Das bisherige Krankengeld für Selbständige und Mitglieder der Künstlersozialkasse wurde in einen Wahltarif umgewandelt. Diese Mitglieder konnten ab 1. Januar 2009 die Zahlung von Krankengeld als Wahltarif gegen zusätzliche Prämienzahlung wählen.
- *Eingeschränkter Leistungsumfang (§ 53 Abs. 7 SGB V)*: Für bestimmte Mitgliedergruppen kann als Wahltarif ein eingeschränkter Leistungsanspruch angeboten werden. Diese Neuregelung zielte insbesondere auf Beamte, die von ihrem Dienstherrn so genannte ‚Beihilfe‘ zu den entstandenen Behandlungskosten erhalten, in der Regel in Höhe von 50 % der Kosten. Die GKV kann – analog zu den entsprechenden Angeboten der PKV – für diese Gruppen einen Wahltarif für die Erstattung der nicht durch die Beihilfe gedeckten Behandlungskosten anbieten.

Mit der Zulassung von Wahltarifen wurde den Krankenkassen im Grunde erlaubt, mit der PKV auf deren originären Geschäftsfeldern in Konkurrenz zu treten. Entsprechende



Tarifangebote der Krankenkassen richten sich vor allem an freiwillig Versicherte der GKV, und unter ihnen insbesondere an junge, gesunde Mitglieder. Diese sind aber für die PKV von besonderer Bedeutung, da ihr Geschäftsmodell den kontinuierlichen Zugang genau dieser Versichertengruppe dringend benötigt, um eine Überalterung des Versichertenbestandes verhindern zu können. Wahltarife der GKV stellen somit eine potenzielle Gefährdung des Geschäftsmodells der PKV dar. Dementsprechend kritisierte der PKV-Verband die Wahltarife der GKV denn auch als „Lockvogel-Angebote für besserverdienende freiwillig Versicherte, um sie vom Verlassen der GKV abzuhalten“ (PKV 2009: 4).

Offenbar wurde nun in den Koalitionsverhandlungen vereinbart, die Möglichkeiten der Krankenkassen für eigenständige Wahltarifangebote einzuschränken. Allerdings ist die entsprechende Passage des Koalitionsvertrages – wie viele andere – uneindeutig und lässt nicht wirklich erkennen, was geplant ist:

„Wir werden bei den Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen klarer ausgestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitern“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Die Ankündigung einer ‚klareren Ausgestaltung‘ der Grenzen zwischen GKV und PKV bei Wahltarifen und der Hinweis auf Möglichkeiten der Zusammenarbeit lässt erwarten, dass die Möglichkeit der Krankenkassen, Wahltarife selbst anzubieten, zukünftig eingeschränkt oder sogar vollständig beseitigt wird. Statt dass Krankenkassen Wahltarife selbst anbieten können, käme es der PKV sehr entgegen, wenn Krankenkassen nur noch die Möglichkeit hätten, ihren Versicherten entsprechende Angebote privater Krankenversicherungen zu Sonderkonditionen anzubieten, so wie dies bei Zusatzversicherungen in den letzten Jahren bereits zunehmend durch Krankenkassen erfolgt.

Die seit mehreren Jahren zu beobachtende Annäherung gesetzlicher Krankenkassen an private Krankenversicherungsunternehmen würde durch derartige Neuregelungen sicherlich weiter befördert. Vor dem Hintergrund einer seit mehreren Jahren geführten Diskussion über einen ‚gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt‘ von GKV und PKV (vgl. u.a. Albrecht/Schröder/Sehlen 2006; Knieps 2008) sind einige Kassen auch bereits strategische Fusionen mit Betriebskrankenkassen privater Krankenversicherungen eingegangen. Derartige Fusionen sind Teil strategischer Partnerschaften zwischen einzelnen Krankenkassen und PKV-Unternehmen, die offenbar getragen sind von der Einschätzung, dass die gesetzliche Krankenversicherung in einigen Jahren abgeschafft wird

und dann Krankenkassen – nach ihrer Umwandlung in private Versicherungsunternehmen – mit bereits bestehenden großen privaten Krankenversicherungen fusionieren können. Beispiele für derartige strategische Partnerschaften sind die 2009 erfolgten Fusionen von KKH und BKK Allianz zur „KKH Allianz“ sowie der Vereinigten IKK und der Signal Iduna BKK zur „Signal Iduna IKK“. Die KKH Allianz wirbt dementsprechend auch damit, dass die private Krankenversicherung der Allianz „exklusiver Produktpartner für die private Zusatzversicherung“ sei und die drei „Partner“ für einen „einheitlichen Marktauftritt“ zusammenarbeiten (KKH 2008). Die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen wird offensichtlich nicht nur von Teilen der Politik bereits seit längerem durch die Einfügung von PKV-Elementen in die GKV betrieben, sondern auch von Teilen der Führungselite der GKV bereits strategisch vorbereitet.

Sollte die Koalition tatsächlich die Möglichkeiten der Krankenkassen zum eigenständigen Angebot von „Wahlтарifen“ reduzieren oder sogar vollständig streichen, wäre dies im Hinblick auf die Einhaltung der Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst einmal zu begrüßen, denn Wahlтарife sind ‚Fremdkörper‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung. Würden die Kassen aber stattdessen aufgefordert oder sogar gesetzlich gezwungen, derartige Tarife in Kooperation mit einer privaten Krankenversicherung anzubieten oder ihren Versicherten entsprechende Angebote privater Versicherungen zu vermitteln, würde dies den ohnehin bereits zu beobachtenden Trend einer Annäherung der Krankenkassen an private Versicherungsunternehmen vorantreiben.

Da an den Formulierungen des Koalitionsvertrages nicht ablesbar ist, was in den Koalitionsverhandlungen vereinbart wurde, wird man den entsprechenden Gesetzentwurf abwarten müssen, um erkennen zu können, in welche Richtung die Wahlтарife in der GKV und die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und PKV ‚weiterentwickelt‘ werden sollen.

## **2.2 Private Krankenversicherung**

Wie zu erwarten, enthält der Koalitionsvertrag ein eindeutiges Bekenntnis zur privaten Krankenversicherung als Vollversicherung.

„Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherungen ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86).

Bemerkenswert an diesem Satz ist weniger das klare Bekenntnis zur PKV als vielmehr das zur gesetzlichen Krankenversicherung. Dies dürfte wohl kaum auf einen entsprechenden Wunsch der FDP zurückzuführen sein, sondern eher den Vorstellungen der Union entspringen. Wie an späterer Stelle dieser Untersuchung anhand der programmatischen Dokumente von CDU, CSU und FDP noch näher herausgearbeitet wird, liegt in dem Bekenntnis zum Erhalt der gesetzlichen Krankenversicherung eine ‚Sollbruchstelle‘ der schwarz-gelben Koalition. Während sich die FDP sehr klar und eindeutig und mehrfach für die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen und dies zu ihrem zentralen gesundheitspolitischen Ziel erklärt hat, dürfte für weite Teile der CDU und vor allem die CSU die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung nicht zur Disposition stehen. Allerdings läuft das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ der CDU letztlich doch auf die Abschaffung der GKV als Sozialversicherung hinaus. Dies scheint jedoch nur wenigen Gesundheitspolitikern der CDU bewusst sein.

### 3 Das 'Gesundheitsprämienmodell' von CDU und FDP

Im Folgenden soll nun auf das zentrale gesundheitspolitische Projekt der schwarz-gelben Regierungskoalition eingegangen werden. Wie bereits dargelegt, wird dieses Projekt im Koalitionsvertrag nicht offengelegt, sondern hinter der Formulierung verborgen, langfristig solle „das bestehende Ausgleichssystem überführt werden in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungen und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“ (CDU/CSU/FDP 2009: 86). Erst durch Interviews und öffentliche Äußerungen führender Gesundheitspolitiker von CDU und FDP wurde nach und nach deutlicher, dass mit „einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“ das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von CDU und FDP gemeint ist. So interpretieren zumindest führende an den Koalitionsverhandlungen beteiligte Gesundheitspolitiker wie Rösler (FDP), Bahr (FDP), Spahn (CDU) und Widmann-Mauz (CDU) die entsprechende Passage, und auch der Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Volker Kauder, bestätigte diese Darstellung. Ob und in wieweit auch die an der Arbeitsgruppe beteiligten CSU-Politiker dieser Zielorientierung ausdrücklich zugestimmt haben, erscheint angesichts der Äußerungen von Seehofer und Söder zwar zweifelhaft, in der nachfolgenden Analyse und Diskussion wird aber dennoch davon ausgegangen, dass das Gesundheitsprämienmodell Pate für die entsprechende Formulierung stand. Zumal die Gesamtschau des gesundheitspolitischen Teils der Koalitionsverhandlungen nahelegt, dass langfristig von maßgeblichen Akteuren aus CDU und FDP aber auch Teilen der CSU die Einführung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ angestrebt wird.

Eine genauere Beschäftigung mit diesem Modell ist darum nicht nur von wissenschaftlichem, sondern vor allem von allgemein gesellschaftlichem und natürlich spezifisch gesundheitspolitischem Interesse. Es ist wohl davon auszugehen, dass das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ in seiner Gesamtheit nur relativ wenig öffentlich bekannt ist. Die Debatten und journalistischen Beiträge kreisen seit der Veröffentlichung des Koalitionsvertrages fast ausschließlich um die Frage der Kosten und Finanzierbarkeit eines steuerfinanzierten sozialen Ausgleichs und die Frage nach der sozialen Gerechtigkeit eines für alle Versicherten gleichen pauschalen Krankenkassenbeitrags. Das ‚Gesundheitsprämi-

enmodell' enthält aber mehr als nur die Einführung einer für alle Mitglieder einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitragspauschale und einen steuerfinanzierten ‚Sozialausgleich‘, und es geht vor allem in seiner Bedeutung weit über diese Fragen hinaus. Es ist in der Tat – wie die FDP für ihr Modell in Anspruch nimmt – der Einstieg in einen „grundsätzlichen Systemwechsel“ (FDP 2004: 2).

Dies wird allerdings erst erkennbar, wenn man alle maßgeblichen Elemente des Modells betrachtet und mit dem gegenwärtigen System vergleicht. Eine Beschäftigung mit dem Gesundheitsprämienmodell insgesamt erscheint vor allem deshalb notwendig, weil Zusatzbeiträge, Beitragspauschalen und steuerfinanzierter Sozialausgleich nur dann in ihrer Bedeutung richtig eingeschätzt werden können, wenn man sie in den Gesamtzusammenhang des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ stellt. Denn – um ein zentrales Ergebnis der nachfolgenden Analyse vorweg zu nehmen – einkommensunabhängige pauschale Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht letztes Ziel des ‚Gesundheitsprämienmodells‘, sondern Zwischenschritt hin zu einem Gesundheitssystem, in dem es keine gesetzliche Krankenversicherung mehr im gegenwärtigen Sinne gibt, sondern Krankenversicherungsschutz nur noch von privaten Versicherungsunternehmen zu erhalten sein wird.

Um sich ein Bild über das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ und die darin enthaltenen wesentlichen Elemente verschaffen zu können, ist es notwendig die gesundheitspolitischen Beschlüsse von CDU, CSU und FDP der letzten Jahre daraufhin zu analysieren, was sie an Aussagen zu diesem Modell enthalten. Der inhaltsanalytische Zugang erfolgt entlang eines Analyserasters, dessen Kategorien wie folgt begründet sind:

- Die Textanalyse konzentriert sich auf Aussagen zur Zukunft der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und geht damit bewusst über das enggefasste Thema ‚Gesundheitsprämie‘ oder ‚Kopfpauschale‘ hinaus. Nicht von ungefähr ist in den programmatischen Dokumenten von einem ‚Gesundheitsprämienmodell‘ die Rede und nicht nur von einer ‚Gesundheitsprämie‘. Dies ist insofern zutreffend, als die Beschlüsse weit mehr umfassen als nur die eher technische Beschreibung eines Systems pauschaler Krankenkassenbeiträge. Es ist die Beschreibung von Eckpunkten für eine grundlegende Systemänderung und insofern wird in der Tat ein neues ‚Modell‘ angestrebt.

- Auf einer ersten Kategorienebene wird zwischen Aussagen zur *Krankenversicherung* und zur *Pflegeversicherung* unterschieden. Diese Unterscheidung folgt der sozialrechtlichen Unterscheidung in zwei eigene Regelungskreise (SGB V und SGB XI) und findet sich auch in den untersuchten programmatischen Dokumenten. Auf eine gesonderte Analyse und Darstellung der Aussagen zur Pflegeversicherung wurde aus Gründen der Vereinfachung verzichtet, da die Pläne für die Zukunft der Pflegeversicherung den Grundzügen des Konzepts für die Krankenversicherung folgen.
- Die zentrale Kategorie *Krankenversicherung* wird unterteilt in *gesetzliche Krankenversicherung* und *private Krankenversicherung*, da das deutsche Gesundheitssystem die soziale Absicherung im Krankheitsfall in einem dualen Krankenversicherungssystem vorsieht, deren Organisationsformen gegenwärtig mit diesen beiden Begriffen bezeichnet werden. Es wird folglich nicht die begriffliche Differenzierung der Pflegeversicherung verwendet. Für die Pflegeversicherung wurde der Begriff der ‚gesetzlichen‘ Pflegeversicherung anders belegt, da mit Einführung der Pflegeversicherung zugleich eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung auch für die Versicherten der privaten Krankenversicherung eingeführt wurde. Da in diesem Sinne die private Pflegeversicherung auch eine ‚gesetzliche‘ ist, steht der Begriff ‚gesetzliche Pflegeversicherung‘ als Dachbegriff für die ‚soziale Pflegeversicherung‘ (bei den Krankenkassen angesiedelt) und die ‚private Pflegeversicherung‘ (bei der PKV angesiedelt). Überträgt man diese Begriffslogik auf die Krankenversicherung, so wäre die jetzige gesetzliche Krankenversicherung in Analogie zum SGB XI die ‚soziale Krankenversicherung‘. Dieser kurze Exkurs zu den Begrifflichkeiten ist insofern für die hier zu untersuchenden Fragen von Bedeutung, als das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von CDU und FDP weiterhin auch eine gesetzliche Versicherungspflicht vorsieht, aber keine ‚Pflichtversicherung‘ mehr, wie sie die jetzige gesetzliche Krankenversicherung ist. Auch nach Abschaffung der gegenwärtigen gesetzlichen Krankenversicherung könnte es in diesem Begriffsverständnis weiterhin eine ‚gesetzliche‘ Krankenversicherung geben, allerdings unter dem Dach und als Angebot der privaten Krankenversicherung, beispielsweise analog zum jetzigen Basistarif als ein gesetzlich festgelegter Katalog von Grundleistungen, den private Krankenversicherung anbieten können oder – je nach gesundheitspolitischer Konzeption – anbieten müssen. Für die nachfolgende Untersuchung wurden jedoch die gegenwärtigen Bedeutungen der Begriffe ‚gesetzliche‘ und ‚private‘ Krankenversicherung verwendet.

- Aussagen zur gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Krankenversicherung wurden jeweils differenziert nach Aussagen zur *Versicherungspflicht*, zu den *Organisationsstrukturen*, der *Finanzierung*, dem *Leistungskatalog* und der *Vertragspolitik*.

### **3.1 Programmatische Positionen der CDU zur Zukunft der GKV**

Die nachfolgende Analyse bezieht die folgenden programmatischen Dokumente ein:

- „Deutschland fair ändern“ – Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands vom 1./2.12.2003 (CDU 2003)
- „Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämiensmodell“ – Beschluss C 33 des 18. Parteitages der CDU Deutschlands vom 6./7.12.2004 (CDU 2004)
- „Freiheit und Sicherheit. Grundsätze für Deutschland. Das Grundsatzprogramm“ – Beschluss des 21. Parteitages der CDU Deutschlands vom 3./4.12.2007 (CDU 2007)

#### **3.1.1 Zukunft der Versicherungspflicht**

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in Deutschland im Kern eine Pflichtversicherung für abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen unterhalb einer vom Staat definierten Einkommensgrenze. Abhängig Beschäftigte mit einem Arbeitseinkommen unterhalb der so genannten Versicherungspflichtgrenze unterliegen einer gesetzlichen Versicherungspflicht in einer der gesetzlichen Krankenkassen. Abhängig Beschäftigten mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze steht es bei Überschreiten der Einkommensgrenze frei, als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben oder zu einer privaten Krankenversicherung (PKV) zu wechseln. Selbständigen steht die gesetzliche Krankenversicherung zwar grundsätzlich offen, wenn sie allerdings zuvor privat versichert waren, ist ein Wechsel von der PKV zur gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten ca. 20 Jahren zunehmend erschwert worden und mittlerweile nur noch in wenigen Fällen möglich. Eine Sonderstellung nehmen die Beamten ein. Sie erhalten von ihrem Dienstherrn so genannte ‚Beihilfe‘ zu den entstandenen Behandlungskosten, in der Regel die Hälfte der nachgewiesenen Kosten, und können sich für die verbleibenden Kosten bei einer privaten Krankenversicherung absichern.

Diese, hier nur kurz skizzierte Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist von existenzieller Bedeutung sowohl für die Krankenkassen als auch die PKV. Insofern sind Aussagen zur Versicherungspflicht und ihrer Grenzziehung von besonderer Bedeutung für beide Arten der Krankenversicherung.

Die hier analysierten programmatischen Dokumente der CDU lassen ein klares Bekenntnis zur Sicherung der PKV erkennen, denn Beamte und Selbständige sollen dauerhaft in der PKV bleiben, um die „Betätigungsfreiheit der privaten Krankenversicherung“ zu erhalten (CDU 2003: 23). Auch die folgende Passage steht dazu nicht wirklich im Widerspruch:

„Die CDU tritt dafür ein, dass die heute in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten zunächst dort versichert bleiben“ (CDU 2003: 23).

Wichtig an diesem Satz ist die Beschränkung auf „zunächst“. Dass es sich hierbei nicht um ein Versehen handelt, wird die weitere Analyse der gesundheitspolitischen Programmatik der CDU zeigen, denn das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ der CDU zielt letztlich auf die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer gegenwärtigen Form. Insofern ist es logisch konsistent, wenn die heutigen Versicherten nur „zunächst“ in den jetzigen Krankenkassen versichert bleiben.

Einen ähnlichen Hinweis darauf, dass hinter den gesundheitspolitischen Beschlüssen der CDU seit 2003 das Ziel steht, die als Sozialversicherung organisierte gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung abzuschaffen, findet sich im selben Parteitagebeschluss im Abschnitt zur Zukunft der Pflegeversicherung. Darin kündigt die CDU an, im Falle einer Regierungsübernahme die soziale Pflegeversicherung in ein „kapitalgedecktes System“ zu überführen (CDU 2003: 34). Der während einer Übergangszeit angesammelte kollektive Kapitalstock für Alterungsrückstellungen soll nach der Übergangszeit auf andere Versicherungsträger übertragen werden. Dieses Ziel wird allerdings nicht explizit genannt, sondern nur versteckt und eher beiläufig:

„Die angesammelten Vermögensreserven der gesetzlichen Pflegeversicherung sollen auf die künftigen Versicherungsträger der Pflegeversicherung übertragen werden. Diese übernehmen im Gegenzug die Pflicht, Leistungen an den Pflegebestand zu erbringen und die Absicherung der so genannten ‚pflegenahen Jahrgänge‘ sicherzustellen“ (CDU 2003: 35).

Beide Sätze zusammengenommen lassen nur einen Schluss zu: Die soziale Pflegeversicherung soll langfristig abgeschafft und auf andere Versicherungsträger übertragen werden. Als ‚andere Versicherungsträger‘ kommen nur private Krankenversicherungen in Frage. Zum Einen ist die Formulierung im Plural gesetzt, was beispielsweise eine



staatliche Einheitsversicherung ausschließt, die ohnehin für die CDU inakzeptabel ist. Vor allem aber bleiben im gegenwärtigen System nur die privaten Krankenversicherungen als Träger der privaten Pflegeversicherung, zumal – wie zuvor zitiert – für die PKV eine langfristige Bestandsgarantie ausgesprochen wurde. In den Materialien des CDU-Bundesvorstandes zum Leitantrag „Deutschland fair ändern“ wird auch bereits ein Zeitpunkt genannt. Bis 2030 soll im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ein ‚kollektiver Kapitalstock‘ aufgebaut werden, der ab 2030 aufgelöst wird. Aus den Mitteln des Kapitalstocks sollen ältere Versicherte dann einen Beitragszuschuss zu ihrer privaten Pflegeversicherung erhalten (CDU-Bundesvorstand 2003b: 31).

Für die Krankenversicherung ist in dem CDU-Modell des Jahres 2003 sogar ein deutlich früherer Umstieg genannt. In seinen Materialien zum Leitantrag „Deutschland fair ändern“ weist der CDU-Bundesvorstand darauf hin, dass zum ‚Gesundheitsprämienmodell‘ eine Übergangsphase von 10 Jahren gehört, in der ein kollektiver Kapitalstock gebildet werden soll, der danach an die über 45-jährigen Versicherten individualisiert ausgezahlt wird, damit diese dann – wie auch die jüngeren Versicherten – „versicherungsmathematisch berechnete Prämien“ (CDU-Bundesvorstand 2003b: 18) zahlen können. Die Beschreibung der Grundsätze der angestrebten versicherungsmathematisch berechneten Prämien lässt keinen Zweifel daran, dass es sich um die Kalkulationsmethodik der privaten Krankenversicherung handelt. Sie soll spätestens nach einer zehnjährigen Übergangsphase offenbar alleiniges Kalkulationsmodell für die Krankenversicherung in Deutschland werden. Da eine solche Kalkulation von Beiträgen mit zentralen und tragenden Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung unvereinbar ist, bedeutet dies nicht weniger als die Abschaffung der als Sozialversicherung verfassten gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenversicherung kann dann nur noch von privaten Versicherungsunternehmen nach den Grundsätzen der PKV angeboten werden.

### **3.1.2 Organisationsstrukturen der GKV**

Entsprechend der zuvor herausgearbeiteten langfristigen Zielorientierung einer Abschaffung der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung findet sich in den Parteitagsbeschlüssen seit 2003 zur Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung nur die Aussage, dass Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung „zukunftsweisend weiter-

entwickelt werden“ sollen (CDU 2007: 61). Auch die Abschaffung ist eine Form der ‚Weiterentwicklung‘.

### **3.1.3 Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Kern des Gesundheitsprämienmodells ist ohne Zweifel der Entwurf eines neuen Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zentralen und grundlegenden Beschlüsse wurden auf den Bundesparteitagen der Jahre 2003 und 2004 getroffen. Und diese Beschlüsse gelten immer noch, sie wurden nicht revidiert und sind immer noch bindende Beschlusslage der CDU. Dies ist insofern wichtig festzuhalten, da sowohl in den Medien als auch im Wissenschaftsbereich davon ausgegangen wird, die CDU unter Merkel sei nach der Bundestagswahl 2005 vom Gesundheitsprämienmodell abgerückt. Dem ist entgegen zu halten, dass auf keinem der nachfolgenden Parteitage eine ausdrückliche Abkehr oder Revision des Modells beschlossen wurde. Im Gegenteil: Der Bundesparteitag 2007 hat sich in dem von ihm beschlossenen Grundsatzprogramm der CDU eindeutig und ausdrücklich zum Gesundheitsprämienmodell bekannt und an den darin enthaltenen Zielen festgehalten:

„In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die an das Arbeitseinkommen gekoppelte Finanzierung stufenweise durch solidarische Prämienelemente ergänzt. Diese werden so bald wie möglich durch ein solidarisches Prämienmodell mit Kapitalbildung ersetzt. Menschen mit geringem Einkommen erhalten einen sozialen Ausgleich“ (CDU 2007: 62).

Dass das Modell nicht noch einmal in aller Ausführlichkeit beschlossen wurde, ist nicht als stillschweigende Abkehr zu deuten, sondern schlicht nicht notwendig. Warum sollte man alles noch einmal beschließen, was doch erst wenige Jahre zuvor beschlossen worden war. Die bei einem Vergleich der verschiedenen Parteitagebeschlüsse erkennbar werdenden Unterschiede sind nur kleinere Variationen und von lediglich marginaler Bedeutung. Sie stellen das Modell nicht in Frage, sondern passen es nur an den Gang der parteiinternen Diskussion an.<sup>13</sup> Insofern ist festzuhalten, dass das 2003 und 2004 beschlossene ‚Gesundheitsprämienmodell‘ immer noch geltende Beschlusslage der CDU ist und – wie die vorliegende Untersuchung bereits gezeigt hat bzw. noch zeigen wird –

---

<sup>13</sup> Es sei noch angemerkt und darauf hingewiesen, dass diese Passage bereits den Grundsatz eines stufenweisen Vorgehens enthält, wie es in den Koalitionsverhandlungen 2009 offensichtlich vereinbart wurde.

auch gegenwärtig handlungsleitend für die maßgeblichen Gesundheitspolitiker der CDU ist.

Das 2003 beschlossene Gesundheitsprämienmodell der CDU enthält folgende Eckpunkte:

- *Einkommensunabhängige pauschale Versicherungsprämie:* Der bisherige einkommensabhängige Arbeitnehmerbeitrag wird durch einkommensunabhängige, pauschale ‚Gesundheitsprämien‘ ersetzt (CDU 2003: 23-26).
- *Beitragspflicht für alle Versicherten:* Die bisherige beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern wird abgeschafft. Die pauschale, einkommensunabhängige Prämie ist von allen Versicherten zu zahlen, für Kinder soll allerdings nur die Hälfte der Grundprämie zu zahlen sein (damals 90 Euro) (CDU 2003: 24).
- *Begrenzung und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags:* Der bisherige, als Prozentsatz des Bruttolohns bzw. Bruttogehalts erhobene Arbeitgeberbeitrag wird auf 6,5 % des Bruttolohns begrenzt und an die Arbeitnehmer ausgezahlt. Er ist von ihnen als Lohnbestandteil zu versteuern (CDU 2003: 24).
- *Kapitalgedeckte Alterungsrückstellung:* Die Gesundheitsprämie setzt sich aus einem „Grundbeitrag“ und einem „Vorsorgebeitrag“ zusammen. Mit dem Vorsorgebeitrag soll eine kollektive „kapitalgedeckte Alterungsrückstellung“ aufgebaut werden, die in einem Sondervermögen verwaltet wird (CDU 2003: 24). Die Alterungsrückstellung soll ab 2030 individualisiert und an die Versicherten ausgezahlt und zur „Abfederung“ eines alterungsbedingten Prämienanstiegs eingesetzt werden (CDU 2003: 24; CDU-Bundesvorstand 2003b: 31).
- *Belastungsgrenze:* Die „Gesamtprämienbelastung“ der einzelnen Versicherten wird für alle Versicherten auf einen bestimmten Prozentsatz des Arbeits- oder Haushaltseinkommens begrenzt. Niemand soll mehr als den gesetzlich zu definierenden Prozentsatz seines Einkommens für Krankenversicherungsprämien zahlen müssen.
- *Sozialausgleich:* Übersteigt die Prämienbelastung die definierte Grenze, sollen Geringverdiener aus Steuermitteln einen automatischen „Sozialausgleich“ erhalten (CDU 2003: 25). Die für den Sozialausgleich erforderlichen Mittel können aus einem „gestiegenen allgemeinen Einkommenssteueraufkommen“ finanziert werden (ebd.: 26).

- *Steuerfinanzierung der Prämien für Kinder:* Die Versicherungsprämie für Kinder wird aus Steuermitteln finanziert und von der Kindergeldstelle an die Eltern ausgezahlt (CDU 2003: 24). Die dafür erforderlichen Mittel kommen aus der Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags (ebd.: 26).

Die Umstellung auf das Gesundheitsprämienmodell wurde 2004 in einem erneuten Parteitagbeschluss bekräftigt, allerdings mit kleineren Modifikationen:

- *Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags:* Der bisherige Arbeitgeberbeitrag bleibt Lohnbestandteil und wird nicht ausgezahlt, soll allerdings auf 6,5 % des beitragspflichtigen Einkommens dauerhaft festgeschrieben werden (CDU 2004: 4). Der Arbeitgeberanteil wird zusammen mit den Beiträgen der Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung) an ein Sondervermögen überwiesen. Aus dem Aufkommen der Arbeitgeberanteile wird der Sozialausgleich finanziert (ebd.: 4).
- *Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:* Für Kinder wird keine Prämie erhoben, die Kosten sind aus Steuermitteln zu tragen (ebd.: 3).
- *Beitragspflicht für alle Erwachsenen:* Da die Entscheidung, dass für Kinder keine Versicherungsprämien mehr zu zahlen sein sollen, mit dem im Vorjahr beschlossenen Grundsatz einer Beitragspflicht für alle Versicherten nicht vereinbar ist, sah das Modell von 2004 nur noch „für jeden Erwachsenen“ eine Prämie vor (ebd.: 3).

Wie bereits erwähnt, bekräftigte die CDU auf ihrem Parteitag 2007 das Ziel der Umstellung auf ihr Gesundheitsprämienmodell (CDU 2007: 62).

Bei der vorstehenden Skizzierung des Gesundheitsprämienmodells wurde weitgehend auf Zahlenangaben verzichtet, da diese von der konkreten Ausgestaltung der maßgeblichen Eckpunkte, wie beispielsweise der Einkommensgrenze für den Sozialausgleich, abhängig sind und auch in den verschiedenen Beschlüssen unterschiedlich hoch angegeben wurden. So wurde für das Jahr 2003 eine Prämie in Höhe von 200 Euro für notwendig angesehen, die sich aus einem Grundbeitrag von 180 Euro und einem Vorsorgebeitrag von 20 Euro zusammensetzt (CDU 2003: 24). Die Grenze für die Gesamtprämienbelastung sollte danach bei 15 % des Haushaltseinkommens liegen (ebd.: 25) und die Grenze des Sozialausgleichs bei 1.400 Euro für Alleinstehende und 2.800 Euro für Ver-

heiratete (ebd.: 25). Der Parteitagsbeschluss des Jahres 2004 nennt dagegen eine einkommensunabhängige „Gesamtgesundheitsprämie“ für jeden Erwachsenen in Höhe von 169 Euro monatlich und eine „Belastungsgrenze“ von 7 % des Einkommens (CDU 2004: 5). Die gegenüber 2003 deutlich niedrigere Belastungsgrenze ist vor allem dadurch zu erklären, dass der Arbeitgeberbeitrag (6,5 %) nun nicht mehr ausgezahlt werden soll.

Betrachtet man die genannten Elemente des Gesundheitsprämienmodells und ihren Zusammenhang untereinander genauer, so lassen sich zentrale Elemente identifizieren, die nicht auf andere rückführbar sind, und eher randständige Elemente, die entweder aus den zentralen resultieren oder offenbar mit Blick auf die gesellschaftliche Akzeptanz notwendig erscheinen.

Folgende Elemente sind nicht auf andere Elemente des Modells rückführbar, in dem Sinne, dass sie sich aus diesen ergeben oder eine Ergänzung eines anderen Elements sind. Sie haben somit zentrale Bedeutung in dem Sinne, dass sie den Kern des Modells bilden:

- kapitalgedeckte Alterungsrückstellung
- Beitragspflicht für alle Versicherten
- pauschale, einkommensunabhängige Versicherungsprämie

Nicht von zentraler Bedeutung und rein technisch betrachtet verzichtbar sind:

- Festschreibung und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags
- Belastungsgrenze und Prämiensubventionierung für niedrige Einkommen
- steuerfinanzierter Sozialausgleich
- Finanzierung der Versicherungsprämien für Kinder aus Steuermitteln

Im Folgenden soll die vorstehende Differenzierung und Reihung näher erläutert und begründet werden. Zunächst wird auf die sekundären Elemente eingegangen und begründet, warum sie als sekundär und – rein technisch betrachtet – verzichtbar sind.

*Arbeitgeberbeitrag:* Für die Umstellung von einkommensbezogenen Krankenkassenbeiträgen auf einkommensunabhängige Versicherungsprämien ist es letztlich unerheblich, ob der jetzige Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben oder als Lohnbestandteil ausgezahlt wird. Dies zeigt auch das gegenwärtige Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Es funktioniert seit Jahrzehnten mit einem Arbeitgeberzuschuss an privat Versi-

cherte, der sich am durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der GKV orientierte und als Prozentsatz des Arbeitseinkommens an die betreffenden Mitarbeiter ausgezahlt wurde bzw. wird (auf Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Der 2004 vom CDU-Bundesparteitag beschlossene Verzicht auf die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags und die Festschreibung auf 7 % des Arbeitsentgelts ist lediglich eine Modifikation eines randständigen Elements und stellt das Modell nicht in Frage. Entscheidend an dem Modell ist vielmehr, dass zukünftig – wie jetzt bereits in der PKV – die Versicherten Schuldner der Versicherungsprämie sind.

Der Ausstieg aus dem Beitragseinzug der Arbeitgeber, die den allgemeinen Krankenkassenbeitrag gegenwärtig vom Lohn einbehalten und an die Krankenkassen überweisen, und die Umstellung auf eine individuelle Prämienüberweisung ist bereits mit den Zusatzbeiträgen vollzogen. Erhebt eine Kasse einen Zusatzbeitrag, hat das Mitglied diesen Beitrag an die Kasse direkt zu überweisen bzw. hat die Kassen den Zusatzbeitrag auf dem Weg eines Einzugsverfahrens direkt vom Konto des Mitglieds einzuziehen. Ist der jetzige Arbeitnehmerbeitrag vollständig auf eine pauschale Versicherungsprämie umgestellt, haben die Arbeitgeber nur noch den Arbeitgeberbeitrag an die Kassen abzuführen oder sie zahlen ihn analog zur jetzigen Praxis bei privat Versicherten als Beitragszuschuss aus. Wie auch immer, das Modell funktioniert mit verschiedenen Varianten eines Arbeitgeberanteils an einer pauschalen Versicherungsprämie.

*Belastungsgrenze und Prämiensubventionierung:* Beide Elemente sind eindeutig keine Kernelemente, die für sich stehen. Sie resultieren aus der Umstellung auf einkommenunabhängige pauschale Versicherungsprämien, die sich an den durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten orientieren. Die Pauschalierung auf dem Niveau der Durchschnittsausgaben je Versicherten führt zu einer Erhöhung des Beitrags bei Beziehern unterdurchschnittlicher Arbeitseinkommen, die um so höher ausfällt, je niedriger das Einkommen ist. Das wiederum würde unvermeidlich zur Überforderung sehr niedriger Einkommen führen. Will man dies verhindern, muss man eine Belastungsgrenze in das Modell einfügen, ab der Versicherte einen Zuschuss zu ihrer Versicherungsprämie erhalten.

Eine Belastungsgrenze zum Schutz vor Überforderung bei niedrigem Einkommen ist für die Funktionsfähigkeit des Modells allerdings nicht zwingend erforderlich, sondern offensichtlich eine Modellkomponente, die primär der Schaffung von Akzeptanz für das Modell dienen soll. Das Modell würde auch ohne jegliche Belastungsgrenze technisch

funktionieren. Ein Problem für die Versicherer wären dann aber sicherlich die zu erwartenden Prämienrückstände bei einem Teil der Versicherten. Wendet man jedoch das Geschäftsmodell der PKV an, so würden Versicherte bei Nichtzahlung der Prämien ab einem bestimmten Rückstand ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Aussicht auf ein solches Zukunftsmodell der Absicherung im Krankheitsfall würde allerdings mit Sicherheit zu einer breiten Ablehnung in der Bevölkerung führen und spätestens bei den nächsten Wahlen zu herben Verlusten der verantwortlichen Parteien. Insofern ist es naheliegend, dass die Befürworter des Gesundheitsprämienmodells darauf bestehen, die Umstellung nur mit Belastungsgrenze und Prämiensubventionierung für niedrige Einkommen vorzunehmen. Derartige Beteuerungen müssen nicht zwingend dem Wunsch nach sozialer Gerechtigkeit und sozialpolitischem Engagement für Geringverdiener und Niedriglohnempfängern entspringen. Es darf wohl angenommen werden, dass sie in erster Linie einem politischen Kalkül entspringen und von der Einschätzung geleitet sind, dass eine Versicherungspauschale ohne Subventionierung niedriger Einkommen politisch kaum durchsetzbar und das Eintreten für ein solches Modell mit hohen politischen Risiken verbunden ist.

*Sozialer Ausgleich aus Steuermitteln:* Auch die Finanzierung der Prämiensubventionierung aus Steuermitteln ist weder ein zentrales Modellelement noch ist sie zwingend erforderlich für die Funktionsfähigkeit des Modells. Man könnte die Prämiensubventionierung auch innerhalb des Pauschalprämienmodells ohne Steuermittel finanzieren, allerdings würde dies sicherlich eine Erhöhung der Pauschalprämien erfordern. Ein entsprechender Vorschlag wurde denn auch von wissenschaftlicher Seite bereits in die Diskussion eingebracht (Drabinski 2009, 2010) und aus den Reihen der CDU begrüßt (Koschorrek 2009a). Sollte sich ein solches Modell als technisch realisierbar erweisen, könnte damit auch die für die Befürworter des Gesundheitsprämienmodells unerfreuliche Diskussion über die Unfinanzierbarkeit eines aus Steuermitteln gespeisten Sozialausgleichs ein Ende finden. Dies zeigt auch, wie wenig zielführend eine Kritik des Gesundheitsprämienmodells ist, die die Frage der Finanzierbarkeit eines Sozialausgleichs aus Steuermitteln in den Mittelpunkt stellt. Sie verkennt, dass die Frage der Finanzierung einer Prämiensubventionierung nicht von zentraler, sondern von nachgeordneter Bedeutung ist.

*Steuerfinanzierung der Versicherungsprämien für Kinder:* Entsprechend dem in der PKV geltenden Grundsatz, dass für jeden Versicherten ein individueller Versicherungsvertrag

mit eigener Prämienzahlung zu vereinbaren ist, bleibt zunächst einmal festzuhalten, dass auch für Kinder eine Versicherungsprämie zu zahlen ist. Das ursprüngliche CDU-Prämienmodell von 2003 sah dies denn auch vor (CDU 2003: 24). Für Kinder war eine eigenständige Versicherungsprämie in Höhe der Hälfte der Erwachsenenprämie vorgesehen, die allerdings nicht von den Eltern, sondern von der staatlichen Kindergeldstelle an die jeweilige Krankenversicherung gezahlt werden sollte. Insofern war die entsprechende Feststellung „Kinder bleiben für die Eltern weiterhin beitragsfrei mitversichert“ (ebd.) nicht falsch, die Betonung lag aber auf „für die Eltern“. Ohne diese Einschränkung wäre sie falsch gewesen, denn Kinder sollten keineswegs „weiterhin beitragsfrei mitversichert“ werden. Auch dieses Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, die Sprache der Politik im engen Sinne ‚wörtlich‘ zu nehmen. Es kommt in der Tat auf jedes Wort und die genaue Satzstellung an.

Doch zurück zur Bedeutung der Übernahme der Versicherungsprämien für Kinder aus Steuermitteln für die Funktionsfähigkeit des Modells. Es bleibt zunächst einmal festzuhalten, dass Schuldner der Prämie letztlich die Eltern sind und bleiben. Das Modell würde technisch auch dann funktionieren, wenn der Staat die Versicherungsprämien für Kinder nicht übernehmen würde. Und: Die Übernahme der Prämien für Kinder durch den Staat und Finanzierung durch allgemeine Steuermittel stellt einen Systembruch dar. Die PKV kennt eine solche Prämienübernahme nicht und funktioniert auch ohne sie seit Jahrzehnten. Natürlich vor allem deshalb, weil PKV-Versicherte in der Regel überdurchschnittliche Einkommen erzielen oder über Vermögen verfügen.

Wenn die Prämien für Kinder aus Steuermitteln übernommen werden sollen, so ist auch dies nicht der technischen Funktionsfähigkeit des Modells geschuldet, sondern ein Zugeständnis an tief in der deutschen Gesellschaft verwurzelte sozialpolitische Grundüberzeugungen, die zu verletzten mit hohen politischen Risiken verbunden ist. Die Ausweitung der Beitragspflicht auf mitversicherte Ehegatten kann noch mit dem Verweis darauf plausibel gemacht werden, dass die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen Ehepartnern zur Subventionierung von Ehepaaren mit hohem Alleinverdiener-einkommen führt. Beitragspflicht für Kinder würde hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer breiten Ablehnung des Modells in der Gesellschaft, aber auch in der Union selbst führen.

Dass die Übernahme der Versicherungsprämien für Kinder kein zwingendes Systemelement ist, sondern vielmehr eine systemfremde Abweichung, die primär zur Verbesse-



rung der gesellschaftlichen Akzeptanz dienen soll, lässt sich auch an den Begründungen erkennen. Begründet wurde die Übernahme der Versicherungsprämien für Kinder zunächst mit der Feststellung: „Dadurch ist das Prämiensystem familienfreundlicher“ (CDU 2003: 24). In der Folgezeit erfuhr die Begründung mehrfache Änderungen. Und dies zeigt zusätzlich, dass dieses Element nicht eindeutig und sachlich begründet aus dem Prämiensystem folgt, sondern politischen Kalkülen entspringt, die sich je nach politischer Lage ändern. So wurde die Übernahme der Versicherungsprämien für Kinder 2004 mit „der überragenden Bedeutung von Kindern für die Zukunft der Gesellschaft“ (CDU 2004: 2) begründet und 2007 damit, dass „Kinder eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Fortführung der Solidarsysteme sind“ (CDU 2007: 62).

Nimmt man den Begründungsansatz ernst, so offenbart er zunächst einmal ein hoch problematisches, letztlich utilitaristisch-instrumentelles Verhältnis zu Kindern. Denn Kinder erfahren in diesem Begründungsansatz eine besondere Wertschätzung in Form einer Übernahme ihrer Versicherungsprämien letztlich deshalb, weil sie nützlich sind; nützlich für die zukünftige Finanzierung der sozialen Sicherung.

Aber ein solcher Begründungsansatz ist auch logisch nicht überzeugend. So ließen sich mit Sicherheit zahlreiche weitere Gruppen von Versicherten finden, für die eine Übernahme der Versicherungsprämie aus Steuermitteln auf Grundlage einer solchen Argumentation begründbar wäre. Auch die vielfach vertretene Position, die Versorgung von Kindern sei eine ‚gesamtgesellschaftliche Aufgabe‘ und deshalb auch von der Gesamtheit der Steuerzahler zu finanzieren, bietet keine hinreichend überzeugende und vor allem trennscharfe Begründung. Die Begründungsprobleme beginnen nicht erst mit der Frage, was denn eine ‚gesamtgesellschaftliche Aufgabe‘ ist und enden nicht mit der Frage, warum denn dann nicht auch die übrigen Kosten der Geburt und Versorgung von Kindern in voller Höhe und für alle Kinder vom Staat übernommen werden sollen, ganz zu schweigen von den Versicherungsprämien für Frauen während der Schwangerschaft und Kindererziehungszeiten etc.

Die vorhergehende Erörterung der nicht zum Kern des Prämiensystems zählenden Elemente sollte vor allem deutlich machen, dass diese Elemente verzichtbare Systembestandteile sind. Bei genauer Betrachtung erweisen sie sich als systemfremde oder mindestens für die Funktionsfähigkeit überflüssige Bestandteile, die offenbar vor allem dazu dienen sollen, eine Anschlussfähigkeit des Prämiensystems an tief verwurzelte sozialpo-

litische und moralische Grundüberzeugungen weiter Teile der Bevölkerung zu erreichen. Diese Einschätzung schließt auch ein, dass diese Elemente des Modells bei gegebenen Mehrheitsverhältnissen reduziert oder vollständig aus dem Prämiensystem entfernt werden können, ohne die technische Funktionsfähigkeit des ‚Gesundheitsprämiensmodells‘ zu gefährden.

Es verbleiben somit noch drei Systemelemente, die den Kern des ‚Gesundheitsprämiensmodells‘ bilden:

- kapitalgedeckte Alterungsrückstellung
- Beitragspflicht für alle Versicherten
- einkommensunabhängige pauschale Versicherungsprämien

Das erste und zweite Element sind eindeutig Kernelemente der gegenwärtigen privaten Krankenversicherung. Das dritte Element ist gegenwärtig – sieht man einmal von den pauschalen Zusatzbeiträgen der Krankenkassen ab – weder der gesetzlichen Krankenversicherung noch der privaten zuzuordnen. Alle drei Element lassen sich allerdings zu einem stimmigen Gesamtbild zusammenführen, wenn man den Antrag und die Materialien des CDU-Bundesvorstands zum Zukunftsprogramm „Deutschland fair ändern“ aus dem Jahr 2003 zur Klärung hinzuzieht (CDU-Bundesvorstand 2003b). Die Materialien basieren zwar weitgehend auf dem Abschlussbericht und den Materialien der vom CDU-Bundesvorstand eingesetzten ‚Herzog-Kommission‘ (Herzog-Kommission 2003), da die Materialien aber vom CDU-Bundesvorstand veröffentlicht wurden, sind sie auch ihm zuzuschreiben. Und sie sind – ähnlich wie die Begründungen von Gesetzesvorhaben in den entsprechenden Bundestagsdrucksachen – als Dokumente zu behandeln, in denen Intentionen des Vorhabens näher erläutert werden.

Aufschlussreich zur Klärung des Zusammenhangs der drei Kernelemente des angestrebten ‚Gesundheitsprämiensmodells‘ sind insbesondere die Ausführungen zum Übergang auf das angestrebte Prämiensmodell (CDU-Bundesvorstand 2003a: 17-18) sowie die Kurzbeschreibung des Prämiensmodells (CDU-Bundesvorstand 2003b: 21-22), das als „kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und erheblich demographiefesteres System“ umschrieben wird (ebd.).

An diesen Ausführungen wird erkennbar, dass die Umstellung einkommensbezogener Krankenkassenbeiträge auf pauschale, für alle Versicherten gleich hohe Versicherungs-

prämien nur ein Zwischenschritt sein soll. Das letztlich angestrebte System sieht „versicherungsmathematisch berechnete Prämien“ (CDU-Bundesvorstand 2003a: 18) vor. Es wird ausdrücklich festgestellt: „In einem solchen Prämiensystem fallen je nach Eintrittsalter des Versicherten unterschiedlich hohe Prämien an, die in der Höhe die jeweils im Lebensverlauf zu erwartenden – im Alter ansteigenden – Ausgaben einkalkulieren müssen“ (ebd.: 17). Und: „Die Prämien sind daher je nach Alterskohorte unterschiedlich hoch“ (CDU-Bundesvorstand 2003b: 22). Da eine sofortige Umstellung auf ein solches System zu erheblich höheren Versicherungsprämien für ältere Versicherte führen würde, die viele der Älteren gar nicht in der Lage wären zu bezahlen, sieht das Modell eine Übergangsphase von 10 Jahren vor. Dazu die entsprechende Passage aus dem Antrag des CDU-Bundesvorstandes:

„Um den Umstieg zu einem Prämienmodell sozialverträglich gestalten zu können und vor allem die älteren Versicherten nicht zu überfordern, die kaum ausreichend Rücklagen für die Altersrückstellung bilden können, wird ein Kapitalstock gebildet, der über einen Zeitraum von etwa 10 Jahren hinweg aus den Beiträgen der Versicherten aufgebaut wird.

In einem solchen Prämienmodell fallen je nach Eintrittsalter des Versicherten unterschiedlich hohe Prämien an, die in der Höhe die jeweils im Lebensverlauf zu erwartenden - im Alter ansteigenden - Ausgaben einkalkulieren müssen. Um zu vermeiden, dass ältere Versichertenjahrgänge unzumutbar hohe Prämien zu leisten haben, wird im Jahr des Umstiegs (frühestens 2013) der kollektive Kapitalstock aufgelöst und für eine versicherungsmathematische Individualisierung der Altersrückstellungen zu Gunsten über 45-jähriger Versicherter eingesetzt“ (CDU-Bundesvorstand 2003a: 17).

Nach der Umstellung sind für „neu zu versichernde Personen“ Krankenversicherungsprämien zu berechnen, die die Kosten für die gesamte Lebensdauer zu Grunde legen (CDU-Bundesvorstand 2003b: 22).

Was hier beschrieben wird, sind zentrale Elemente der Kalkulationsmethodik einer privaten Krankenversicherung. Zur besseren Verdeutlichung sollen die angesprochenen Grundsätze der Prämienkalkulation in der PKV kurz erläutert werden (zu den Kalkulationsgrundsätzen der PKV vgl. Farny 2006; Führer/Grimmer 2009).

Versicherungsprämien werden in der privaten Krankenversicherung nicht für alle Versicherten gleich, sondern für definierte Altersgruppen (Alterskohorten) kalkuliert. Wichtigstes Kriterium für die Zuordnung zu einer Alterskohorte ist das Alter bei Eintritt in die Versicherung. Da die individuelle Versicherungsprämie auf Grundlage der Kosten einer Altersgruppe berechnet werden, würde ein solches System auf Grund der im Alter steigenden Behandlungskosten zu fortlaufend steigenden Versicherungsprämien führen, die umso höher sind, je älter die Versicherten sind bzw. werden.

Um dies zu vermeiden und eine möglichst lebenslang gleich bleibende Versicherungsprämie zu erreichen, werden die für das gesamte verbleibende Leben zu erwarteten Behandlungskosten geschätzt und zur Grundlage der Prämienberechnung gemacht. Dadurch werden in jüngeren Jahren Prämien gezahlt, die über den tatsächlich anfallenden Behandlungskosten der Kohorte liegen. Die in jüngeren Jahren nicht für die Behandlungskosten verbrauchten Mittel werden einer ‚Alterungsrückstellung‘ zugeführt, die auf dem Kapitalmarkt angelegt wird. Aus den angesparten, nicht verbrauchten Prämienanteilen und der erzielten Verzinsung – so die zu Grunde liegende Vorstellung – werden die mit steigenden Behandlungskosten im Alter auch ansteigenden Versicherungsprämien bezuschusst und im Idealfall auf einem lebenslang gleichen Niveau gehalten.

Wohlgedacht: im Idealfall. Die Realität der PKV zeigt ein anderes Bild. Seit ca. 15 Jahren steigen die Ausgaben und Beitragssätze der privaten Krankenversicherungen stärker als die der Krankenkassen, was mittlerweile auch die PKV selbst als schwerwiegendes Problem öffentlich thematisiert (Grabka 2006; Leienbach 2009; Neumann 2009; Schubert/Bergius 2010).

Da diese Diskussion auch für die Bewertung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ von Bedeutung ist, soll an dieser Stelle kurz näher auf die Hintergründe eingegangen werden. Anders als die Krankenkassen haben private Krankenversicherungen keine direkten Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern und zahlen auch keine Vergütungen direkt an Ärzte, Krankenhäuser etc. Sie haben folglich auch keine Möglichkeiten, auf die Entwicklung der Leistungsmengen Einfluss zu nehmen. Während bspw. in der ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Mengengrenzungen und Vergütungsabschläge bei Überschreitung vereinbarter Leistungsmengen seit vielen Jahren Bestandteil der Kollektivverträge sind, erfolgt im System der PKV die Vereinbarung über Leistungsumfang und auch – zumindest in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Preishöhe unmittelbar zwischen dem einzelnen Patienten und Leistungserbringer. Vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist seit Einführung der Budgetierung und Deckelung der Gesamtvergütungen ab 1993 zu beobachten, dass ein Teil der Ärzte Einkommenseinbußen im Bereich der Krankenkassenpatienten durch Leistungsausweitungen und Berechnung höherer Honorarsätze bei Privatpatienten ausgleicht.

Die PKV ist bislang nicht in der Lage, diesen Strategien wirksam bereits bei den Leistungserbringern entgegenzutreten, da sie über keine direkten Vertragsbeziehungen zu

den Leistungserbringern verfügt. Eine PKV kann erst dann kostenbegrenzend eingreifen, wenn sie die Rechnungen zwecks Kostenerstattung von den Versicherten erhalten hat, und dann in der Regel auch nur durch die Verweigerung oder Reduzierung der Kostenerstattung an die betreffenden Versicherten. Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben haben in den letzten Jahren offenbar zunehmend mehr private Krankenversicherungen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Derartige Vorgehensweisen führen aber wiederum zu Auseinandersetzungen zwischen Versicherten und privaten Krankenversicherungen, die in den letzten Jahren vermehrt auch in die Öffentlichkeit getragen werden und das Erscheinungsbild und Ansehen der PKV beschädigen (Dohmen 2010).

Vor diesem Hintergrund wird aus den Reihen der PKV verstärkt die Forderung erhoben, dass das Vertragssystem der GKV zumindest in Teilen auch auf die PKV übertragen werden sollte, damit private Krankenversicherungen mehr Möglichkeiten der Kostenkontrolle erhalten (Krohn 2010; Leienbach 2009). Diese Entwicklung ist insofern für die Diskussion über das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von Interesse, als das Modell von einer Überlegenheit des PKV-Systems ausgeht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Blick in den Antrag und die Materialien des CDU-Bundesvorstandes aufklären kann, welche Funktion die Umstellung einkommensabhängiger Krankenkassenbeiträge auf einkommensunabhängige und für alle Versicherte einheitliche pauschale Prämien hat: Sie soll nur ein Zwischenschritt hin zu einem System risikoäquivalenter Versicherungsprämien sein.

Ersetzt man nun ‚einkommensunabhängige pauschale Versicherungsprämien‘ durch ‚risikoäquivalente Versicherungsprämien‘, zeigt sich, worauf das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ der CDU hinausläuft. Ziel ist die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer bisherigen Form und Überführung in ein rein privatwirtschaftlich organisiertes System, in dem Absicherung für den Krankheitsfall nur noch von privaten Versicherungsunternehmen nach dem Geschäftsmodell der heutigen PKV angeboten wird.

### **3.2 Programmatische Positionen der CSU zur Zukunft der GKV**

Die Darstellung programmatischer Positionen der CSU zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung stützt sich auf die folgenden programmatischen Dokumente:

- Chancen für alle! In Freiheit und Verantwortung gemeinsam Zukunft gestalten. Grundsatzprogramm der CSU vom 28.09.2007 (CSU 2007)
- Entschließung zur Gesundheitspolitik. Beschluss des CSU-Parteivorstandes vom 4. und 5. April 2008 (CSU-Parteivorstand 2008)
- "Patienten und Ärzte stärken: Für eine solidarische und menschliche Medizin - gegen Bürokratie und Staatsmedizin" - Beschluss des CSU-Parteivorstandes vom 3. und 4. April 2009 (CSU-Parteivorstand 2009)

Betrachtet man das Grundsatzprogramm der CSU aus dem Jahr 2007 und die beiden wichtigsten neueren gesundheitspolitischen Beschlüsse des CSU-Parteivorstandes, so zeigen sich in zentralen Punkten deutliche Differenzen zwischen den beiden ‚Schwester-Parteien‘. Die gesundheitspolitische Beschlusslage der CSU gibt keinen Anhalt dafür, dass die Führung oder Parteitagmehrheit der CSU für eine langfristige Abschaffung der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung eintritt. Die wenigen expliziten Aussagen in den angesprochenen Dokumenten bekräftigen im Gegenteil zentrale Elemente einer sozialen Krankenversicherung:

- *Morbi-RSA*: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist für die CSU „ein unverzichtbarer und zentraler Baustein des Gesundheitsfonds“ (CSU-Parteivorstand 2008: 3). Auch der Vorstandsbeschluss des Jahres 2009 hält am Morbi-RSA ausdrücklich fest, fordert allerdings eine Vereinfachung (CSU-Parteivorstand 2009: 5). Die vom CSU-Vorstand geforderte Vereinfachung geht allerdings – anders als bei der CDU und FDP – von einer Beibehaltung des Morbi-RSA aus.
- *Sachleistungsprinzip*: „Am Sachleistungsprinzip wird grundsätzlich festgehalten“ (CSU-Parteivorstand 2009: 5). Sicherlich ist zu beachten, dass „grundsätzlich“ daran festgehalten wird, also Abweichungen nicht strikt abgelehnt werden. Anders als bei CDU und FDP findet sich in den genannten Beschlüssen der CSU aber an keiner Stelle ein Plädoyer für eine Ausweitung der Kostenerstattung.
- *Finanzierungsmix*: „Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist ein ausgewogener Mix aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig“ (CSU-Parteivorstand 2009: 4). Steuermittel sollen für die Finanzierung ‚gesamtgesellschaftlicher Aufgaben‘ und die „Familien- und Seniorenmedizin“ eingesetzt werden (CSU-Parteivorstand 2009: 4).

Die gesundheitspolitischen Beschlüsse der CSU sind erkennbar geprägt und durchzogen von dem Ziel, die bayrischen Interessen in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene zu vertreten und zur Geltung zu bringen. Dies zeigt sich insbesondere an den Aussagen zur Weiterentwicklung des Systems der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Insgesamt nimmt der Bereich der Versorgung und Leistungserbringung im Vergleich zur Frage der zukünftigen Finanzierung der GKV weit mehr Raum in den programmatischen Texten ein als bei CDU und FDP.

Innerhalb der CSU gibt es allerdings sehr wohl einflussreiche Befürworter eines grundlegenden Systemwechsels. So offenbart ein Positionspapier des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU (GPA) vom 21.03.2009 deutliche Übereinstimmungen mit zentralen Forderungen von CDU und auch FDP. So spricht sich der GPA insbesondere aus für:

- die Einführung eines „teilweisen Kapitaldeckungsverfahrens mit Eigentumsschutz“ in der gesetzlichen Krankenversicherung (GPA 2009: 5),
- die Beschränkung des gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalogs der GKV auf einen „Basisschutz“ (ebd.),
- die Beschränkung des Risikostrukturausgleichs auf Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit und somit die Nichtberücksichtigung unterschiedlicher Morbiditätsstrukturen (ebd.) und
- die Einführung des Äquivalenzprinzips in die gesetzliche Krankenversicherung (die „Prämienhöhe“ soll von dem Umfang der gewählten „Leistungspakete“ abhängen) (ebd.: 6).

Folgerichtig spricht sich der GPA denn auch für die Umwandlung der Krankenkassen in Versicherungsunternehmen aus:

„Die Private Krankenversicherung als Vollversicherung muss erhalten bleiben; die heutigen Gesetzliche Krankenkassen sollten bei zunehmendem Eintritt in den Wettbewerb Unternehmensstatus erlangen“ (GPA 2009: 6).

Derartige Positionen waren bislang aber offenbar nicht mehrheitsfähig in der CSU. Ob dies auch in Zukunft so bleiben wird, bleibt abzuwarten. Immerhin gehören zu den Mitgliedern des Landesvorstandes des GPA auch einflussreiche Gesundheitspolitiker der CSU wie der bayrische Gesundheitsminister Söder, die bayrische Sozialministerin Haderthauer, der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, und

der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer.<sup>14</sup>

### 3.3 Programmatische Positionen der FDP zur Zukunft der GKV

Die Darstellung programmatischer Positionen der FDP zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung stützt sich auf die folgenden programmatischen Dokumente:

- Wir schaffen das moderne Deutschland. Beschluss des 54. Ord. Bundesparteitages der FDP, Bremen, 16-18. Mai 2003 (FDP 2003).
- Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Beschluss des 55. Parteitages der FDP, Dresden, 5.-6. Juni 2004 (FDP 2004).
- Freiheit, Fairness, Chancen. Beschluss des 58. Bundesparteitages der FDP, Stuttgart, 15-17. Juni 2007 (FDP 2007).
- Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei zur Bundestagswahl 2009. Beschluss des 60. Ord. Parteitages der FDP, Hannover, 15-17. Mai 2009 (FDP 2009).
- „Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen“. Antrag der FDP-Bundestagsfraktion vom 11.02.2009 an das Plenum des Deutschen Bundestages (FDP-Bundestagsfraktion 2009).

Während die programmatischen Texte der CDU das letztendliche Ziel des Prämienmodells nicht wirklich offen legen, sondern nur indirekt, sozusagen ‚zwischen den Zeilen‘ und in scheinbar belanglosen Nebensätzen andeuten, tritt die FDP offen für einen radikalen Systemwechsel ein. Kernelemente des FDP-Modells sind:

- *Umwandlung der Krankenkassen in private Unternehmen*: Die als öffentlich-rechtliche Körperschaften verfassten Krankenkassen sollen in private Versicherungsunternehmen umgewandelt werden (FDP 2004: 3; FDP-Bundestagsfraktion 2009: 3). Das gegenwärtige Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung würde so zum alleinigen System der Absicherung für den Krankheitsfall.

---

<sup>14</sup> Die genannten Personen sind allerdings ‚nur‘ Mitglieder Kraft Amt oder kooptierte Mitglieder und waren evtl. an der Beschlussfassung nicht beteiligt.



- *Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags:* Der Arbeitgeberbeitrag soll als Lohnbestandteil ausgezahlt werden (FDP 2009: 4).
- *Allgemeine Versicherungspflicht für eine Grundversorgung:* Die ‚Pflichtversicherung‘ GKV soll durch eine allgemeine Versicherungspflicht ersetzt werden. Alle Bürger sollen gesetzlich verpflichtet werden, sich bei einem Versicherer ihrer Wahl für eine Grundversorgung zu versichern, die „Existenz bedrohende Risiken“ abdeckt (FDP 2007: 6; 2009: 18).
- *Risikoäquivalente Versicherungsprämien für alle Versicherten:* Statt einkommensbezogener Beiträge sollen im neuen System nach versicherungsmathematischen Methoden kalkulierte risikoäquivalente Versicherungsprämien für alle Versicherten erhoben werden (FDP 2004: 4). Lediglich die Versicherung für eine noch näher zu bestimmende ‚Grundversorgung‘ soll ohne Risikozuschläge erfolgen (FDP 2009: 18). Alle darüber hinausgehenden Versicherungstarife wären – analog zur gegenwärtigen Praxis der PKV – erst nach einer Prüfung des Gesundheitszustandes des Antragstellers (Risikoprüfung) und bei vorliegenden Vorerkrankungen oder Einschränkungen des Gesundheitszustandes nur gegen kostendeckende Risikozuschläge auf die individuelle Prämie zu erhalten. Wobei anzumerken ist, dass für die Grundversorgung lediglich Risikozuschläge ausgeschlossen werden sollen, nicht aber eine Differenzierung nach Alter bei Eintritt in die Versicherung. Dementsprechend sieht auch das FDP-Modell kapitalgedeckte Alterungsrückstellungen vor.
- *Kostenerstattung statt Sachleistungen:* Das Sachleistungsprinzip soll abgeschafft und in allen Bereichen durch Kostenerstattung ersetzt werden (FDP 2003: 10; 2004: 4).
- *Steuerfinanzierung der Versicherungsprämien für Kinder:* Auch für Kinder sind individuelle Versicherungsverträge abzuschließen und eigene Versicherungsprämien zu zahlen. Die Versicherungsprämien für Kinder sollen allerdings aus Steuermitteln finanziert werden (FDP 2009: 18).
- *Kontrahierungszwang nur für die Grundversorgung:* Einen Kontrahierungszwang der privaten Krankenversicherungsunternehmen soll es nur für die Grundversorgung geben (FDP 2004: 4). Nur für diese Leistungen sollen die Krankenversicherungen gesetzlich gezwungen sein, alle Antragsteller aufzunehmen. Für alle übrigen Leistungen stünde es den Versicherungen frei, Antragstellern den Abschluss eines Versicherungsvertrages zu verweigern, beispielsweise weil diese chronisch krank sind oder andere schwere gesundheitliche Risiken aufweisen.

- *Kapitalgedeckte Alterungsrückstellungen*: Die Versicherungsprämien sind nicht altersgruppenübergreifend, sondern für definierte Altersgruppen (Kohorten) zu kalkulieren. Da eine auf Alterskohorten bezogene Prämienkalkulation zwangsläufig zu einem Anstieg der Prämien mit zunehmendem Alter führt und dies die Mehrheit der Versicherten mit steigendem Alter finanziell überfordern würde, sind individuelle Alterungsrückstellungen zu bilden (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4)
- *Steuerfinanzierte Prämienzuschüsse für Geringverdiener*: Versicherte, die nicht in der Lage sind, die geforderte Versicherungsprämie zu zahlen, sollen einen aus Steuermitteln finanzierten staatlichen Zuschuss zur Prämie erhalten (FDP 2004: 4; 2007: 2; 2009: 18).

Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Veranschaulichung und vor allem um Zweifel an der Richtigkeit der Darstellung nicht aufkommen zu lassen, sollen die wichtigsten Passagen auch noch einmal wörtlich zitiert werden. Dies erscheint insofern sinnvoll, als die sehr eindeutige Zielorientierung der FDP sowohl in der wissenschaftlichen wie auch der öffentlichen Diskussion noch kaum oder überhaupt nicht bekannt scheint, geschweige denn diskutiert wird.

Privatisierung des Krankenversicherungssystems und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen:

„Die FDP will den privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle“ (FDP 2004: 2).

„Alle Krankenkassen werden private Versicherungsunternehmen“ (FDP 2004: 3).

„Die FDP sieht in der Privatisierung des gesamten Krankenversicherungssystems, die sozial flankiert werden muss, den besten Garanten dafür, dass die Herausforderungen an ein zukunftsfestes Gesundheitssystem erfolgreich bewältigt werden können“ (FDP 2004: 2).

„Die Krankenkassen wandeln sich von Körperschaften des öffentlichen Rechts zu Unternehmen mit sozialer Verantwortung“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 3).

Abschaffung der Pflichtversicherung GKV und Ersetzen durch eine allgemeine Versicherungspflicht:

„Die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme muss sich an dem Grundsatz orientieren: Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung. Es soll der freien und individuellen Entscheidung eines jeden Bürgers überlassen sein, wie und wo er der Versicherungspflicht für die großen Risiken nachkommt“ (FDP 2003: 9).

„Jeder Bürger ist verpflichtet bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Gesundheitsversicherungsschutz abzuschließen, der zumindest die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelleistungen umfasst“ (FDP 2004: 3).

„Die FDP spricht sich aus für eine Pflicht zur Versicherung der Risiken, die den Einzelnen im Krankheitsfall überfordern würden, bei einem Versicherer der eigenen Wahl“ (FDP 2009: 18).

### Beschränkung der Versicherungspflicht auf einen Kernbereich der Grundversorgung:

„Die Bürger müssen durch Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen ausreichende Möglichkeiten bekommen, ihren Versicherungsschutz nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Ein Schutz der GKV ist nur für den Kernbereich der medizinisch unabdingbaren Leistungen notwendig“ (FDP 2003: 3f.).

„Krankheiten und Behandlungen können die finanzielle Existenz des Betroffenen gefährden. Wir Liberale halten daher eine Pflicht zur Versicherung derjenigen Risiken für erforderlich, die den Einzelnen überfordern könnten“ (FDP 2007: 6).

„Jeder Bürger muss die Möglichkeit haben, im Umfang der Existenz bedrohenden Risiken unabhängig vom Gesundheitszustand ohne die Erhebung von Risikozuschlägen versichert zu werden. Wer ein höheres Sicherheitsbedürfnis hat, kann sich selbstverständlich für einen umfangreicheren Versicherungsschutz entscheiden. Dabei sind auch unterschiedliche Tarifgestaltungen möglich“ (FDP 2009: 18).

„Die Versicherten sollen neben der unbedingt notwendigen Grundversorgung frei über den Leistungsumfang und die Tarifgestaltung bestimmen können“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4).

### Vollständige Abschaffung des Sachleistungsprinzips und Ersetzen durch Kostenerstattung in allen Bereichen

„Das Gesundheitssystem muss wesentlich transparenter werden. Dazu gehört neben umfassenden Informationsmöglichkeiten, dass die Kostenerstattung für alle Versicherten an die Stelle der bürokratischen Sachleistung tritt, um ein Bewusstsein für Kosten und Leistungen zu schaffen“ (FDP 2003: 10).

„Das Sachleistungsprinzip, das dem Patienten nach Zahlung des Krankenversicherungsbeitrages freien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen ermöglicht, ohne dass er überhaupt weiß, welche Kosten er hierdurch verursacht, muss durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden, verbunden mit intelligent ausgestalteten Selbstbeteiligungslösungen“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4).

### Prämienkalkulation nach versicherungstechnischen Kriterien:

„Alle Versicherungsanbieter kalkulieren ihre Prämien nach versicherungstechnischen Kriterien“ (FDP 2004: 3).

### Prämien nur für die Grundversorgung ohne Risikozuschläge:

„Jeder Bürger hat bei Geburt einen Anspruch darauf, zumindest im Umfang der Regelleistungen unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Risikozuschläge versichert zu werden“ (FDP 2004: 4).

Jeder Bürger hat bei Geburt und Versicherungswechsel einen Anspruch darauf, im Umfang der Regelleistungen unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Risikozuschläge versichert zu werden“ (FDP 2007: 6).

„Wir wollen Solidarität mit denjenigen, die krank oder behindert sind. Dies gelingt über eine Verpflichtung der Versicherer, die notwendige Grundversorgung ohne Risikozuschläge sicherzustellen“ (FDP 2009: 18).

### Staatliche Unterstützung für Bedürftige:

Es „muss jeder Bürger durch staatliche Transfers in dem Umfange unterstützt werden, in dem er nicht in der Lage ist, die Prämie für den Pauschaltarif und den Selbstbehalt aus eigenen Kräften aufzubringen“ (FDP 2004: 4).

„Können Menschen einen politisch für notwendig erachteten Versicherungsschutz nicht aus eigener Kraft finanzieren, müssen sie dafür Unterstützung in Form eines Zuschusses zur Versicherungsprämie bekommen“ (FDP 2007: 2).

„Wer aufgrund seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eine solche Versicherung nicht bezahlen kann, erhält finanzielle Unterstützung durch die Gemeinschaft der Steuerzahler“ (FDP 2007: 6).

„Diejenigen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können, erhalten finanzielle Unterstützung aus dem Steuer-Transfer-System“ (FDP 2009: 18).

„Strikte Einhaltung des Grundsatzes der Subsidiarität. Eigenverantwortung geht vor Kollektivverantwortung. In erster Linie sind die Menschen für ihre Gesundheit und für die Absicherung von Krankheitsfolgen selbst verantwortlich. Unterstützung und Hilfe sind dort notwendig, wo sie hierzu, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 3).

### Steuerfinanzierung der Versicherungsprämie für Kinder und der Kosten von Schwangerschaft und Geburt:

„Die Regelleistungsprämie für die Kinder wird über das Steuersystem, ebenso finanziert, wie Kosten, die mit Schwangerschaft und Mutterschaft verbunden sind“ (FDP 2004: 4).

„Die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus Steuermitteln zu finanzieren“ (FDP 2009: 18).

### Abschaffung des Umlagesystem und Umstellung auf Kapitaldeckung:

„Der Generationenvertrag ist neu zu definieren. Vom Grundsatz her soll jede Generation die von ihr verursachten Gesundheitskosten über die gesamte Lebenszeit jeweils selbst tragen. Das erfordert ein System mit Kapitaldeckung“ (FDP 2007: 7).

„Jede Generation soll vom Grundsatz her die von ihr verursachten Gesundheitskosten über die gesamte Lebenszeit selbst tragen. Das ist nur möglich, wenn in der Zeit, in der wenig Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, Rücklagen aufgebaut werden für die Zeit, in der mehr medizinische Versorgung benötigt wird“ (FDP 2009: 18).

„Deutschland braucht einen Systemwechsel weg von der Umlagefinanzierung hin zur Kapitaldeckung“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4).

Vergleicht man die Beschlusslage von CDU und FDP, so zeigen sich in allen wichtigen Punkten deutliche Übereinstimmungen. Unterschiede sind im Grunde nur gradueller Art. Der wesentliche und wichtigste Unterschied besteht in dem Grad, wie die langfristigen Zielorientierungen offengelegt werden. Während die programmatischen Beschlüsse

der CDU die dahinter stehenden Ziele nicht oder nur beiläufig und verdeckt ansprechen, legt die FDP ihre Ziele – zumindest in den programmatischen Dokumenten – ohne Umschweife offen. Vergleicht man die Beschlusslage von CDU und FDP, so führt die FDP das, was in den CDU-Beschlüssen enthalten und eher verdeckt angedeutet wird, radikal weiter bis zum logischen Ende. Entsprechend kritisiert die FDP das CDU-Modell denn auch dahingehend, dass ihm „der Mut zu einem echten Versicherungsmodell fehlt“ (FDP 2004: 2).

Die in den programmatischen Dokumenten der FDP zu findende Offenheit lassen neuere mündliche Äußerungen des gesundheitspolitischen Führungspersonals der Partei allerdings vermissen. In den für die vorliegende Untersuchung ausgewerteten Interviews, insbesondere des Gesundheitsministers, lassen sich keine Hinweise auf die hier zitierten zentralen gesundheitspolitischen Ziele der FDP finden. Im Gegenteil: Äußerungen zum ‚Sozialausgleich‘ vermitteln eher den Eindruck, die FDP wolle die Opposition in Bezug auf soziale Gerechtigkeit ‚links‘ überholen. Dass die langfristigen gesundheitspolitischen Ziele der FDP in Interviews nicht thematisiert beziehungsweise auf die Einführung einer pauschalen ‚Gesundheitsprämie‘ reduziert werden, dürfte in erster Linie auf mangelnde Kenntnis der interviewenden Journalisten über die Beschlusslage der FDP zurückzuführen sein. Unaufgefordert und von sich aus darauf hinzuweisen, dass die FDP die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer jetzigen Form und Überführung in ein reines PKV-System anstrebt, dürfte in Anbetracht der breiten öffentlichen Kritik und massiv gesunkenen Umfragewerte und im Hinblick auf die im Mai 2010 anstehende Landtagswahl in NRW auch FDP-Vertretern wenig opportun erscheinen. Angesichts einer seit Jahren in Befragungen immer wieder festgestellten breiten Verankerung der Sozialversicherung ‚gesetzliche Krankenversicherung‘ in der Bevölkerung (vgl. u.a. Ullrich 1996; Zok 2009) dürfte das Bekanntwerden der FDP-Programmatik mit dem Risiko sinkender Zustimmung in Wahlen verbunden sein. Insofern könnte es nicht nur CDU-Gesundheitspolitikern, sondern auch dem FDP-Führungspersonal angebracht erscheinen, sich in diesen Fragen ‚bedeckt‘ zu halten.

Weniger Zurückhaltung zeigte dagegen die für Gesundheitspolitik zuständige Referentin der FDP-nahen Friedrich-Naumann-Stiftung in einem im Februar 2010 veröffentlichten Zeitschriftenbeitrag:<sup>15</sup>

„Nach dem Modell der liberalen Gesundheitsreform wird die GKV komplett abgeschafft und es gibt nur noch private Krankenversicherungen“ (Funk 2010: 17).

---

<sup>15</sup> Es bleibt noch anzumerken, dass sich die Autorin in diesem Beitrag zu der These verstieg, nur ein reines PKV-System sei in der Lage, eine solidarische Finanzierung sicherzustellen. Die verblüffende Logik lautet: Gegenwärtig können sich die hohen Einkommen auf Grund der Versicherungspflichtgrenze der solidarischen Finanzierung der GKV entziehen. Wird die GKV komplett abgeschafft, könnten sich die hohen Einkommen auch nicht mehr der Finanzierung der GKV entziehen.

## **4 Das ‚Gesundheitsprämienmodell‘: Strategisches Konzept für die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Nachdem die beiden Modelle von CDU und FDP vorgestellt und die Gemeinsamkeiten herausgearbeitet wurden, soll im Folgenden der mit dem Begriff ‚Gesundheitsprämienmodell‘ etikettierte Vorschlag für einen grundlegenden Systemwechsel in der Krankenversicherung einer systematischen Kritik unterzogen werden. Dazu soll zunächst die bereits an früherer Stelle dieser Untersuchung vorgestellte Systematisierung des Modells in primäre oder Kernelemente und sekundäre oder technisch verzichtbare Elemente in Erinnerung gebracht werden, da die nachfolgende Kritik darauf aufbaut.

Die nachfolgende Erörterung verwendet die von CDU und FDP verwendeten Begrifflichkeiten. Es sei allerdings bereits an dieser Stelle angemerkt, dass die Kritik unter anderem auch zu dem Ergebnis führt, dass es sich bei zentralen Begriffen um irreführende Etikettierungen handelt.

Als primäre Elemente von zentraler Bedeutung wurden in der vorliegenden Untersuchung die folgenden herausgearbeitet:

- kapitalgedeckte Alterungsrückstellung,
- Beitragspflicht für alle Versicherten und
- pauschale, einkommensunabhängige Versicherungsprämien, die allerdings nur als Übergang dienen sollen, hin zu einem System individueller Versicherungsprämien, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkuliert werden.

Diese drei Elemente sind insofern von zentraler und tragender Bedeutung, als sie nicht auf andere Elemente des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ rückführbar und für sich genommen ein funktionsfähiges System ergeben. Es entspricht in seinem Zielzustand mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien dem heutigen System der privaten Krankenversicherung. Das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ sowohl der FDP als auch der CDU zielt somit auf die Abschaffung der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunter-

nehmen. Das Geschäftsmodell der PKV soll zukünftig das alleinige Modell der Absicherung für den Krankheitsfall sein.

Nicht von zentraler Bedeutung und rein technisch betrachtet verzichtbar sind die übrigen Elemente des ‚Gesundheitsprämienmodells‘:

- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags (ggf. auch Auszahlung)
- Belastungsgrenze und Prämienbezuschussung für niedrige Einkommen
- Steuerfinanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘
- Finanzierung der Versicherungsprämien für Kinder aus Steuermitteln

Wie bereits zuvor dargelegt, erfordert eine Entkoppelung der Entwicklung der Krankenkassenbeiträge von den Arbeitskosten, wie sie mit einer dauerhaften Fixierung des Arbeitgeberanteils erreicht wird, weder die Umstellung von einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträgen auf einkommensunabhängige Versicherungsprämien noch die Abschaffung des GKV-Systems insgesamt und Umwandlung in ein reines PKV-System.

Die vorgesehene Belastungsgrenze ergibt sich aus der Umstellung von einkommensbezogenen Beiträgen auf einkommensunabhängige Prämien. Wenn die Pauschalprämien auf Grundlage der durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied oder Versicherten berechnet werden, führt dies bei Mitgliedern mit unterdurchschnittlichem Arbeitseinkommen zu einer Erhöhung der absoluten Beiträge, die umso höher ausfällt, je niedriger das Arbeitseinkommen ist. Es wäre insofern von vornherein absehbar, dass unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze Versicherte finanziell überfordert würden, mit der Folge, dass sie die Prämien nicht zahlen könnten oder erhebliche Einschränkungen in anderen Lebensbereichen vornehmen müssten, um ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Auch die Steuerfinanzierung einer Prämienbezuschussung ist nicht zwingend aus Steuermitteln erforderlich, ebenso wenig wie die Finanzierung der Prämien für Kinder aus Steuermitteln.

Wie zuvor herausgearbeitet, zielt das Gesundheitsprämienmodell letztlich auf die Abschaffung der als Sozialversicherung organisierten Krankenversicherung und Umwandlung des gegenwärtigen Systems in ein reines PKV-System. Wie an früherer Stelle dieser Untersuchung dargelegt, wird dieses Ziel vor allem von der CDU und FDP in einer ‚Politik der kleinen Schritte‘ verfolgt. Mit der Übernahme der Regierung durch die Koalition



aus CDU/CSU und FDP und der Unterzeichnung des Koalitionsvertrages wurde die entscheidende Phase dieser Politik eingeleitet. Wenn nun führende Gesundheitspolitiker der Koalition feststellen, die vollständige Umstellung auf das neue System sei für diese Legislaturperiode gar nicht angestrebt, so bezieht sich eine solche Aussage eben nur auf ‚diese‘ Legislaturperiode bis 2013. Offenbar sollen in dieser Legislaturperiode wichtige Voraussetzungen geschaffen werden für eine vollständige Umstellung, damit diese in der darauf folgenden Wahlperiode dann vollzogen werden kann.

Da die langfristige Zielorientierung von CDU und FDP weder in der gesellschaftlichen Diskussion noch in den jeweiligen fachwissenschaftlichen Diskursen ausreichend bekannt ist geschweige denn intensiv erörtert wird, erscheint eine breite gesellschaftliche und natürlich auch wissenschaftliche Diskussion über das langfristige Ziel der Regierungskoalition dringend erforderlich. In das Zentrum dieser Diskussion gehört die Frage, ob die als Sozialversicherung organisierte gesetzliche Krankenversicherung abgeschafft und durch ein reines PKV-System ersetzt werden soll.

Diese Frage ist primär eine politische und letztlich über Wahlen zu entscheidende. Damit sie aber in Wahlen entscheidbar wird, muss ihre Bedeutung öffentlich und für die interessierte Öffentlichkeit nachvollziehbar diskutiert werden. Wissenschaftliche Fachdiskurse, die letztlich nur wenigen eingeweihten Spezialisten einzelner Wissenschaftsdisziplinen verständlich sind, können nur eine vorbereitende und zuarbeitende Funktion haben, indem sie Spezialfragen – beispielsweise des Sozial- und Verfassungsrechts – klären helfen. In der entscheidenden und zentralen Frage werden sie aber keine endgültige Klärung herbeiführen können, da es sich letztlich um eine normative, von sozialpolitischen Grundhaltungen und Grundüberzeugungen getragene Entscheidung handelt, die in Landtags- und Bundestagswahlen zu treffen ist. Nur dort kann die Frage beantwortet werden, wie die Mehrheit der Wähler die soziale Absicherung für den Krankheitsfall in Deutschland ausgestaltet sehen will.

Damit die Wähler eine informierte Wahlentscheidung treffen können, ist zunächst einmal notwendig, dass die sich zur Wahl stellenden Parteien ihre programmatischen Ziele offenlegen. Wie zuvor dargelegt, hat dies die FDP in ihren programmatischen Dokumenten in relativ großer Deutlichkeit getan. Diese Deutlichkeit und vor allem Eindeutigkeit findet sich bei der CDU weder in den programmatischen Dokumenten noch in den aktuellen mündlichen Äußerungen führender Gesundheitspolitiker. Hier wäre als erste Voraussetzung für eine informierte Wahlentscheidung die eindeutige Positionierung zu der

genannten zentralen Frage einzufordern. Sollte – gleich ob aus tatsächlicher sozialpolitischer Grundüberzeugung oder aus wahltaktischen Gründen – ein Bekenntnis zur Erhaltung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung abgelegt werden, so wäre als nächstes zu fordern, dass ein solches Bekenntnis auch in die grundsätzliche Revision der immer noch geltenden Beschlusslage zum Gesundheitsprämienmodell und ausdrückliche Abkehr von diesem Modell umgesetzt wird.

Wie auch immer sich die CDU zu dieser Frage positioniert, es scheint an der Zeit, eine breite gesellschaftliche Diskussion über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung zu führen. Erfreute sich die gesetzliche Krankenversicherung als soziale Institution in der Vergangenheit eines traditionell hohen Ansehens und einer breiten Verankerung in der Bevölkerung, so dürfte dies durch die Entwicklungen der letzten Jahre gelitten haben. Vor allem durch die bereits vollzogenen Schritte einer Angleichung der Krankenkassen an private Krankenversicherungen und die dadurch provozierten und ermöglichten Entwicklungen haben nicht nur die Führungseliten der Krankenkassen in die Kritik gebracht, sondern auch dem Ansehen der Institution GKV geschadet.

Um deutlich werden zu lassen, was mit der Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung verloren ginge und was die Umstellung auf ein PKV-System bedeuten würde, erscheint es darum zunächst erforderlich, herauszuarbeiten, was den eigentlichen Kern der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung ausmacht, und worin sie sich von der privaten Krankenversicherung unterscheidet. Im Folgenden werden darum zunächst die zentralen Merkmale der als Sozialversicherung verfassten gesetzlichen Krankenversicherung herausgearbeitet und im Anschluss wird die Bedeutung einer Abschaffung dieser Sozialversicherung für die Versicherten der GKV und das Gesundheitssystem insgesamt aufgezeigt.

#### **4.1 Die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung: Zentrale Merkmale der ‚sozialen Krankenversicherung‘ in Deutschland**

Die Konstituierung der ‚gesetzlichen Krankenversicherung‘ erfolgte im Jahr 1883 als Sozialversicherung (zum Nachfolgenden vgl. u.a. Frerich/Frey 1996; Simon 2009). Träger der neu gebildeten Sozialversicherung wurden als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfasste Krankenkassen. Vorläufer der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland waren selbst organisierte Hilfskassen der Arbeiter und anderer Lohnab-

hängiger sowie bereits zuvor gegründete allgemeine Ortskrankenkassen, Knappschaftskassen für Bergleute und Betriebskrankenkassen einzelner Großunternehmen wie bspw. Bosch oder Krupp. Die Wurzeln des deutschen Krankenkassensystems lassen sich letztlich bis zu den Hilfskassen der Zünfte, Gilden und Gesellenbruderschaften sowie den Gewerke- und Knappschaftskassen der Bergleute des Mittelalters zurückverfolgen. Grundlegendes und zentrales Merkmal dieser Unterstützungskassen war die Umlage von Kosten der Versorgung Kranker und Hilfebedürftiger der jeweiligen gesellschaftlichen Gruppe auf die Gesamtheit der Gruppenmitglieder. Jeder zahlte einen bestimmten, durch Satzung festgelegten Betrag aus seinem Lohn, und aus diesen Beiträgen wurden die Kosten der Krankenpflege in einem Hospital oder sonstiger Leistungen gedeckt.

Dieses ursprünglich nur aus Mitgliedsbeiträgen finanzierte System wurde nach und nach weiterentwickelt zu einem System, in dem auch die Arbeitgeber – als Ausdruck einer Fürsorgepflicht gegenüber ihren abhängig Beschäftigten – einen Teil der Beitragsaufbringung übernahmen bzw. durch entsprechende staatliche Ordnungen zur Beteiligung verpflichtet wurden. Mit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung wurde allen Arbeitgebern, die in den Geltungsbereich der GKV fielen, eine Beteiligung an den Krankenkassenbeiträgen gesetzlich vorgegeben.

Dieser kurze, nur sehr cursorische Rückblick soll vor allem verdeutlichen, dass die von CDU und FDP angestrebte Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reform von wirklich historischem Ausmaß wäre und mit grundlegenden, auf eine lange Tradition zurückgehenden Prinzipien der sozialen Sicherung in Deutschland brechen würde.

Der Rückblick zeigt aber auch bereits wesentliche Merkmale der als Sozialversicherung organisierten GKV, die auch heute in der Rechtsprechung insbesondere des Bundesverfassungsgerichts als maßgeblich zu Grunde gelegt werden. Gemeint ist die Organisation der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Aufgaben der mittelbaren Staatsverwaltung erfüllen (vgl. BVerfGE 39, 302; 75, 108; 113, 154). Und es ist die Tragung der Ausgaben durch einkommensbezogene Beiträge, die nicht nur von den Mitgliedern selbst, sondern von den „Beteiligten“ zu tragen sind (vgl. BVerfGE 11, 105; 14, 312; 17, 1; 79, 223). Als „Beteiligte“ gelten nicht nur die versicherten Mitglieder, sondern auch ihre Arbeitgeber (BVerfGE 75, 108).

Von zentraler Bedeutung für die Charakterisierung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung ist aber – nicht nur aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts, sondern auch des Europäischen Gerichtshofes – das zum Kern der Sozialversicherung GKV gehörende ‚Solidarprinzip‘ (EuGH 1993: Rn. 8; 2004: Rn. 51). Es kommt darin zum Ausdruck, dass die entstandenen Kosten auf alle Beteiligten umverteilt und über einkommensabhängige Beiträge getragen werden (EuGH 1993: Rn. 10; 1995: Rn. 15). Umlagefinanzierung und einkommensbezogene Beiträge sind danach eindeutig zentrales Wesensmerkmal einer als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Äquivalenzprinzip der PKV widerspricht somit dem Wesen der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung. In mehreren Urteilen hat der EuGH die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen Beitragshöhe und Leistungsansprüchen, wie sie aus dem Äquivalenzprinzip folgt, als mit dem Charakter einer Sozialversicherung nicht vereinbar qualifiziert (EuGH 1993: Rn. 10, 18; 1995: Rn. 15; 2002: Rn. 42, 44; 2004: Rn. 47, 52). Das Äquivalenzprinzip steht in diametralem Gegensatz zum Wesenskern einer als Sozialversicherung verfassten sozialen Krankenversicherung, es gehört eindeutig in den Bereich der privaten Versicherungswirtschaft. Ebenso der Sozialversicherung fremd und dem Bereich der privaten Versicherungswirtschaft zuzuordnen sind kapitalgedeckte Alterungsrückstellungen, vom EuGH unter den Begriff „Kapitalisierungsverfahren“ gefasst (EuGH 1995: Rn. 17, 22; 1999: Rn. 3).

Somit kann festgehalten werden: Die Abschaffung einkommensbezogener Beiträge und ihre Ersetzung durch einkommensunabhängige Prämien, die Einfügung des Äquivalenzprinzips und die Umstellung auf Kapitaldeckung berauben die gesetzliche Krankenversicherung ihrer zentralen Merkmale. Sie verliert dadurch ihren Charakter als Sozialversicherung. Die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen ist danach nur noch eine Frage der Anpassung der Rechtsform an den bereits umgewandelten Inhalt.

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des EuGH bräuchte der letzte Schritt einer Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen noch nicht einmal als eigenständige Initiative des deutschen Gesetzgebers erfolgen. Wie bereits von mehrfacher Seite zumeist als Warnung an die deutsche Gesundheitspolitik formuliert wurde, könnten weitere Maßnahmen einer schrittweisen Anpassung der Krankenkassen an die PKV dazu führen, dass der EuGH seine bisherige Einschätzung der deutschen

Krankenkassen als Sozialversicherung revidiert und sie zu Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts erklärt (vgl. u.a. Kingreen 2007; Rosenbrock/Gerlinger 2006; Schmucker 2003).

Nach einem solchen Urteil könnte die formale Änderung der Rechtsform in einer entsprechenden Gesundheitsreform als notwendige Anpassung an die Rechtsprechung des EuGH dargestellt und die Verantwortung für diesen Schritt versucht werden, dem EuGH anzulasten. Obwohl der EuGH in diesem Punkt der deutschen Gesetzgebung im Grunde nur den Spiegel vorhält und auf Entscheidungen der deutschen Gesundheitspolitik reagiert.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Bedeutung der Rechtsprechung des EuGH für den Rechtsstatus der Krankenkassen den führenden Gesundheitspolitikern der Koalition bekannt ist. Insofern könnte ein Vorantreiben der schrittweisen Einfügung von Elementen der PKV in die gesetzliche Krankenversicherung auch von dem strategischen Kalkül geleitet sein, dass diese Politik den EuGH dazu zwingt, seiner bisherigen Begründungslinie folgend das institutionelle ‚Gebäude‘ der GKV ab einem bestimmten Punkt zum Einsturz zu bringen.

Es erscheint daher es dringend geboten, die Bedeutung der Rechtsprechung des EuGH für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland stärker als bislang in Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit zu diskutieren, um zu verhindern, dass ein Teil der Akteure den Prozess der PKVisierung der GKV weiter vorantreibt ohne zu wissen und zu wollen, dass dies ab einem gewissen Punkt den EuGH veranlassen muss, Krankenkassen zu Unternehmen zu erklären.

Auch wenn die Feststellung, dass Krankenkassen als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts anzusehen sind, zunächst nur auf bestimmte Handlungsfelder der Krankenkassen beschränkt wäre, insbesondere Rabattverträge, Festbetragsfestsetzungen und andere Bereiche der Verträge mit Leistungserbringern, so hätte es doch weitreichende Konsequenzen. Insbesondere wäre die Frage aufgeworfen, ob Krankenkassen danach noch im gleichen Umfang wie bisher quasi-staatliche Regulierungsfunktionen im Gesundheitswesen ausüben können, zu denen sie gegenwärtig nur legitimiert sind, weil sie als mittelbare Staatsverwaltung und Körperschaften und des öffentlichen Rechts handeln. Auf diesen Aspekt wird an späterer Stelle der Untersuchung noch näher eingegangen.

## **4.2 Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung: Bedeutung für Versicherte und Gesundheitssystem**

Was aber würde die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen bedeuten? Dieser Frage soll im Folgenden zunächst aus der Perspektive der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nachgegangen werden und anschließend im Hinblick auf die Bedeutung für das Gesundheitssystem insgesamt.

### **4.2.1 Bedeutung für die Versicherten**

Gegenwärtig sind knapp 90 % der Bevölkerung in einer der gesetzlichen Krankenkassen versichert und ca. 10 % verfügen über eine Krankheitskostenversicherung in einer privaten Krankenversicherung (PKV). Die PKV erfüllt die Funktion einer ‚substitutiven Krankenversicherung‘ zur gesetzlichen Krankenversicherung und steht vom Grundsatz her Selbständigen, Beamten und Arbeitnehmern mit einem Einkommen oberhalb einer gesetzlich festgelegten Versicherungspflichtgrenze offen. Arbeitnehmer mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze unterliegen einer gesetzlichen Pflicht zur Versicherung in einer der gesetzlichen Krankenkassen und können nicht zu einer privaten Krankenversicherung wechseln. Sie können lediglich private Zusatzversicherungen abschließen, die den Vollversicherungsschutz der GKV nicht ersetzen.

Die weit überwiegende Mehrzahl der Pflichtversicherten der GKV tritt mit dem Beginn ihres Arbeitslebens in das System der gesetzlichen Krankenversicherung ein und verbleibt dort bis an ihr Lebensende, lernt folglich das PKV-System nicht aus eigener Anschauung kennen. Wer in Deutschland aufgewachsen ist, wächst damit zugleich auch in das GKV-System hinein, kennt in der Regel auch kein anderes System, so dass vieles darin als selbstverständlich erlebt und empfunden wird. Was die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung bedeutet und was sich bei einer Umwandlung in ein reines PKV-System für die einzelnen Versicherten ändern würde, erschließt sich deshalb für die weit überwiegende Mehrheit der Bürger nicht aus eigener Anschauung und Erfahrung.

Es scheint von daher angebracht, die Bedeutung eines grundlegenden Systemwechsels anhand einer Gegenüberstellung beider Systeme aufzuzeigen, die sich an der Perspektive der Versicherten und Patienten orientiert. Was sich für sie bei einem Systemwechsel ändern würde, kann aus einem Vergleich beider Systeme abgelesen werden.

Der Vergleich wird sich beschränken auf zentrale Bereiche. Es wird zunächst auf Unterschiede in der Art der Krankenversicherung eingegangen und anschließend auf Unterschiede im Zugang zu Leistungserbringern und im Verhältnis zwischen Patienten und Leistungserbringern. Die Darstellung der beiden Systeme beschränkt sich auf wesentliche Merkmale und lässt Sonderregelungen und Ausnahmen von ansonsten grundsätzlich geltenden Regeln unberücksichtigt. Um die charakteristischen Unterschiede deutlich werden zu lassen, werden eine Reihe von Neuregelungen der letzten Jahre, die beide Systeme in Teilbereichen einander angenähert haben, ausgeblendet. Es geht darum, die typischen Merkmale herauszuarbeiten.

Bei der Darstellung wird auf die Angabe der entsprechenden Rechtsvorschriften weitgehend verzichtet, sie können einer Einführung in Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems (vgl. u.a. Simon 2009) oder Einführungen in das Sozialrecht (vgl. u.a. Igl/Welti 2007) entnommen werden.

#### **4.2.1.1 Zugang zur Krankenversicherung**

Die *gesetzliche Krankenversicherung* ist im Kern eine Pflichtversicherung mit Versicherungspflicht für alle abhängig Beschäftigten, deren Arbeitseinkommen eine gesetzlich festgelegte ‚Versicherungspflichtgrenze‘ nicht übersteigt. Die Einhaltung dieser Versicherungspflicht ist insofern ‚automatisiert‘, als Arbeitgeber verpflichtet sind, darauf zu achten, dass ihre der Versicherungspflicht unterliegenden Beschäftigten Mitglied in einer der Krankenkassen sind. Ohne die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse dürfen sie sie nicht beschäftigen. Gegebenenfalls hat der Arbeitgeber Beschäftigte – vorläufig – bei einer Kasse anzumelden, wenn diese ihrer Versicherungspflicht nicht selbst nachkommen.

Sozusagen ‚spiegelbildlich‘ zur Versicherungspflicht in der Pflichtversicherung GKV sind alle Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, alle aufzunehmen, die der Versicherungspflicht unterliegen und bei ihnen Mitglied werden wollen. Sie dürfen niemanden ablehnen, beispielsweise wegen erheblicher Vorerkrankungen oder anderer persönlicher Gesund-

heitsrisiken. Eine gewisse Ausnahme bilden diejenigen Betriebs- und Innungskrankenkassen, die nur für die Beschäftigten des jeweiligen Betriebes oder Handwerkszweiges geöffnet sind. Für die nicht allgemein geöffneten Krankenkassen gilt allerdings der gleiche Grundsatz, dass sie alle aufnehmen müssen, die in ihrem Zuständigkeitsbereich berufstätig sind, sei es der betreffende Betrieb oder die betreffende Handwerksbranche.

Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach der Höhe des Arbeitsentgelts und wird als ein für alle Mitglieder gleicher Prozentsatz des Bruttolohns- oder -gehalts erhoben. Er ist somit unabhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und persönlichen Risiken wie beispielsweise Freizeitverhalten, Ernährungsgewohnheiten etc. Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Solidarprinzip, entstehende soziale Lasten werden nach finanzieller Leistungsfähigkeit umverteilt auf alle Beitragszahler. Es besteht kein Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und Leistungsumfang. Empfänger von Hartz IV oder Niedriglöhnen haben den gleichen Anspruch auf Leistungen wie freiwillig Versicherte mit einem Einkommen deutlich oberhalb der Versicherungsgrenze.

Eine weitere Besonderheit der gesetzlichen Krankenversicherung ist die ‚beitragsfreie Familienversicherung‘. Ehepartner ohne eigenes Einkommen<sup>16</sup> sind ebenso wie Kinder über das Mitglied beitragsfrei mitversichert. Die beitragsfreie Familienversicherung ist Ausdruck des für die Sozialversicherung zentralen Solidarprinzips. Die Kosten der Versorgung beitragsfrei Mitversicherter werden auf dem Wege eines sozialen Ausgleichs auf alle Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung verteilt.

Anders dagegen die *private Krankenversicherung* in ihrer typischen Form. Private Krankenversicherungen unterliegen zunächst einmal grundsätzlich keinem Kontrahierungszwang. Erst mit der Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht ab dem 1.01.2009, die auch für alle gilt, die nach der Sozialrechtssystematik der PKV zuzuordnen sind, wurde für Antragsteller in den Basistarif ein Kontrahierungszwang eingeführt. Dies widerspricht aber der grundsätzlichen Funktionslogik der PKV und stieß bei den Unternehmen der PKV denn auch auf entschiedenen Widerstand, bis hin zu einer Verfassungsklage gegen den Basistarif, die allerdings abgewiesen wurde (BVerfG 2009).

---

<sup>16</sup> Einkommen unterhalb der Geringverdienstgrenze wird nicht berücksichtigt.



Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung müssen in der PKV grundsätzlich für alle Versicherten, also auch Familienangehörige eigene Versicherungsbeiträge entrichtet werden, deren Höhe sich nach dem individuellen Versicherungsrisiko und dem Umfang des Versicherungsschutzes richtet. Dies ist einer der wichtigsten Gründe dafür, dass der Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung für verheiratete freiwillige Mitglieder mit Kindern vielfach attraktiver ist als der Wechsel in eine private Krankenversicherung.

Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen steht es einem privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich frei, einen Antragsteller auch abzulehnen. In der PKV kommt dieser Grundsatz dann zum Tragen, wenn ein Antragsteller aus Sicht des Versicherungsunternehmens ein zu hohes Risiko darstellt, beispielsweise auf Grund schwerer chronischer Erkrankungen oder anderer persönlicher Gesundheitsrisiken. Vor Abschluss eines individuellen Versicherungsvertrages haben sich Antragsteller darum zunächst einer eingehenden Gesundheitsuntersuchung zu unterziehen und häufig auch eine Erklärung zu unterschreiben, in der sie alle Ärzte und übrigen Leistungserbringer der letzten 10 Jahre von ihrer Schweigepflicht entbinden und ihnen erlauben, Anfragen der Versicherung zu früheren Erkrankungen und Behandlungen zu beantworten. Ohne eine solche Erklärung gewähren private Krankenversicherungen in der Regel keinen Versicherungsschutz. Verschweigt ein Antragsteller beim Abschluss des Versicherungsvertrages eine Vorerkrankung, so kann dies zu einem späteren Zeitpunkt zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Das gesamte Verfahren wird üblicherweise ‚Risikoprüfung‘ genannt und dient der Abschätzung der zukünftig zu erwartenden Behandlungskosten für den Antragsteller. Dies ist insofern im PKV-System erforderlich, als dieses System nach dem ‚versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip‘ bzw. ‚Äquivalenzprinzip‘ arbeitet. Vereinfacht bedeutet dieses Prinzip, dass der Barwert der vom Versicherer während der gesamten Versicherungszeit zu erbringenden Leistungen dem Barwert der vom Versicherungsnehmer gezahlten Beiträge entsprechen soll (Farny 2006: 67ff.; Führer/Grimmer 2009: 76f.). Daraus ergibt sich, dass der individuelle Beitrag beispielsweise für einen chronisch kranken Menschen mit mehreren Nebenerkrankungen und einem eingeschränkten allgemeinen Gesundheitszustand deutlich höher zu kalkulieren ist, als der Beitrag eines gesunden jungen Menschen. Um die durch bestehende Erkrankungen zu erwartenden höheren Kosten im Beitrag ‚äquivalent‘ abzubilden, werden so genannte ‚Risikozuschläge‘ auf den

Beitrag erhoben. Die so kalkulierten Beiträge werden in der gesundheitspolitischen Diskussion ‚risikoäquivalente Prämien‘ genannt.

Nimmt eine private Krankenversicherung einen kranken Antragsteller auf, so kann sie Risikozuschläge auf die Versicherungsprämie erheben oder für bestimmte Leistungen im Versicherungsvertrag einen ‚Risikoausschlusses‘ festschreiben (Führer/Grimmer 2009: 76ff, 177f.). Die Forderung sehr hoher Risikozuschläge kann allerdings zu einem für den Betroffenen nicht tragbaren Beitrag führen, was letztlich einer Ablehnung gleich kommt. Risikozuschläge können folglich auch als Instrument der Risikoselektion und Abwehr unerwünschter Versicherter genutzt werden.

#### **4.2.1.2 Wechsel der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens**

Im gegenwärtigen *GKV-System* haben bis auf wenige Ausnahmen alle Mitglieder die Möglichkeit zu einer beliebigen anderen geöffneten Krankenkasse zu wechseln. Außer der Einhaltung von Kündigungsfristen sind keine weiteren Restriktionen vorhanden.

Anders dagegen im *PKV-System*. Zwar hat auch dort jeder Versicherungsnehmer das Recht der Kündigung und des Wechsels zu einer anderen PKV, tatsächlich jedoch wird die Ausübung dieses Rechts mit steigendem Lebensalter durch massive finanzielle Nachteile bei einem Wechsel faktisch unmöglich gemacht. Alterungsrückstellungen werden – bis auf wenige Ausnahmen – bei dem Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen nicht auf das neue Unternehmen übertragen, sondern gehen dem Versicherten bei einem Wechsel verloren. Er muss folglich bei dem neuen Versicherungsunternehmen auf Grund fehlender Alterungsrückstellungen einen erheblich höheren Beitrag zahlen. Faktisch läuft die nicht gewährte so genannte ‚Portabilität‘ der Alterungsrückstellungen darauf hinaus, dass Versicherte bereits nach wenigen Jahren die Versicherung – wenn überhaupt – nur unter Inkaufnahme erheblicher finanzieller Nachteile wechseln können. Diese Praxis steht bereits seit vielen Jahren in der Kritik und mit der Gesundheitsreform 2007 erfolgte erstmals eine Änderung. Seit dem 1.01.2009 haben Versicherte, die einen neuen Vertrag schließen bei einem Wechsel das Anrecht auf Mitnahme der Alterungsrückstellungen, allerdings nur im Umfang des Basis-tarifs. Bestandskunden verlieren bei einem Wechsel weiterhin die angesparten Rückstellungen.

#### **4.2.1.3 Verlust des Versicherungsschutzes**

Das System der *gesetzlichen Krankenversicherung* ist letztlich darauf ausgelegt, dass alle ihm zugeordneten Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen einen umfassenden Schutz erhalten. Durch das System des automatischen Beitragseinzugs über die Arbeitgeber kann es im Normalfall auch nicht zu Beitragsrückständen kommen. Sollte dies durch Verschulden oder Insolvenz des Arbeitgebers dennoch geschehen, bleibt der Versicherungsschutz der betroffenen Arbeitnehmer aufrecht erhalten. Die entstandenen Probleme werden zwischen dem Arbeitgeber und der zuständigen Sozialversicherung oder staatlichen Behörde geklärt.

Anders verhält es sich dagegen im *PKV-System*. Es handelt sich um ein privatrechtliches Vertragsverhältnis, in dem der einzelne Versicherungsnehmer dem Versicherungsunternehmen den Beitrag schuldet. Es gilt der Grundsatz, dass der Versicherer nur zur Leistung verpflichtet ist, wenn der Versicherungsnehmer seine Pflichten erfüllt, wozu auch die vertragsgemäße Zahlung des Versicherungsbeitrags gehört. Kommt ein Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, sehen die Musterbedingungen des PKV-Verbandes ein gestuftes System der Leistungseinschränkungen vor, an dessen Ende der Verlust des Versicherungsschutzes steht (§ 7 Abs. 7 MB/KK 2009).<sup>17</sup> Nach Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht und eines Kontrahierungszwangs der PKV für Versicherte, die einen gesetzlichen Anspruch auf den Basistarif bei einer PKV haben, ist ein vollständiger Ausschluss vom Versicherungsschutz für diese Versicherten nicht mehr möglich. Aber auch für sie folgen aus einem Beitragsrückstand deutliche Einschränkungen des Versicherungsschutzes, so bspw. das Ruhen der Leistungen und die Beschränkung der Leistungsgewährung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 7 Abs. 6 MB/KK 2009).

#### **4.2.1.4 Leistungsumfang und Leistungsgewährung**

Die Leistungen der *gesetzlichen Krankenversicherung* sind fast zu 100% durch einen gesetzlichen Leistungskatalog für alle Krankenkassen und alle Versicherten einheitlich vorgegeben. Alle Versicherten haben im Grundsatz die gleichen Leistungsansprüche, sofern eine medizinische Notwendigkeit von einem Arzt festgestellt wurde. Einschrän-

---

<sup>17</sup> MB/KK: Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

kungen des gesetzlichen Leistungskataloges sind den Krankenkassen nicht erlaubt, über die Einhaltung dieses Grundsatzes wacht ein komplexes System aus staatlicher Aufsicht und gemeinsamer Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern sowie unabhängiger Sozialgerichtsbarkeit. Krankenkassen dürfen lediglich in geringem Umfang so genannte Satzungsleistungen anbieten, die über den gesetzlichen Katalog hinausgehen. Leistungen werden zwar von den Krankenkassen bewilligt, die entsprechenden Entscheidungen sind – da es sich bei den Kassen um mittelbare Staatsverwaltung handelt – Verwaltungsakte, die im Streitfall in vollem Umfang einer gerichtlichen Überprüfung unterworfen sind. Dadurch sollen die Versicherten vor Willkür und Machtmissbrauch geschützt werden.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden bis auf wenige Ausnahmen als Sachleistungen gewährt. Der Versicherte erhält die Leistung des Arztes, Krankenhauses, Pflegedienstes etc. und die Krankenkasse zahlt die Vergütung an den Leistungserbringer. Zwischen Versicherten und Leistungserbringern besteht in der Regel keine finanzielle Beziehung. Schuldner der Vergütung ist nicht der Versicherte, sondern die Krankenkasse.

Anders dagegen in der *privaten Krankenversicherung*. Es gibt keinen für alle Versicherten einheitlich vorgegebenen und verbindlichen Leistungskatalog, sondern die von der Versicherung zu gewährenden Leistungen sind individuell im jeweiligen Versicherungsvertrag zu vereinbaren. Private Krankenversicherungen gewähren auch bis auf wenige Ausnahmen keine Sachleistungen, sondern erstatten die vom Versicherten gezahlten Arzthonorare, Arzneimittelpreise etc. Eine Ausnahme bilden die Kosten einer Krankenhausbehandlung, die von vielen Versicherungen direkt übernommen werden.

Wesentlich am PKV-System ist, dass der Patient im privatrechtlichen Sinn Vertragspartner des Leistungserbringers, bspw. eines Arztes, ist und ihm auch das Honorar schuldet. Der Arzt richtet seine Honorarforderungen an den Patienten, der dem Arzt die Begleichung der Rechnung schuldet. Die PKV gewährt dem Versicherten lediglich Kostenerstattung und diese auch nur in dem Umfang, wie sie im individuellen Versicherungsvertrag vereinbart wurde. Verweigert die Krankenversicherung die Kostenerstattung ganz oder teilweise, bleibt das Schuldverhältnis des Patienten gegenüber dem Arzt oder anderen Leistungserbringer davon unberührt. Der Patient muss den vollen Rechnungsbetrag bezahlen, unabhängig davon ob und wie viel seine Krankenversicherung erstattet.

Dieses System wurde in den letzten Jahren offenbar zunehmend auch für gut verdienende privat Versicherte zum Problem, da vor dem Hintergrund gestiegener Ausgaben eine Reihe von Versicherungen häufiger Rechnungsbeträge kürzten und dem Versicherten nur den reduzierten Betrag überwiesen oder die Kostenerstattung vollständig verweigerten (Dohmen 2010; Neumann 2009; o.A. 2010; PKV-Ombudsmann 2010b; Schubert/Bergius 2010).

Während Auseinandersetzungen über die Höhe der Honorare oder Vergütungen im GKV-System zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgetragen werden, sind es im PKV-System die Versicherten, die entweder mit Ärzten über die Höhe des Honorars verhandeln oder sich mit ihrer Versicherung über die Höhe der Kostenerstattung auseinandersetzen müssen. Zwar existiert die Institution eines Ombudsmannes für die PKV, dieser hat aber keinerlei Weisungskompetenz oder Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den privaten Krankenversicherungen. Er ist lediglich der „außergerichtliche Streitschlichter“ (PKV-Ombudsmann 2010a) für die PKV und kann nur Empfehlungen aussprechen, die für keine Versicherung bindend sind.

Entsprechend der seit einigen Jahren zu beobachtenden Tendenz privater Krankenversicherungen, Kostenerstattungen restriktiver zu handhaben und Beiträge zu erhöhen, stieg auch die Zahl der beim Ombudsmann der PKV eingegangenen Beschwerden von Versicherten und hat sich zwischen 2004 und 2009 verdoppelt (PKV-Ombudsmann 2010b). Nur ca. ein Viertel der Fälle konnte der Ombudsmann schlichten, die übrigen mussten gegebenenfalls auf dem Wege einer privaten Klage durch Gerichte geklärt werden.<sup>18</sup> Während in der gesetzlichen Krankenversicherung der Sozialgerichtsweg für Versicherte kostenfrei ist, haben in der PKV die Versicherten die Kosten eines Gerichtsverfahrens selbst zu tragen.

#### **4.2.1.5 Fazit**

Die vorhergehende Darstellung von Unterschieden zwischen dem GKV-System und dem PKV-System dürfte deutlich gemacht haben, dass eine Abschaffung der Sozialversicherung GKV und Umwandlung in ein reines PKV-System für die weit überwiegende Mehr-

---

<sup>18</sup> Der Ombudsmann der PKV, Helmut Müller, wurde mit den Worten zitiert: "Da gibt es zwischen Versicherungen und Ärzten oft Streit über die Kosten, und am Ende bleibt der Versicherte auf ihnen sitzen" (Frankfurter Rundschau, 16.02.2010: 6).

zahl der GKV-Versicherten mit dem Risiko erheblicher Verschlechterungen verbunden wäre. Das System der PKV ist deutlich erkennbar nicht in der Lage, einen umfassenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz für alle Menschen gleich welchen Gesundheitszustandes, Alters, Geschlechts und Einkommens zu gewährleisten, wie ihn die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland seit Jahrzehnten bietet. Ein System risikoäquivalenter Versicherungsprämien führt – ohne zusätzliche gesetzgeberische Maßnahmen – dazu, dass ein Teil der Bevölkerung, und zwar vor allem die chronisch und schwer Kranken sowie Menschen mit geringem Einkommen, ohne Versicherungsschutz bleibt oder ihn verliert, wenn sie Prämien nicht mehr zahlen können. Sehr anschaulich ist dies an den USA zu studieren, mit ihren mittlerweile mehr als 40 Millionen Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz. Dieser Gefahr waren und sind sich die Konstrukteure und Befürworter des Gesundheitsprämienmodells offenbar auch bewusst. Entsprechend sehen die Modelle sowohl der CDU als auch der FDP eine Bezuschussung individueller Versicherungsprämien aus Steuermitteln vor. Damit wird aber eingestanden, dass das PKV-System für sich ohne solche staatlichen Zuschüsse dazu führen würde, dass sich ein zunehmender Teil der Bevölkerung – ähnlich wie in den USA – einen Krankenversicherungsschutz nicht leisten könnte.

Daran würde auch eine gesetzlich verfügte Versicherungspflicht nichts ändern, da die Betroffenen auf Grund fehlender finanzieller Mittel der Versicherungspflicht nicht nachkommen könnten. Und wenn sie vom Staat in eine PKV gezwungen würden, müssten sie die Versicherungsprämien schuldig bleiben, was wiederum den Ausschluss aus der Versicherung zur Folge hätte. Ähnlich wie in den USA bliebe letztlich nur die Möglichkeit, die Armen in einer steuerfinanzierten Armen-Krankenversicherung aufzufangen, deren Kosten aus Steuermitteln getragen werden müssten. Insofern ist die ‚Sozialausgleich‘ genannte Prämienbezuschussung keine großzügige Solidarleistung, sondern nur die Vorwegnahme der ohnehin in einem reinen PKV-System unumgänglichen Übernahme der Krankenbehandlungskosten der Armen durch den Staat.

Aber auch Menschen mit einem Einkommen oberhalb der Armutsgrenze, die sich eine private Krankenversicherung zunächst noch leisten können, wären – ähnlich wie in den USA – tendenziell gefährdet. Liegen sie oberhalb der Einkommensgrenze, ab der Anspruch auf eine staatliche Unterstützung besteht, müssten sie steigende Prämien selbst zahlen, solange bis sie die Prämien nicht mehr zahlen können und Anspruch auf staatliche Fürsorgeleistungen haben.

Dass die PKV in Deutschland keineswegs stabile Beiträge garantieren und einhalten kann, wurde in den letzten Jahren zunehmend deutlich und auch von den Unternehmen der PKV selbst als größer werdendes Problem öffentlich thematisiert. Während aber Beitragssatzerhöhungen von Krankenkassen öffentlich diskutiert und kritisiert werden und immer wieder Anlass für politische Interventionen waren, ist die Erhöhung von Versicherungsprämien der PKV ein individualisiertes Problem und bislang kein Anlass für gesundheitspolitische Interventionen zum Schutz der Versicherten. Ohnehin wäre eine politische Intervention zum Zweck der generellen Begrenzung von Versicherungsprämien privater Krankenversicherungen schwer vorstellbar. Sie widerspräche vor allem aber auch der Zielsetzung einer Rückführung staatlicher Interventionen und Regulierung, wie sie insbesondere von der FDP vertreten wird. Prämien erhöhungen in der PKV sind eine Angelegenheit privatrechtlicher Vertragsbeziehungen zwischen einzelnen Versicherten und Krankenversicherungsunternehmen.

Zwar kann ein Versicherter der PKV eine Prämienhöhung zum Anlass für eine Kündigung nehmen, aber wohin soll er wechseln? Der Weg in die gesetzliche Krankenversicherung ist privat Versicherten gegenwärtig bis auf sehr wenige Ausnahmen versperrt und wäre nach Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin kein Thema. Der Wechsel in eine andere PKV wäre mit dem vollständigen oder teilweisen Verlust der Alterungsrückstellung verbunden und ältere Versicherte müssten in der neuen PKV mit hoher Wahrscheinlichkeit noch höhere Prämien zahlen als die erhöhten, wegen derer sie wechseln wollten.

Auch ein gesetzlich vorgegebener Kontrahierungszwang, wie ihn das Modell von CDU Und FDP vorsieht, könnte diese Problematik nicht lösen. Wenn ein allgemeiner Kontrahierungszwang für alle Versicherungsunternehmen für den Umfang einer Basisversorgung vom Gesetzgeber vorgegeben würde, stünden die Krankenversicherungen bei einem System, das für alle Versicherten einheitliche pauschale Beiträge vorschreibt, vor dem Problem, dass die Verteilung der ‚Risiken‘ mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr ungleich ausfallen wird. Es wäre mit legalen Mitteln nicht zu vermeiden, dass ein Teil der Versicherungen überdurchschnittlich viele Kranke und kostenaufwendige Versicherte versichern muss, andere Unternehmen dagegen vor allem gesunde und junge Versicherte im Bestand hat.

Will man derartige Entwicklungen bei der Umstellung auf ein PKV-System vermeiden, wäre ein umfassender RSA für alle privaten Krankenversicherungen erforderlich oder –

und das scheint die im Gesundheitsprämienmodell von CDU und FDP letztlich enthaltene Vorstellung zu sein – die Pauschalprämien werden durch ein System risikoäquivalenter Prämien ersetzt. Im Grunde bleibt auch nur diese Variante, denn es wäre schwer zu begründen, warum die bisherigen PKV-Versicherten weiterhin risikoäquivalente Prämien zahlen sollen, während den neu hinzukommenden ehemaligen GKV-Versicherten risikounabhängige Pauschalen in Rechnung gestellt werden. Auch aus dieser Perspektive betrachtet zeigt sich, dass pauschale ‚Gesundheitsprämien‘ nur ein Zwischenschritt hin zu einem System risikoäquivalenter Versicherungsbeiträge sein sollen und können.

Versicherungspflicht *und* risikoäquivalente Prämien ergeben aber einen hochbrisanten Mix. Eine solche Versicherungspflicht würde Kranke und Bezieher niedriger Einkommen entweder in die Überschuldung treiben oder zu Beziehern staatlicher Fürsorge machen.

Den vorstehenden Einwänden könnte entgegnet werden, dass es schließlich seit Jahrzehnten ein funktionierendes PKV-System in Deutschland gibt, das immerhin ca. 10 % der Bevölkerung einen Krankenversicherungsschutz bietet. Dazu ist aber zunächst festzuhalten, dass das gegenwärtige deutsche PKV-System ein System der ‚substitutiven‘ Krankenversicherung für einen ausgewählten Kreis von Versicherten ist. Die PKV kann in Deutschland von der Zweiteilung des Sicherungssystems in einen öffentlich-rechtlichen für ca. 90% der Bevölkerung und einen privatwirtschaftlichen für knapp 10% vor allem deshalb leben, weil es sich bei diesen ca. 10 % um Versicherte mit überdurchschnittlichem oder weit überdurchschnittlichem Einkommen und – bedingt durch überdurchschnittliches Einkommen und überdurchschnittlichen Bildungsstand – auch unterdurchschnittlicher Erkrankungshäufigkeit und -schwere handelt. Ein erheblicher Teil der Versicherten sind zudem Beamte, darunter zwar auch viele mit mittlerem und teilweise auch eher unterdurchschnittlichem Einkommen. Diese Versichertengruppe ist aber insofern ‚vorselektiert‘, als die Verbeamtung erst nach einer gründlichen Gesundheitsuntersuchung erfolgt.

Dass dieses PKV-System seit mehreren Jahrzehnten relativ reibungslos funktioniert, kann somit nicht als Beleg dafür gelten, dass es in der Lage sein könnte, die gesetzliche Krankenversicherung zu ersetzen und für die gesamte Bevölkerung einen ebenso umfassenden sozialen Schutz zu bezahlbaren Beiträgen zu leisten, wie es die gesetzliche Krankenversicherung in den letzten Jahrzehnten geleistet hat und täglich neu leistet.



#### 4.2.2 Bedeutung für das Gesundheitssystem

Eine Abschaffung der als Sozialversicherung verfassten GKV und Überführung in ein reines PKV-System hätte aber auch weitreichende Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt. Die gesetzliche Krankenversicherung nimmt in weiten Bereichen des Gesundheitssystems zentrale Regulierungs- und Steuerungsfunktionen wahr. Da sie als mittelbare Staatsverwaltung konstituiert ist, kann der Staat ihr Aufgaben und Kompetenzen übertragen, die er sonst in unmittelbarer Staatsverwaltung selbst erfüllen müsste. Eine umfassende Darstellung der Regulierungsfunktionen, die Kranken- und Pflegekassen wahrnehmen, würde den Rahmen dieser Untersuchung sprengen. Es sollen an dieser Stelle nur einige exemplarisch angesprochen werden, um die Bedeutung einer Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherung deutlich werden zu lassen (für eine ausführlichere Darstellung der Regulierungsfunktionen der GKV in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens vgl. u.a. Rosenbrock/Gerlinger 2006; Simon 2009).

Das System der Steuerung und Regulierung des deutschen Gesundheitssystems kann vereinfacht wie folgt beschrieben werden:

- Der Staat gibt in Gesetzen und Verordnungen den allgemeinen Rahmen vor, der für einzelne Bereiche durchaus auch bis zu einem bestimmten Grad konkretisiert wird.
- Die Konkretisierung und Ausführung der staatlichen Rahmenvorgaben wird in der Regel aber den Partnern der so genannten ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ übertragen. Dies sind in erster Linie die Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer. Das Sozialrecht enthält an zahlreichen Stellen den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, in Gesetzen enthaltene allgemeine Zielsetzungen und Rahmenvorgaben in Vereinbarungen und Verträgen zu konkretisieren oder auch bestimmte Regelungsbereiche in eigener Verantwortung auf dem Verhandlungsweg zu gestalten. So gehört zu den Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene bspw. die Bedarfsplanung und Vereinbarung so genannter Gesamtverträge und Gesamtvergütungen für die ambulante ärztliche Versorgung der Krankenkassenversicherten. In der Krankenhausversorgung werden allgemeine Grundsätze und die Struktur des Vergütungssystems auf der Bundesebene vereinbart und auf Landesebene der so genannte Landesbasisfallwert als zentraler Orientierungswert für Fallpauschalen.

- Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er ist je zur Hälfte mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung und Vertretern der wichtigsten Organisationen der Leistungserbringer, der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, besetzt. Der G-BA hat insbesondere die Aufgabe, unterhalb der Gesetzesebene über die Ausgestaltung des GKV-Leistungskataloges zu entscheiden und wird in der Fachdiskussion auch ‚kleiner Gesetzgeber‘ genannt.
- Die Krankenkassen agieren in diesem weit verzweigten System der gemeinsamen Selbstverwaltung quasi als Vertreter der Staates und können dies, da sie als Sozialversicherungsträger mittelbare Staatsverwaltung sind und keine privaten Unternehmen, die einzelwirtschaftliche Ziele verfolgen dürfen. Krankenkassen als Träger der Sozialversicherung dienen der Erfüllung sozialer Zwecke und öffentlicher Aufgaben und unterliegen einer sehr engen und strikten staatlichen Aufsicht. Vereinfacht ausgedrückt kann man es durchaus so sehen, dass ihr gesamtes Handeln direkter staatlicher Überwachung unterliegt, und die zuständige Aufsichtsbehörde bei einem Verstoß gegen gesetzliche Vorgaben gegebenenfalls eine Änderung auf dem Wege der Anordnung verfügen kann.
- Die vom Staat übertragenen Kompetenzen reichen auch soweit, dass Krankenkassen bspw. für bestimmte Arzneimittel Preisobergrenzen für die Erstattung (Festbeträge) festsetzen können. Dies war bei der Umsetzung der so genannten Festbetragsregelungen des SGB V von Seiten betroffener Arzneimittelhersteller bestritten und die Klage bis zum EuGH geführt worden. Der befand die entsprechende Regelung für vereinbar mit dem europäischen Recht, allerdings nur, weil er zu der Einschätzung gelangte, dass die deutschen Krankenkassen als Sozialversicherungsträger Teil des staatlichen Systems der sozialen Sicherheit seien und die entscheidenden Merkmale von Einrichtungen der sozialen Sicherheit erfüllten.

Die vorstehenden Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, dass die Krankenkassen in ihrer Eigenschaft als Träger der Sozialversicherung zentrale Funktionen im deutschen Gesundheitssystem wahrnehmen. Sie können ihre regulierende und steuernde quasistaatliche Funktion aber nur deshalb ausüben, weil sie Sozialversicherungsträger und mittelbare Staatsverwaltung sind. Wird ihnen dieser Status entzogen, hat dies weit

reichende Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem. Werden Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen umgewandelt, können sie die ihnen gegenwärtig übertragenen öffentlichen Aufgaben zu einem erheblichen Teil nicht mehr erfüllen. Es dürfte aus sozial- und verfassungsrechtlicher Sicht in hohem Maße zweifelhaft sein, ob private Versicherungsunternehmen überhaupt mit den von den Krankenkassen wahrgenommenen öffentlichen Aufgaben und vor allem Kompetenzen der Regulierung und Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung betraut werden dürfen.

Die Rechtsprechung des EuGH ist hier sehr eindeutig. Würden die Krankenkassen nicht die vom EuGH zu Grunde gelegten Merkmale einer Einrichtung der sozialen Sicherheit (Sozialversicherung) erfüllen, wären sie als Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts zu behandeln und dürften bspw. auch keine Arzneimittelfestbeträge festlegen.

Es muss wohl davon ausgegangen werden, dass das gegenwärtige System der gemeinsamen Selbstverwaltung nach einer Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen so nicht mehr funktionsfähig wäre. Es müsste die Frage geklärt werden, was an die Stelle der durch die gemeinsame Selbstverwaltung vorgenommenen untergesetzlichen Regulierung treten soll.

Es sei an dieser Stelle nur nebenbei angemerkt, dass weder die programmatischen Dokumente der FDP noch die der CDU erkennen lassen, dass diese Folge einer Abschaffung der Sozialversicherung GKV auch nur ansatzweise durchdacht ist. Die Parteitagebeschlüsse bieten keine Antworten auf die Frage, wie zukünftig eine Regulierung des Gesundheitssystems ohne Krankenkassen erfolgen soll. Die entsprechenden Beschlüsse der CDU legen in dieser Frage allerdings den Eindruck nahe, dass die Notwendigkeit solcher weit reichenden Überlegungen nicht gesehen wurde, da der Mehrzahl der beteiligten Politiker und Parteitage delegierten die Konsequenzen ihres Gesundheitsprämiensmodells letztlich nicht bewusst waren und sind. Zumal die CDU-Beschlüsse nicht explizit die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen fordern.

Die Beschlusslage der FDP ist hier – wie dargelegt – allerdings sehr eindeutig. Aber der Wegfall quasistaatlicher Regulierung durch die Krankenkassen dürfte aus Sicht der FDP vermutlich auch kein Problem darstellen, da sie ohnehin für weniger staatliche Regulierung und „ein grundlegendes Umsteuern in ein freiheitliches System“ eintritt (FDP-

Bundestagswahlprogramm 2009: 18). Das neue System soll insbesondere von folgenden Grundsätzen geprägt sein:

- „Bürokratische Vorgaben und Kontrollen müssen auf das notwendige Mindestmaß beschränkt werden“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 3)
- „Die ordnende Funktion des Marktes garantiert, dass die begrenzten Mittel auf die beste Weise eingesetzt werden“ (FDP 2007: 2)
- „Die staatliche Regulierung muss auf eine Rahmensetzung begrenzt werden, die sicherstellt, dass jeder Bürger im Krankheitsfall eine qualitativ gute medizinische Versorgung hat, auch wenn er über wenig Geld verfügt“ (FDP 2004: 2)

In Anbetracht dieser programmatischen Aussagen zur Gesundheitspolitik kann der Eindruck entstehen, dass die FDP-Beschlüsse von der Vorstellung getragen sind, außer für den Krankenversicherungsschutz bedürfte es im Grunde keiner weiteren gesetzlichen oder untergesetzlichen Regulierung, da die „ Ordnende Funktion des Marktes“ weit besser als „bürokratische Vorgaben“ und „staatliche Regulierung“ geeignet ist, eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Geht man von einer solchen Einschätzung aus, erübrigen sich vermutlich alle weiteren gedanklichen Anstrengungen zur Zukunft einer Regulierung des ‚Gesundheitsmarktes‘ nach Abschaffung der Sozialversicherung GKV und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen.

In einer solchen, vom Vertrauen auf die „ Ordnende Funktion des Marktes“ getragenen Vorstellungswelt könnte sich unter Umständen auch die Annahme aufdrängen, nach der Privatisierung der Krankenkassen sei das Sozialgesetzbuch V verzichtbar, und alle Regelungen, die nicht auf die Regulierung eines Mindest-Krankenversicherungsschutzes zielen, könnten ersatzlos gestrichen werden. Da Krankenversicherung nur noch durch private Versicherungsunternehmen angeboten werden können, würden wenige Ergänzungen des zur Regulierung der PKV dienenden Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsgesetz ausreichen.

Es erscheint allerdings zweifelhaft, dass eine solche Vorstellung mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes und dem Verfassungsauftrag zur staatlichen Daseinsvorsorge vereinbar ist. Dass Krankenkassen als mittelbare Staatsverwaltung staatliche Aufgaben der sozialen Sicherheit und Regulierung des Gesundheitssystems wahrnehmen, ist letztlich im Sozialstaatsgebot begründet. Die daraus resultierende Verpflichtung des Staates

zur staatlichen Daseinsvorsorge entfällt nicht mit dem Wegfall der Sozialversicherungsträger Krankenkassen. Auch nach Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen stünde der Staat vor der Aufgabe, eine ausreichende, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinisch-pflegerische Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen. Dies umfasst eindeutig mehr als nur die Regulierung des Krankenversicherungsschutzes, nämlich vor allem die Sicherstellung einer ausreichenden Leistungserbringung.

Wenn er sich dazu nicht mehr der Krankenkassen bedienen kann, und auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Funktionen der als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfassten gesetzlichen Krankenkassen nicht übernehmen können, würde die Aufgabe der Regulierung an die unmittelbare Staatsverwaltung zurückfallen. Im Falle des Gesundheitssystems wären dies vor allem die Bundesländer, die in allen wichtigen Versorgungsbereichen den aus dem Sozialstaatsgebot abgeleiteten so genannten ‚Sicherstellungsauftrag‘ für eine ausreichende medizinisch-pflegerische Versorgung zu erfüllen haben. Dieses Sicherstellungsauftrages kann sich der Staat nicht entledigen (vgl. hierzu exempl. für die Krankenhausversorgung: Isensee 1990). Der Versuch, sozialrechtliche Regulierung durch eine „ordnende Funktion des Marktes“ zu ersetzen, dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht nicht standhalten.

Zudem drängt sich die Frage auf, ob eine Abschaffung der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt mit dem Grundgesetz vereinbar wäre. Immerhin schreibt Art. 87 Abs. 2 GG vor, dass die Träger der Sozialversicherung nur als Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert werden dürfen. Auch das Bundesverfassungsgericht sah Handlungsspielraum für die Änderung der gegenwärtigen Organisationsform der gesetzlichen Krankenversicherung nur in Richtung einer Umwandlung der mittelbaren in eine bundesunmittelbare Staatsverwaltung, beispielsweise indem das gegliederte Krankenkassensystem zu einen „Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbarer Körperschaft“ zusammengefasst wird (BVerfGE 39, 302 [315]). Die Vorstellung einer Umwandlung der Krankenkassen in private Rechtsformen scheint dem Bundesverfassungsgericht bislang so abwegig gewesen zu sein, dass eine solche Umwandlung noch nicht einmal als mögliche Option in Erwägung gezogen wurde.

Die Erörterung soll an dieser Stelle nicht weitergeführt werden. Es dürfte deutlich geworden sein, dass ein grundsätzlicher Systemwechsel vom Sozialversicherungssystem auf ein dereguliertes marktwirtschaftliches System schwerwiegende und sehr weitreichende Fragen aufwirft. Diese Fragen müssen weit im Vorfeld einer solchen Umstellung breit und tiefgehend nicht nur wissenschaftlich, sondern vor allem öffentlich erörtert werden. Bisher ist aber weder eine politische Konzeption für ein solches neues, nach marktwirtschaftlichen Prinzipien funktionierendes Gesundheitssystem erkennbar, noch eine breite und fundierte wissenschaftliche oder öffentliche Debatte über die Sinnhaftigkeit eines solchen Systemwechsels. Und zu klären wäre vor allem die Frage, ob ein solcher Systemwechsel überhaupt auf eine mehrheitliche Zustimmung in der Bevölkerung bauen könnte.

## 5 Der ‚Sozialausgleich‘ im ‚Gesundheitsprämienmodell‘

Im Folgenden soll nun auf einen Bestandteil des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ näher eingegangen werden, der seit Unterzeichnung des Koalitionsvertrages im Oktober 2009 vielfach im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion stand: Der steuerfinanzierte ‚Sozialausgleich‘ und die Frage seiner Finanzierbarkeit. Nicht nur für die Mehrzahl der politisch interessierten Bürger, sondern auch für die Mehrheit der dieses Feld beobachtenden Wissenschaftler dürfte die Ende 2009/Anfang 2010 geführte Diskussion eher verwirrend als klärend gewirkt haben. Vor allem die öffentlich ausgetragene Auseinandersetzung zwischen dem Gesundheitsminister Rösler und führenden FDP-Vertretern auf der einen und den CSU-Vertretern Seehofer sowie Söder auf der anderen Seite warfen eher weitere Fragen auf, als dass sie zur Klärung beitrugen. Aber auch die in der öffentlichen Diskussion kursierenden sehr unterschiedlichen Zahlen zum geschätzten Volumen eines solchen ‚Sozialausgleichs‘ waren eher geeignet, für weitere Verwirrung zu sorgen, und warfen die Frage auf, wer denn nun Recht hat und was von den sehr unterschiedlichen Zahlen zu halten ist.

Die Meinung der politischen Führung des BMG ist hierzu sehr eindeutig. Berechnungen, die zu dem Ergebnis kommen, es seien bis zu 40 Milliarden Euro erforderlich (so Lauterbach/Lüngen/Büscher 2009), sind aus Sicht des FDP-Staatssekretärs im BMG „Horrorzahlen“ (Bahr 2010), die Angst vor der Umstellung machen sollen. Nachdem das Finanzministerium in einer ungewöhnlich ausführlichen Antwort auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion der Grünen zu dem Ergebnis kam, ein steuerfinanzierter Sozialausgleich sei nicht oder nur durch deutliche Steuererhöhungen finanzierbar (Bundesregierung 2010), stellte der Gesundheitsminister klar, das Volumen des geplanten ‚Sozialausgleichs‘ werde „deutlich unter 10 Milliarden Euro“ liegen (Rösler 2010b). Sein Staatssekretär ergänzte einem Interview vom 12.02.2010, dass für die geplante Umstellung „keine Steuererhöhungen nötig“ seien (Bahr 2010). Denn, so Gesundheitsminister Rösler gegenüber der Frankfurter Rundschau: „Das sind nicht unsere Zahlen, weil das nicht unser Plan ist“ (Frankfurter Rundschau, 13.02.2010: 5).

In der Tat: Bei genauer Betrachtung zeigt sich, dass die unterschiedlichen Zahlen vor allem darin begründet sind, dass sie auf unterschiedlichen Annahmen über das angestrebte Finanzierungsmodell beruhen. Wie bereits an früherer Stelle dieser Untersuchung aufgezeigt, plant die Koalition nicht eine kurzfristige und vollständige Umstellung auf ein System pauschaler Krankenkassenbeiträge, sondern hat sich darauf geeinigt, schrittweise vorzugehen und aufgrund der gegebenen Haushaltslage mit kleinen Schritten zu beginnen. Als Beleg für diese Übereinkunft seien an dieser Stelle noch einmal entsprechende Äußerungen wörtlich zitiert:

„Richtig ist, dass man kurzfristig keine Milliardenbeträge zur Verfügung hat, um den Sozialausgleich, der notwendig ist, zu finanzieren. Der Umstieg von jetzt auf gleich war aber auch nie unser Ziel“ (Rösler 2009b).

„Zum anderen geht es uns ja gerade nicht darum, den gesamten Krankenversicherungsanteil schlagartig in eine Prämie zu überführen, sondern das soll schrittweise gehen. Wir fangen mit kleinen Schritten an. Also brauchen wir zu Anfang nur geringe Ausgleichsmittel. Details dazu wird die geplante Regierungskommission vorlegen“ (Rösler 2010c).

„Die Haushaltslage ist denkbar schlecht, deshalb werden wir mit der Prämie und Sozialausgleich nur in sehr, sehr kleinen Schritten starten können“ (Spahn 2010)

„Schrittweise. Schrittgröße und Schrittfrequenz hängen von der Möglichkeit des steuerlichen Zuschusses und der Technik des Ausgleichs ab“ (Rösler 2009d).

„Wir fangen mit kleinen Schritten an. Also brauchen wir zu Anfang nur geringe Ausgleichsmittel“ (Rösler 2010c).

„Wir brauchen keine zweistelligen Milliardenbeträge für einen Sozialausgleich. Wir wollen die gesetzliche Krankenversicherung Schritt für Schritt auf eine Prämie mit Sozialausgleich umstellen, dafür sind keine Steuererhöhungen nötig“ (Bahr 2010).

„Die christlich-liberale Koalition wird ihre Gesundheitsreform ohne Steuererhöhungen vornehmen“ (Rösler, zit. n. Frankfurter Rundschau, 13.02.2010: 5).

„Bei unseren Plänen wird der Sozialausgleich deutlich unter 10 Milliarden Euro liegen“ (Rösler 2010b).

Zu Recht wurde in einer Pressekonferenz Mitte Februar 2010 allerdings die Frage aufgeworfen, wie Rösler denn am 11.02.2010 bereits wissen konnte, was der Sozialausgleich kosten wird, wo die Regierungskommission, die die Eckpunkte der Reform erarbeiten soll, doch erst am 24.02.2010 eingesetzt werden sollte, und Ergebnisse erst nach der im Mai stattfindenden NRW-Wahl zu erwarten sind (Doemens 2010). Die vielsagen- de Antwort des Pressesprechers des BMG lautete: „Die zehn Milliarden sind unsere Zielmarke. Das soll am Ende dabei herauskommen“ (Christian Lipicki, zit. n. Doemens 2010). Offensichtlich soll der ‚Sozialausgleich‘ so konstruiert werden, dass die dafür anfallenden Kosten unter der politisch gesetzten Marke bleiben.



Angesichts der Haushaltslage und der breiten gesellschaftlichen Diskussion wäre ein ‚Sozialausgleich‘, der den Bundeshaushalt erheblich belastet, offenkundig politisch auch nicht durchsetzbar. Die Umstellung auf das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ könnte deshalb unter Umständen sogar insgesamt gefährdet werden. Von daher ist es naheliegend und keineswegs überraschend, den geplanten Umstieg mit kleinen Schritten zu beginnen. Und das – so zeigen die oben zitierten Äußerungen – wurde offenbar auch in den Koalitionsverhandlungen vereinbart. Wie die nachfolgende Analyse zeigen wird, gehört ein schrittweises Vorgehen aber ohnehin bereits seit Jahren zum strategischen Plan für die Einführung des Gesundheitsprämienmodells. Es findet sich sowohl in den entsprechenden Parteitagebeschlüssen der CDU als auch der FDP.

Aber auch wenn geklärt ist, dass der Umstieg schrittweise erfolgen und der so genannte ‚Sozialausgleich‘ zunächst auf weniger als 10 Mrd. Euro begrenzt werden soll, so schafft dies keine Klarheit darüber, was mit ‚Sozialausgleich‘ gemeint ist. Es bleibt die Frage, was er denn sein soll und welchen Zwecken er dienen soll. Diese Fragen lassen sich gegenwärtig nur unter Zuhilfenahme der entsprechenden programmatischen Dokumente von CDU und FDP klären. Denn die führenden Gesundheitspolitiker von CDU, CSU und FDP liefern keinen Beitrag zu Klärung und scheinen sich darauf geeinigt zu haben, zumindest bis zur Landtagswahl in NRW am 9. Mai 2010 keine Einzelheiten offenzulegen, um eine Wiederwahl der schwarz-gelben Regierungskoalition in NRW nicht zu gefährden.

## **5.1 Zur Frage der Berechnungsgrundlage der Beitragspauschalen**

Die nachfolgende Erörterung dessen, was von der Koalition ‚Sozialausgleich‘ genannt wird, erfolgt in drei Schritten. Zunächst werden einige grundlegende Fragen angesprochen, die für den weiteren Gang der Erörterung vorab geklärt werden müssen.

Kern des Gesundheitsprämienmodells von CDU und FDP ist die Abschaffung der einkommensabhängigen Beiträge der Krankenkassenmitglieder und ihre Ersetzung durch für alle Mitglieder einheitliche einkommensunabhängige ‚Prämien‘. Wie bereits zuvor herausgearbeitet, soll die Umstellung auf einkommensunabhängige Pauschalprämien für alle Mitglieder nur als Zwischenschritt zu einer letztendlichen Umstellung auf ein reines PKV-System mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien für alle Versicherten dienen. Die zunächst für alle Mitglieder gleichen Pauschalprämien sollen langfristig überführt

werden in Versicherungsprämien, die von allen Versicherten – also auch den gegenwärtig beitragsfrei mitversicherten Ehegatten und Kindern – erhoben und nach ‚versicherungsmathematischen‘ bzw. ‚versicherungstechnischen‘ Methoden berechnet werden.

Hinter dem Begriff der ‚versicherungsmathematischen‘ bzw. ‚versicherungstechnischen‘ Methoden verbirgt sich der Grundsatz der privaten Versicherungswirtschaft, dass Versicherungsbeiträge in ihrer Höhe dem Versicherungsumfang und versicherten Risiko äquivalent zu sein haben. In der privaten Krankenversicherung bedeutet dieser Grundsatz, dass die Höhe der Versicherungsprämie sich nach Alter, Geschlecht und vor allem Gesundheitszustand richtet. Auf diese Zusammenhänge wurde in der vorliegenden Untersuchung bereits an anderer Stelle ausführlicher hingewiesen, sie sollen darum an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden, müssen aber bei den folgenden Ausführungen mitgedacht werden. Nur wenn man das Gesundheitsprämienmodell insgesamt und dessen langfristige Zielorientierung einbezieht, ist es möglich, auch die Ausführungen in den programmatischen Dokumenten von CDU und FDP sowie die Diskussionsbeiträge führender Koalitionspolitiker richtig zu deuten.

Insbesondere die nachfolgend auftauchende Frage ob unter „Sozialausgleich“ der bisher zum Kernbestand der Sozialversicherung zählende ‚soziale Ausgleich‘ von Finanzierungslasten nach finanzieller Leistungsfähigkeit zu verstehen ist oder ob es sich lediglich um staatliche Prämienzuschüsse für ‚Bedürftige‘ handeln soll, lässt sich nur durch den Rückgriff auf die Gesamtkonstruktion des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ aufklären.

Für die nachfolgende Erörterung soll diese langfristige Zielsetzung jedoch zunächst außer Betracht gelassen werden. Die Analyse soll ausgehen von dem simplen Kern-Grundsatz der Umstellung auf das ‚Gesundheitsprämienmodell‘, dass die bisherigen einkommensabhängigen Beiträge der Mitglieder in einkommensunabhängige für alle Mitglieder gleiche Beitragspauschalen umgewandelt werden sollen. Ob dieses mit einem einzigen Schritt oder – wie offensichtlich von der Regierungskoalition geplant – schrittweise geschieht, soll ebenfalls unberücksichtigt bleiben. Im Mittelpunkt der Erörterung soll vielmehr der geplante ‚Sozialausgleichs‘ nach erfolgter Umstellung stehen und die Frage was damit gemeint ist und welche Bedeutung und Auswirkungen ein solcher Mechanismus hätte.

Wenn die bisherigen einkommensbezogenen Beiträge der Mitglieder in einkommensunabhängige Beitragspauschalen umgewandelt werden sollen, ist zunächst zu klären, auf

welcher Grundlage diese Beitragspauschalen berechnet werden sollen. Die bisherige Bezugsgröße ‚beitragspflichtige Einnahmen‘ muss durch eine andere ersetzt werden. Diese Bezugsgröße könnte sowohl auf der Einnahmeseite als auch auf der Ausgabenseite gesucht werden. Auf der Einnahmeseite könnte es bspw. der Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied sein, auf der Ausgabenseite die durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied oder Versichertem.

Das ursprüngliche Gesundheitsprämienmodell der CDU aus dem Jahr 2003 sah als Bezugsgröße die durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen je Versichertem vor:

„Diese Prämie entspricht den durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Kasse pro Versichertem“ (CDU 2004: 5).

Dies schließt auch die Erhebung von Prämien für Kinder ein. Da dies aber auch innerhalb der CDU auf Kritik stieß, wurde 2004 die Beitragspflicht für Kinder aus dem Modell entfernt und eine „prämienfreie Mitversicherung der Kinder“ (CDU 2004: 11) eingefügt.

„Da Kinder die Voraussetzung für die Fortführung des Solidarsystems in unserer Gesellschaft in der Zukunft sind, soll die Mitversicherung aller Kinder – einschließlich der Privatversicherten – von der Allgemeinheit getragen werden“ (CDU 2004: 11).

Wenn die Krankenversicherung der Kinder aus Steuermitteln getragen werden soll, dann ist in der Tat nicht nachvollziehbar, warum dies nur für die Kinder von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gelten soll und nicht auch für Kinder in der PKV. Zumal das Modell ohnehin langfristig auf die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Form als Sozialversicherung und Überführung in ein reines PKV-System hinausläuft.

Drei Jahre später wurde die explizite Erwähnung einer Übernahme der Versicherungsprämien auch für Kinder der Privatversicherten jedoch wieder aus dem Modell entfernt, vermutlich in erster Linie wegen der daraus resultierenden zusätzlichen Belastungen des Bundeshaushaltes und auch schwierigen politischen Vermittelbarkeit einer ‚Subventionierung‘ der privaten Krankenversicherung von ‚Besserverdienenden‘ aus allgemeinen Steuermitteln.

„Da Kinder eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Fortführung der Solidarsysteme sind, wird ihre Versicherung künftig von der Allgemeinheit getragen“ (CDU 2007: 62).

Eine solche Formulierung schließt die Übernahme der Prämien für Kinder von PKV-Versicherten allerdings nicht wirklich aus und lässt sie als Option offen. Es wäre folglich eine eindeutige Klärung erforderlich, ob denn auch die Prämien der Kinder von PKV-

Versicherten aus Steuermitteln übernommen werden sollen. Wenn nicht, müsste der PKV-Verband im Grunde im Interesse seiner Versicherten Verfassungsklage gegen ein entsprechendes Gesetz einreichen, um klären zu lassen, ob eine solche Ungleichbehandlung mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Hätte er damit Erfolg und müssten auch die Versicherungsprämien der Kinder in der PKV aus Steuermitteln übernommen werden, würde dies die Kosten des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ erhöhen.

Im Unterschied zur CDU ist die Beschlusslage der FDP in der Frage der Beitragspflicht eindeutig und in sich konsistent. Der 2004 beschlossene Grundsatz, dass „jeder Bürger“ (FDP 2004: 3) verpflichtet werden soll, einen Versicherungsvertrag abzuschließen, wurde 2009 noch einmal bekräftigt (FDP 2009: 18). Diese Formulierung schließt Kinder ein.

Die Frage der Erhebung von Prämien für Kinder und die Einbeziehung der PKV in die Übernahme der Kosten der Kinderkrankenversicherung ist für die hier zu diskutierende Frage insofern von Bedeutung, als davon auch die Bemessungsgrundlage der Pauschalbeiträge und die Konstruktion des ‚Solidarausgleichs‘ abhängen. Logisch konsistent erscheint nur eine Lösung: Wie im PKV-System üblich sind für alle Versicherten Versicherungsbeiträge zu entrichten. Wenn die Prämien für Kinder aus Steuermitteln übernommen werden, müsste dies auch die PKV einschließen.

Es bleibt somit festzuhalten, dass – wenn Pauschalbeiträge auf Grundlage durchschnittlicher Ausgaben pro Kopf berechnet werden sollen – die systematisch richtige Grundlage die Ausgaben je Versicherten wäre. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die gesetzliche Krankenversicherung gegenwärtig die Ausgaben aller trägt, die als Versicherte im Sinne des Sozialrechts gelten, und dieser Begriff schließt im Rahmen der betragsfreien Familienversicherung nicht erwerbstätige Ehegatten und Kinder ein.

## **5.2 ‚Sozialausgleich‘ – eine irreführende Fehletikettierung**

Was ist nun unter einem ‚Sozialausgleich‘ oder ‚sozialen Ausgleich‘ im Rahmen des Gesundheitsprämienmodells zu verstehen. Die FDP ist in diesem Punkt sehr eindeutig und hat mehrfach klargestellt, dass sie damit lediglich einen staatlichen Zuschuss für diejenigen meint, die sich ansonsten keinen Versicherungsschutz leisten könnten.

„Zum zweiten muss jeder Bürger durch staatliche Transfers in dem Umfang unterstützt werden, in dem er nicht in der Lage ist, die Prämie für den Pauschaltarif und den Selbstbehalt aus eigenen Kräften aufzubringen“ (FDP 2004: 4).

„Können Menschen einen politisch für notwendig erachteten Versicherungsschutz nicht aus eigener Kraft finanzieren, müssen sie dafür Unterstützung in Form eines Zuschusses zur Versicherungsprämie bekommen“ (FDP 2007: 2).

„Diejenigen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können, erhalten finanzielle Unterstützung aus dem Steuer-Transfer-System“ (FDP 2009: 18).

Zielgerichtete Unterstützung nur für diejenigen, „die anderenfalls nicht in der Lage wären, einen adäquaten Versicherungsschutz zu erhalten“ (FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4).

Konkrete Angaben zu der für eine solche Regelung erforderlichen Einkommensgrenze bieten die betreffenden Dokumente der FDP nicht. Die Formulierungen sind aber dahingehend sehr eindeutig, dass es sich um eine niedrig anzusetzende Grenze handeln soll. Es sollen nicht alle unterdurchschnittlichen Einkommen einen Anspruch auf staatliche Prämienbezuschung erhalten, sondern nur die unteren oder untersten Einkommensgruppen. Eine entsprechende Regelung wäre vermutlich systematisch sachgerecht am ehesten im Sozialhilferecht anzusiedeln, wodurch auch deutlich würde, dass es sich lediglich um eine Unterstützung Hilfebedürftiger handeln soll, auf die nur relativ wenige Versicherte Anspruch haben.

Ein solches Modell hätte unter strategischen Gesichtspunkten den Vorteil, dass die entsprechende Einkommensgrenze mit relativ geringem gesetzgeberischem Aufwand der jeweiligen Haushaltslage und politischen Situation angepasst werden könnte. Die Gesamtbelastung des Bundeshaushaltes könnte über die Gestaltung der Einkommensgrenze kontrollierbar gehalten werden. Dass ein solches Vorgehen beabsichtigt ist, hat der Pressesprecher des BMG Mitte Februar 2010 mit der Aussage angedeutet: „Die zehn Milliarden sind unsere Zielmarke. Das soll am Ende dabei herauskommen“ (Christian Lipicki, zit. n. Doemens 2010).

Ein solches Vorgehen, den Kreis der Anspruchsberechtigten für einen Steuerzuschuss zum pauschalen Krankenversicherungsbeitrag ausgehend von haushaltspolitischen Überlegungen festzulegen, offenbart auch bereits eines der zentralen Probleme einer zunehmenden Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung: Sie macht den Haushalt der GKV zunehmend abhängig von der jeweiligen Haushaltslage des Bundes und bietet – wie die bisherige Geschichte des Bundeszuschusses zur GKV auch bereits zeigte – keine dauerhaft verlässliche Finanzierungsbasis.

Bezogen auf das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von CDU und FDP bedeutet dies, dass die Zahl der Anspruchsberechtigten und Höhe der Prämienbezuschung jederzeit der Lage des Bundeshaushaltes angepasst werden kann. Eine solche Änderung bedürfte ver-

mutlich noch nicht einmal der Zustimmung des Bundesrates. Sie könnte allein mit der einfachen Bundestagsmehrheit beschlossen werden. Eine schrittweise Absenkung der Einkommensgrenze, ab der Anspruch auf einen Zuschuss besteht, wäre folglich mit relativ geringem gesetzgeberischen Aufwand möglich.

Die Beschlusslage der CDU lässt in der Frage, was unter einem ‚sozialen Ausgleich‘ im Rahmen des Gesundheitsprämienmodells zu verstehen ist, die zu wünschende Eindeutigkeit nicht erkennen. Es finden sich zwei unterschiedliche Varianten, die bei genauerer Betrachtung aber letztlich auch auf das gleiche Modell hinauslaufen, wie es die FDP anstrebt.

Die erste, in ihrem Finanzvolumen weitergehende Variante, sieht vor, dass nach der Umstellung auf Beitragspauschalen niemand einen höheren Beitrag zu zahlen hat als vor der Umstellung:

„Um die Sozialverträglichkeit bei der Umstellung zu garantieren, ist sicherzustellen, dass in einer Übergangsphase von vier Jahren - beginnend mit der Umstellung - kein Versicherter durch die Prämie unter Einbeziehung des als Lohnbestandteil ausgezahlten Arbeitgeberbeitrages effektiv höher belastet wird, als es unmittelbar vor der Umstellung der Fall war“ (CDU 2003: 25).

Dass nach der Umstellung kein Versicherter mehr zahlen muss als vorher, sollte dadurch erreicht werden, dass eine Belastungsgrenze definiert wird, die sich an der bisherigen Beitragsbelastung der Mitglieder durch den Arbeitnehmeranteil orientiert. Für das Jahr 2004 war eine Belastungsgrenze von 7 % vorgesehen (CDU 2004: 3f.). Jeder Versicherte hätte bei einer solchen Regelung zwar den vollen Versicherungsbeitrag zu entrichten, der Anteil der Pauschale, der 7 % des Haushaltseinkommens übersteigt, würde aber aus Steuermitteln übernommen. Wie die zitierte Passage zeigt, soll dies allerdings nur für eine Übergangsphase gelten.

Nach dieser Übergangsphase sieht auch das CDU-Modell eine Beschränkung des Prämienzuschusses auf niedrige Einkommensgruppen vor.

„Versicherte mit niedrigem Gesamteinkommen erhalten einen sozialen Ausgleich. Der Anspruch von Geringverdienern auf sozialen Ausgleich ist in einem Leistungsgesetz zu regeln. Dieser Ausgleich soll automatisch zwischen Finanzamt und Krankenversicherung auf der Grundlage des jeweils gültigen Einkommensteuerbescheids ohne Vermögensanrechnung erfolgen. Maßgebend wird damit in der Regel der Einkommensteuerbescheid des vorletzten Kalenderjahres sein“ (CDU 2003: 25).

„In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die an das Arbeitseinkommen gekoppelte Finanzierung stufenweise durch solidarische Prämienelemente ergänzt. Diese werden so bald wie möglich durch ein solidarisches Prämienmodell mit Kapitalbildung ersetzt. Menschen mit geringen Einkommen erhalten einen sozialen Ausgleich“ (CDU 2007: 62).

Wie auch immer die Regelungen für staatliche Prämienzuschüsse ausfallen würden, eine Wirkung der Umstellung von beitragsabhängigen Beiträgen auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen bliebe davon unberührt:

„Alle Versicherten, die heute über die persönliche Gesundheitsprämie hinausgehende Beiträge zahlen, werden in Zukunft gegenüber dem bisherigen System entlastet“ (CDU 2004: 4).

Dafür, dass die zuvor skizzierte Konzeption keineswegs überholt, sondern Grundlage der aktuellen Planungen der Regierungskoalition ist, gibt es zahlreiche Belege in Interviews führender Gesundheitspolitiker der Koalition. Stellvertretend sei hier eine entsprechende Äußerung des Gesundheitsministers vom 1. Februar 2010 zitiert:

„Wir werden den prozentualen Anteil immer kleiner machen – das heißt die Menschen müssen dort weniger bezahlen - dafür den einkommensunabhängigen Beitrag – also die Prämie – größer. Und all diejenigen, die sich die Prämie nicht leisten können, also die unteren Einkommen, sollen einen automatischen Sozialausgleich erhalten“ (Rösler 2010a).

Es bleibt somit festzuhalten, dass die Umstellung auf eine für alle Versicherten einheitliche Beitragspauschale Mitglieder der GKV mit hohem Einkommen entlasten und Mitglieder mit unterdurchschnittlichem Einkommen stärker belasten wird. Während die Entlastung der Bezieher hoher Einkommen sofort und dauerhaft eintritt, sollen Mitglieder oder Versicherte mit unterdurchschnittlichem Einkommen zumindest mittel- und langfristig stärker belastet werden. Ein Ausgleich der steigenden Belastung für alle unterdurchschnittlichen Einkommen ist im FDP-Modell nicht und im CDU-Modell nur für eine kurze Übergangszeit vorgesehen.

Angesichts der auf Jahre hin absehbaren Staatsverschuldung dürfte die Option, Beitragssteigerungen für alle unterdurchschnittlichen Einkommen aus Steuermitteln aufzufangen wohl auch nicht mehr Gegenstand der Überlegungen sein. Zumindest legen dies die Interviewäußerungen der letzten Monate nahe.

Wichtig ist noch, darauf hinzuweisen, dass die vorstehenden Ausführungen auf die Zeit nach einer vollständigen Umstellung auf Beitragspauschalen bezogen sind. Da es offensichtlich geplant ist, den Umstieg schrittweise und mit kleinen Schritten beginnend zu vollziehen, bleibt abzuwarten, auf welche technische Konstruktion eines schrittweisen Umstiegs und Ausgestaltung einer Beitragsbezuschung sich die Koalition einigen wird. Aber unabhängig davon, wie der so genannte ‚Sozialausgleich‘ ausgestaltet wird, er kann nur dann richtig bewertet werden, wenn man ihn lediglich als Übergangslösung sieht. Entscheidend für eine Bewertung des ‚Sozialausgleichs‘ hat der mit diesen Schrit-

ten angestrebte Zielzustand zu sein. Und der sieht nach vollständiger Umstellung steuerfinanzierte Beitragszuschüsse nur noch für Bezieher niedriger oder sehr niedriger Einkommen vor.

Die Bedeutung der Umstellung auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen und Gewährung steuerfinanzierter Beitragszuschüsse beschränkt sich allerdings keineswegs auf die Frage steigender Beitragsbelastungen für die überwiegende Mehrzahl der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn dies für sich genommen bereits genug Anlass zur Kritik bietet. Wie bereits an früherer Stelle herausgearbeitet, zielt das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von CDU und FDP letztlich auf die Abschaffung der als Sozialversicherung verfassten gesetzlichen Krankenversicherung und Überführung in ein reines PKV-System. Zusatzbeiträge sind nur der notwendige erste Schritt auf diesem Weg, mit dem ein zentrales und tragendes Prinzip der sozialen Krankenversicherung – die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung – beseitigt werden soll. Ein solcher Schritt ebnet den Weg für den nächsten Schritt, die Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen, die ihre Versicherungsprämien nach ‚versicherungstechnischen‘ Methoden berechnen und risikoäquivalente Versicherungsbeiträge erheben.

Es hieße die Bedeutung der Umstellung auf Beitragspauschalen unterschätzen, würde man den Blick nur auf die steigenden Beiträge für unterdurchschnittliche Einkommen richten. In diesem Punkt geht es um mehr und eine genauere Beschäftigung damit erscheint vor allem auch deshalb notwendig, weil dieser Schritt damit begründet wird, er diene der Herstellung größerer sozialer Gerechtigkeit.

### **5.3 Steuerfinanzierter ‚Sozialausgleich‘: Eine Maßnahme zur Verbesserung der sozialen Gerechtigkeit?**

Zur Begründung dessen, was CDU und FDP einen ‚steuerfinanzierten Sozialausgleich‘ nennen, machen sich beide Parteien eine Kritik an der gesetzlichen Krankenversicherung zu eigen, die seit langem vor allem von gewerkschaftsnahen und/oder politisch eher links stehenden Kritikern der gesetzlichen Krankenversicherung geäußert wurde und wird, aber auch in der wissenschaftlichen Diskussion zeitweilig breiter erörtert



wurde (vgl. u.a. Engelen-Kefer 2004; Jacobs et al. 2003; Pfaff/Rindsfüßer/Busch 1996; Strengmann-Kuhn 2005). Die Kritik entzündet sich an der Tatsache, dass die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nur für Bezieher eines Einkommens unterhalb der gesetzlich festgelegten und jährlich fortgeschriebenen Versicherungspflichtgrenze gilt. Zudem liegt die Beitragsbemessungsgrenze noch einmal unter der Versicherungspflichtgrenze und werden in der Regel nur die Arbeitseinkommen der Beitragspflicht unterworfen. Andere Einkünfte wie bspw. solche aus Vermietung und Verpachtung, Zinserträge aus Kapitalanlagen, Erbschaften etc. werden dadurch nicht zur Finanzierung der GKV herangezogen. Selbständige, Beamte und Arbeitnehmer mit einem Arbeitseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dadurch – so der Tenor der Kritik – der solidarischen Finanzierung der Kosten von Krankheit und Pflegebedürftigkeit der weit überwiegenden Bevölkerungsmehrheit und vor allem der unteren Einkommensschichten entziehen, indem sie in eine private Krankenversicherung wechseln oder sich von vornherein dort versichern. Diese Kritik war eine der zentralen Triebfedern für die Entwicklung des Reformmodells einer ‚Bürgerversicherung‘ (BMGS 2003; GRÜNEN 2004; SPD 2004; Strengmann-Kuhn 2005).<sup>19</sup>

Wie die nachstehenden Zitate zeigen, wird der ‚Sozialausgleich‘ im Rahmen des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ unter Zuhilfenahme genau dieser Kritik begründet.

„Durch den sozialen Ausgleich über Steuern werden alle Steuerzahler nach ihrer Leistungsfähigkeit und nicht nur der Kreis der gesetzlich Versicherten zur Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe herangezogen“ (CDU 2003: 25).

„Liberale Sozialpolitik beachtet, dass der notwendige Ausgleich zwischen den Starken und den Schwachen der Gesellschaft am besten im Steuer- und Transfersystem nach den Kriterien der Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit erfolgen muss. Die Sozialversicherungen sind hierfür der falsche Ort. Sozialpolitisch begründete Ausgleichsmaßnahmen müssen aus Steuermitteln finanziert werden. Beides darf nicht vermengt werden. Können Menschen einen politisch für notwendig erachteten Versicherungsschutz nicht aus eigener Kraft finanzieren, müssen sie dafür Unterstützung in Form eines Zuschusses zur Versicherungsprämie bekommen“ (FDP 2007: 2).

„Der soziale Ausgleich zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen soll nicht mehr innerhalb der Krankenversicherung stattfinden, wo er zum Teil zu Ungereimtheiten oder sogar Ungerechtigkeiten führt und jegliches individuelles Kostenbewusstsein außer Kraft setzt. Er gehört vielmehr in das Steuer- und Transfersystem, wo jeder nach seiner Leistungsfähigkeit herangezogen wird“ (FDP 2009: 18).

„Das Entscheidende ist: Der Sozialausgleich erfolgt dann aus dem Steuersystem. Und dort werden alle - und zwar wesentlich gerechter - nach ihrer Leistungsfähigkeit herangezogen. Es hört ja eben

---

<sup>19</sup> Eine sehr umfangreiche Zusammenstellung der wichtigsten Dokumente und Beschlüsse für die Diskussion über die Alternative ‚Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämienmodell‘ bietet die Internetseite der Arbeitnehmerkammer Bremen unter: [http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/21\\_politik\\_debatten.htm](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/21_politik_debatten.htm)

nicht bei der Beitragsbemessungsgrenze von rund 3700 Euro auf. Es werden alle Vermögen und alle Einkommensarten berücksichtigt. Das ist gerechter, denn an diesem Ausgleich sind dann eben nicht nur die Beitragszahler beteiligt“ (Spahn 2009a).

„Der soziale Ausgleich ist viel besser über das Steuer- und Transfersystem zu organisieren als in einer Versicherung, die dazu da ist, den Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden herzustellen“ (Flach 2009: 284).

„Die Umverteilung ist eine sozialpolitische Aufgabe danach – und getrennt von der Gesundheitspolitik“ (Flach 2009: 284).

„Solidarität heißt in der Krankenversicherung, die Gesunden helfen den Kranken. Und den Sozialausgleich muss es künftig über das Steuersystem geben – das wird es auch“ (Rösler 2009a).

„Aber den weiteren Ausgleich, den es dort gibt, den Ausgleich zwischen Arm und Reich, halten wir in der Gesundheitsversicherung für wenig treffsicher und deswegen für sozial ungerecht. Ich möchte hier ausdrücklich festhalten: Es wird in jeder Gesellschaft einen Ausgleich zwischen Arm und Reich geben müssen, aber eben nicht im Gesundheitssystem. Dieser Ausgleich ist besser aufgehoben im Steuer- und Transfersystem; denn im Gesundheitssystem gibt es einen einheitlichen Beitragssatz von 14,9 Prozent, und die Solidarität endet bei der Beitragsbemessungsgrenze. Im Steuersystem wird jeder mit all seinen Einkünften nach seiner Leistungsfähigkeit besteuert, und jeder, übrigens auch die privat Versicherten, wird finanziell für die Gemeinschaft verpflichtet. Für CDU, CDU und FDP enden Solidarität und Gerechtigkeit eben nicht bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 3750 Euro“ (Rösler 2009e: 274).

Das Einbeziehen der eher ‚linken‘ Kritik hat offensichtlich dazu geführt, dass der ‚Sozialausgleich‘ von den Oppositionsparteien und -politikern – soweit in der öffentlichen Debatte erkennbar – nicht grundsätzlich kritisiert und in Frage gestellt wird. Die Kritik richtet sich vielmehr vor allem auf die Frage der Finanzierbarkeit, die angezweifelt wird. Es scheint von daher angebracht, den ‚Sozialausgleich‘ im Rahmen des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ einer genaueren Prüfung zu unterziehen, insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob er zu einer sozial gerechteren Verteilung von Finanzierungslasten der gesetzlichen Krankenversicherung führen kann und soll.

Das Begründungsmuster für den ‚Sozialausgleich‘ enthält drei zentrale Argumentationskerne:

- *Der soziale Ausgleich in der GKV sei unzureichend:* Das Begründungsmuster geht aus von der Kritik, dass zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung nur die der Versicherungspflicht in der GKV unterworfenen Mitglieder bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze verpflichtet sind und dadurch Bürger mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie andere Einkommen außer dem Arbeitseinkommen nicht zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden (Rösler 2009e: 274; Spahn 2009a). Dies wird

als „sozial ungerecht“ (Rösler 2009e: 274) kritisiert und die Einbeziehung auch dieser Bevölkerungsgruppen und Einkünfte in den sozialen Ausgleich als notwendig dargestellt (Spahn 2009a).

- *Der sozialer Ausgleich gehöre nicht in die gesetzliche Krankenversicherung:* Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – so die implizite, teilweise auch ausdrückliche Auffassung – sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (CDU 2003: 25) und müsse nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit erfolgen. Dies sei aber innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich. Die gesetzliche Krankenversicherung sei ohnehin der falsche Ort für einen sozialen Ausgleich (FDP 2007: 2; Flach 2009), denn eine Krankenversicherung sei nur für den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken zuständig, nicht aber für einen Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen (FDP 2009: 18; Flach 2009; Rösler 2009a). Umverteilung sei eine sozialpolitische Aufgabe und sozialpolitisch begründete Ausgleichsmaßnahmen müssten aus Steuermitteln finanziert werden (FDP 2007: 2; Flach 2009).
- *Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich sei sozial gerechter:* Ein sozialer Ausgleich sei am besten über das Steuersystem zu erreichen, da dort die Lasten nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit auf alle Steuerpflichtigen verteilt werden (FDP 2007: 2; 2009: 18). So sei zu erreichen, dass auch die Versicherten der privaten Krankenversicherung an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs beteiligt werden (Rösler 2009e: 274).

Im Folgenden sollen diese drei Argumentationskerne jeweils getrennt einer Prüfung unterzogen werden.

### **5.3.1 Zur Kritik am unzureichenden sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Kritik, der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung sei „sozial ungerecht“ (Rösler 2009e: 274), weil die Finanzierungslasten nicht auf die Gesamtheit der Steuerzahler, sondern nur auf die GKV-Mitglieder verteilt und dadurch die wirtschaftlich besonders leistungsfähigen unter den Steuerzahlern verschont würden, impliziert bei

genauer Betrachtung die Forderung nach einer Überführung des deutschen Gesundheitssystems in ein rein steuerfinanziertes System. Denn: Wenn die als wünschenswert dargestellte sozial gerechte Verteilung von Finanzierungslasten der Krankenversicherung nur oder am Besten über das Steuersystem zu erreichen ist, stellt sich die Frage, warum dann nur ein kleiner Teil der sozialen Lasten einer gesetzlichen Krankenversicherung in die Steuerfinanzierung überführt werden soll? Der Verweis auf die aktuellen Haushaltsprobleme wäre keine befriedigende Antwort. Denn: Wenn die Begründung wirklich ernst gemeint wäre, müssten sich in den programmatischen Dokumenten eindeutige Aussagen darüber finden lassen, dass langfristig die Umstellung auf eine vollständige Steuerfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems angestrebt wird. Bekanntlich lässt sich eine solche Forderung in keinem Parteitagbeschluss oder Programm von CDU oder FDP finden. Ganz im Gegenteil, ein staatliches, rein steuerfinanziertes Gesundheitssystem wird entschieden abgelehnt.

Ist man der Auffassung, es sei ‚sozial ungerecht‘, wenn die Einbeziehung in den sozialen Ausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze endet, ergibt sich daraus aber nicht zwingend die Forderung nach einer Steuerfinanzierung. Das Problem ließe sich ohne radikalen Systemwechsel und innerhalb des gegenwärtigen Sozialversicherungssystems durch eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze sowie eine Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten lösen. Dieser Weg wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach beschritten und hielt auch mehrfach einer Überprüfung seiner Verfassungsmäßigkeit durch das Bundesverfassungsgericht stand (BVerfGE 11, 105; 14, 312; 23, 12; 75, 108; 79, 223; 114, 196). Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen diesbezüglichen Entscheidungen mehrfach betont, dass dem Gesetzgeber in diesen Fragen ein weiter Gestaltungsspielraum zukomme. Stellvertretend für andere Entscheidungen sei hier aus dem PKV-Urteil des Jahres 2009 zitiert:

„Der Gesetzgeber kann den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (vgl. BVerfGE 44, 70 <90>; 103, 271 <288>; BVerfGK 2, 283 <288>). Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum“ (BVerfG 2009: Rn 229).

Dieser Weg wird bekanntlich von der Union wie auch der FDP entschieden abgelehnt. Wenn aber stattdessen behauptet wird, die Steuerfinanzierung sei die sozial gerechtere Finanzierung, wirft dies aber – wie zuvor dargelegt – die Frage auf, warum dann nicht insgesamt auf eine Steuerfinanzierung umgestellt wird. Wenn auch dies abgelehnt wird,

wirft dies Fragen nach der logischen Konsistenz eines solchen Argumentationsmusters auf. Oder umgangssprachlich formuliert: Irgendwie passt das nicht zusammen. Die Auflösung dieser ‚Ungereimtheit‘ in der CDU/FDP-Argumentation liegt in der speziellen Verwendung des Begriffs ‚Sozialausgleich‘. Der soll im Folgenden näher nachgegangen werden.

Deutet man den Begriff ‚Sozialausgleich‘ in dem Sinne, wie der Begriff ‚sozialer Ausgleich‘ in Sozialrecht und Rechtsprechung bis hin zum Bundesverfassungsgericht gebraucht wird, so meint er in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung die gemeinsame Deckung eines definierten Bedarfs durch Umverteilung der Kosten auf einen vom Gesetzgeber festgelegten Kreis von „Beteiligten“ (BVerfGE 11, 105 [112]). Das Bundesverfassungsgericht spricht aus gutem Grund in dem zitierten Urteil von „Beteiligten“, denn die Finanzierungslasten werden nicht nur von den Mitgliedern und Arbeitgebern, sondern auch von anderen getragen, seit dem Künstlersozialversicherungsgesetz bspw. auch von Verlagen, Tonträgerherstellern, Werbeagenturen etc.<sup>20</sup> Die Beteiligten werden durch gesetzlichen Zwang an der Tragung der Finanzierungslasten beteiligt, indem sie verpflichtet werden, Beiträge an die entsprechende Sozialversicherung zu entrichten, deren Höhe sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen des versicherten Mitglieds richtet. Durch die Bemessung des Beitrags als prozentualer Anteil des Einkommens der Mitglieder soll die Beteiligung an den Finanzierungslasten nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit sichergestellt und dem für die gesetzliche Krankenversicherung tragenden Solidarprinzip entsprochen werden (BVerfGE 79, 223 [236f.]).

Es dürfte deutlich geworden sein, dass ‚sozialer Ausgleich‘ in diesem Sinne etwas grundlegend anderes ist als eine Bezuschussung von Krankenversicherungsbeiträgen für Bedürftige. Begreift man den Begriff ‚Sozialausgleich‘ im Sinne des Sozialrechts und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, so meint er einen umfassenden Ausgleich sozialer Lasten durch Umverteilung auf eine durch den Gesetzgeber festgelegte „Vielheit“ (BVerfGE 11, 105 [112]) von Beitragszahlern. Meint man einen so verstandenen ‚Sozialausgleich‘ durch die Überführung in die Steuerfinanzierung sozial gerechter gestalten zu können, würde dies in der Tat die Überführung in eine vollständige Steuerfinanzierung erfordern.

---

<sup>20</sup> zur Verfassungsmäßigkeit der entsprechenden Regelungen vgl. BVerfGE 75, 108.

Wie bereits herausgearbeitet, wird der Begriff von Vertretern der CDU und FDP allerdings in einem anderen Sinne gebraucht, und zwar als Bezeichnung für einen steuerfinanzierten Beitragszuschuss für Geringverdiener. Ein solcher staatlicher Beitragszuschuss verdient aber nicht die Bezeichnung ‚Sozialausgleich‘. Wenn der Begriff dennoch dafür verwendet wird, so handelt es sich um eine irreführende Fehletikettierung. Über die Motive kann nur spekuliert werden. Aber es drängt sich doch der Eindruck auf, als würde damit versucht den Eindruck zu erwecken, es ginge es um das, was sozial- und verfassungsrechtlich als ‚sozialer Ausgleich‘ bezeichnet wird. Aber auch wenn diese Fehletikettierung aus Unkenntnis der sozialrechtlichen Bedeutung geschehen sollte, wäre dies zu kritisieren. Von Parteien und Politikern, die die Gesundheitspolitik auf Bundesebene gestalten wollen, muss erwartet werden können, dass sie um die Bedeutung zentraler Begriffe des Sozialrechts wissen.

### **5.3.2 Sozialversicherung – der falsche Ort für den sozialen Ausgleich?**

Auch die Behauptung, die Sozialversicherung ‚gesetzliche Krankenversicherung‘ sei ungeeignet und der falsche Ort für einen einkommensbezogenen Sozialausgleich, da die Krankenversicherung nur dem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken diene, widerspricht sowohl der einschlägigen Sozialrechtsliteratur (vgl. u.a. Igl/Welti 2007: 6; Schenkel 2008: 25ff.; Schnapp/Kaltenborn 2001: 12ff.), als auch höchstrichterlicher Rechtsprechung. In seiner Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach klargestellt, dass der soziale Ausgleich zu den zentralen Wesensmerkmalen der Sozialversicherung und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.<sup>21</sup> Stellvertretend für zahlreiche andere Entscheidungen sei hier nur aus einer zitiert, in der die Essenz sehr klar und eindeutig zusammengefasst wird: „Gerade dieser soziale Ausgleich prägt den Charakter der ‚Sozialversicherung‘“ (BVerfGE 17, 1 [9]). Die Behauptung, der soziale Ausgleich gehöre nicht in die gesetzliche Krankenversicherung, steht somit in diametralem Gegensatz zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgericht, die hier stellvertretend für auch für die Sozialgerichtsbarkeit stehen soll.

Und das Bundesverfassungsgericht widerspricht auch mehrfach und ausdrücklich der Auffassung, in der gesetzlichen Krankenversicherung habe nur ein Ausgleich zwischen

---

<sup>21</sup> vgl. insbesondere BVerfGE 11, 105 [112]; 14, 312 [317]; 23, 12 [22]; 70, 101 [111]; 75, 108 [146]; 79, 223 [236f.]; 113, 154 [196, 220]; 114, 196 [220].

Gesunden und Kranken zu erfolgen. Es stellt eindeutig fest, in der gesetzlichen Krankenversicherung „findet ein umfassender sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen statt“ (BVerfGE 113, 154 [220]). Und in seinem PKV-Urteil aus dem Jahr 2009 hebt es sogar die von CDU und FDP als ‚versicherungsfremd‘ qualifizierten Ausgleich durch den Zusatz „vor allem“ als für die Sozialversicherung besonders charakteristisch hervor:

„Die gesetzliche Krankenversicherung dient dem sozialen Schutz und der Absicherung von Arbeitnehmern vor den finanziellen Risiken von Erkrankungen. Sie basiert auf einem umfassenden sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen (vgl. BVerfGE 79, 223 <236 f.>) sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen“ (BVerfG 2009: Rn 229).

### **5.3.3 Der soziale Ausgleich in der GKV – nur zwischen Gesunden und Kranken?**

Auch wenn die Auffassung, in der gesetzlichen Krankenversicherung finde ein ‚sozialer Ausgleich‘ oder ‚Solidarausgleich‘ zwischen mehreren Typen von Versicherten statt, nicht nur in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und anderer Gerichte, sondern auch vielfach in der Fachliteratur zu finden ist, so ist sie dennoch in Zweifel zu ziehen.

Bei genauerer Betrachtung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich derartige Unterscheidungen in verschiedene soziale Ausgleiche nicht aufrecht erhalten. Da dies nicht nur für die Bewertung der Begründung eines ‚Gesundheitsprämienmodells‘ von Bedeutung ist, sondern auch für die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion insgesamt, soll es im Folgenden näher erläutert werden. Dabei wird sozialer Ausgleich – so wie der Begriff in der Diskussion üblicherweise verwendet wird – als eine gegenseitige solidarische Unterstützung in der Form begriffen, dass jeweils eine Gruppe die Finanzierungslasten für die Versorgung der jeweils anderen genannten Gruppe trägt bzw. sich daran beteiligt. Die Verwendung des Begriffs ‚sozialer Ausgleich‘ oder ‚Solidarausgleich‘ in diesem Sinn impliziert die Annahme, dass es sich bei der unterstützenden Gruppe um ‚Nettozahler‘ handelt, die mehr an Beitrag einzahlen, als sie an Kosten verursachen. Die unterstützte Gruppe hingegen wird als ‚Nettoempfänger‘ angesehen, die mehr Kosten verursacht, als sie an Beiträgen einzahlt.

Sicherlich hat die Vorstellung eine gewisse Plausibilität, man könne die Gesamtheit der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Gruppen unterteilen, zwischen denen einzelne gruppenbezogene soziale Ausgleiche in Form von Geldströmen fließen. Ohne Zweifel lassen sich auch zahlreiche Einzelfälle finden, in denen der Eindruck nahe liegt, dass Gesunde durch ihre Beiträge die Kosten der Versorgung Kranker mit tragen oder Junge für Alte oder Alleinstehende für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige oder Bezieher hoher Einkommen für Bezieher niedriger Einkommen.

Eine solche Sichtweise auf die gesetzliche Krankenversicherung entspricht aber nicht der Konstruktionslogik der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung. In ihr gibt es nur einen einzigen Sozialausgleich: Der nach gesetzlichen Kriterien festgestellte Bedarf der Gesamtheit aller Versicherten ist durch die zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichteten Personen und Organisationen zu decken, und die Aufbringung der zur Deckung des Bedarfs erforderlichen Mittel hat sich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der an der Finanzierung „Beteiligten“ zu richten. Das ist der Kern dessen, was in der Fachdiskussion unter Begriffen wie ‚sozialer Ausgleich‘, ‚Solidarausgleich‘ oder ‚Solidarprinzip‘ diskutiert wird.

Und dieses Prinzip ist unteilbar. Eine Differenzierung in Gruppen widerspricht dem Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung, denn es ist „für die Sozialversicherung gerade eine Umverteilung und die Geltendmachung einer sozialen Verantwortlichkeit jenseits vorgegebener Gruppenhomogenität typisch“ (BVerfGE 75, 108 [158]). Umgangssprachlich lässt sich das für die gesetzliche Krankenversicherung zentrale und tragende Solidaritätsprinzip mit dem Satz kennzeichnen „Einer für alle, alle für einen“ (Igl/Welti 2007: 9).

Die Vorstellung gruppenspezifischer Sozialausgleiche stößt bei genauerer Betrachtung aber auch auf rein technische Probleme der Umsetzung. Ihr liegt letztlich die Annahme zugrunde, die Geldströme in der gesetzlichen Krankenversicherung würden zwischen den genannten Gruppen fließen und seien auch als einzelne Transfers kostenrechnerisch eindeutig abgrenzbar.

Das erste ‚technische‘ Problem einer solchen Sichtweise ist die Tatsache, dass Versicherte Träger nicht nur eines der verwendeten Merkmale sind, sondern in der Regel Träger mehrerer Merkmale zugleich. Eine eindeutige und zweifelsfreie Gruppenbildung und indi-



viduelle Zuordnung ist darum keineswegs so einfach, wie dies auf den ersten Blick erscheinen mag. Dies sollen die nachfolgenden Beispiele veranschaulichen:

- *Sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken:* Bereits die Alltagserfahrung zeigt, dass es einen solchen gruppenbezogenen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht geben kann. So werden bspw. die gesunden beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen eines Mitglieds, da sie keinen eigenen Beitrag zahlen, auch in keiner Weise an der Deckung der durch kranke Versicherte verursachten Kosten beteiligt. Und so trägt ein gesunder Versicherter mit sehr geringem Einkommen weniger Finanzierungslasten, als ein an einer Erkältung oder Grippe leicht erkranktes Mitglied mit sehr hohem Einkommen, der trotz seiner leichten Erkrankung und der dadurch verursachten Kosten dennoch weiterhin ‚Nettozahler‘ bleibt. Führt eine Erkrankung zur Arbeitsunfähigkeit, werden die Kosten der Lohnfortzahlung sogar überhaupt nicht von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler getragen, sondern müssen von Gesetz wegen durch die Arbeitgeber getragen werden. Erst nach diesen sechs Wochen trägt die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung das dann zu zahlende Krankengeld. Und nicht zuletzt: Die Kosten der Krankenversorgung werden bekanntlich nicht nur von den Mitgliedern getragen, sondern auch von den Arbeitgebern, die selbst als Person zumeist in einer privaten Krankenversicherung versichert sind. Ganz zu schweigen davon, dass der Staat einen Teil der Kosten aus Steuermitteln trägt, also durch Steuern, die von Gesunden *und* Kranken gezahlt werden. Diese Auflistung ließe sich noch weiter führen, aber die Unsinnigkeit der Annahme eines abgegrenzten sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Gesunden und Kranken dürfte hinreichend deutlich geworden sein.
- *Sozialer Ausgleich zwischen Jungen und Alten:* Auch die Annahme, die Jungen würden die Alten in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb eines abgrenzbaren sozialen Ausgleichs unterstützen, hält einer Überprüfung nicht stand. Dies sollen die folgenden exemplarischen Beispiele verdeutlichen. So handelt es sich bei gesunden Alten um ‚Nettozahler‘, deren Beitrags-Kosten-Verhältnis um so positiver ausfällt, je höher ihre beitragspflichtigen Alterseinkünfte sind. Und aus diesen Beiträgen werden auch die Kosten der Krankenbehandlung schwer kranker Kinder, Jugendlicher oder junger Erwachsener bezahlt. Dieses Beispiel ist insofern von besonderer Bedeu-

tung, als der Anteil der Rentner, die sowohl gesund sind als auch ein hohes Alterseinkommen beziehen, in den letzten Jahren gestiegen ist.

- *Sozialer Ausgleich zwischen Alleinstehenden und Familien:* Zwar gibt es eine große Zahl alleinstehender Krankenkassenmitglieder, die als Nettozahler auch die Kosten betragsfrei versicherter Familienangehöriger tragen, aber es gibt auch die andere Richtung der gegenseitigen Unterstützung. So müssen die Kosten eines kranken alleinstehendes Mitglieds eben auch von Mitgliedern getragen werden, die selbst und deren Familienangehörige gesund sind.
- *Sozialer Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen:* Und nicht zuletzt widerspricht auch die Annahme eines abgrenzbaren sozialen Ausgleichs zwischen hohen und niedrigen Einkommen der Konstruktionslogik und Wirklichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. So kann ein Mitglied mit hohem Einkommen selbst so schwer erkranken oder ein schwer krankes Kind haben, dass der von dem Mitglied gezahlte Beitrag nicht zur Deckung der für die Versorgung anfallenden Kosten reicht. Dann werden – folgt man dem hier kritisierten Denkmuster – die Kosten auch von Mitgliedern mit geringem Einkommen getragen, wenn diese gesund sind und keine oder nur sehr geringe Kosten verursachen.

Ein weiteres Problem bei dem Versuch einer Gruppenzuordnung ist der Umstand, dass die spezifische individuelle Kombination der Merkmale eines Versicherten einem ständigen Wandel unterliegt. Gesunde können krank werden oder einen schweren Unfall erleiden, Kranke können vollständig geheilt und gesund werden, Ledige heiraten und bekommen Kinder, Studenten nehmen nach ihrem Studium eine hoch bezahlte Berufstätigkeit auf, Arbeitnehmer werden durch die Erreichung der Altersgrenze zu Rentnern etc. Durch kurzfristige oder sogar plötzliche Ereignisse kann sich die Zugehörigkeit eines Versicherten zu einer der genannten Gruppen sogar innerhalb von Sekunden, Minuten oder Stunden grundlegend und einschneidend verändern, beispielsweise durch einen schweren Unfall oder schwere akute Erkrankung des Mitglieds oder eines beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

Eine solche Gruppenabgrenzung, wenn man sie denn kostenrechnerisch genau vornehmen wollte, müsste im Grunde jede Minute oder Stunde, täglich oder monatlich neu vorgenommen werden. Je größer der für die Neubestimmung der Gruppenzugehörigkeit

verwendete Zeitraum gewählt würde, desto ungenauer würde die Treffsicherheit, desto ‚unreiner‘ und zweifelhafter würden die Gruppenabgrenzungen. Ab wann ist beispielsweise bei einer monatlichen Neubestimmung ein vormals gesunder Versicherter bei einer Neuerkrankung der Gruppe der kranken Versicherten zuzuordnen? Soll die entsprechende Grenze zeitlich gezogen werden oder sich an den Kosten orientieren? Wo soll sie dann jeweils liegen? Wo ist überhaupt die Grenze anzusetzen, ab der jemand als krank im Sinne der Gruppenabgrenzung zu gelten hat?

Die Vorstellung gruppenspezifischer Zuordnung und Abgrenzung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erweist sich bei genauerer Betrachtung als nicht zweifelsfrei durchführbar. Vor allem aber ist sie der als Sozialversicherung organisierten gesetzlichen Krankenversicherung wesensfremd und widerspricht ihrem zentralen Leitgedanken gruppenübergreifender Solidarität. Ihre oberflächliche Plausibilität verdankt sie sicherlich auch den im Krankenversicherungsrecht vorhandenen Unterscheidungen in unterschiedliche Arten von Mitgliedern und Versicherten. Diese dienen aber in erster Linie und fast ausschließlich der beitragsrechtlichen Frage, wer entsprechend seiner Leistungsfähigkeit in welchem Umfang zur Deckung des Gesamtfinanzierungsbedarfs herangezogen werden soll und darf oder – in Anlehnung an Formulierungen des Bundesverfassungsgerichts – an der Finanzierung des Gesamtbedarfs zu ‚beteiligen‘ ist.

Wenn die Vorstellung gruppenspezifischer sozialer Ausgleiche aber der Sozialversicherung fremd ist, stellt sich die Frage, woher diese Vorstellung stammt und woraus sie sich speist. Die Suche nach einer Antwort führt zur privaten Krankenversicherung und dem sie prägenden Äquivalenzprinzip. Für die PKV ist die Kalkulation der Versicherungsbeiträge nach individuellen oder Gruppenmerkmalen prägend und zentral. Sie hat ihre Versicherungsbeiträge so zu berechnen, dass die zu zahlende Prämie den zu erwartenden Kosten des einzelnen Versicherten oder der Versichertenkohorte entsprechen, der der einzelne Versicherte zugeordnet ist. Ein gruppenübergreifender sozialer Ausgleich, bspw. durch einen für alle Versicherten einheitlichen Pauschalbeitrag oder einkommensbezogenen Beitragssatz ist ihr sogar vom Gesetzgeber verboten. Bei der Kalkulation der Prämien sind „versicherungstechnische Methoden“ anzuwenden wie sie der privaten Versicherungswirtschaft durch § 1 der Kalkulationsverordnung (KalV) des Bundes vorgegeben werden.

#### **5.3.4 Sozialpolitisch begründete Umverteilung – keine Aufgabe der Sozialversicherung?**

Als Begründung für das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ und die Einführung eines ‚Sozialausgleichs‘ im Sinne dieses Modells wird auch angeführt, Umverteilung sei eine sozialpolitische Aufgabe, und sozialpolitisch begründete Ausgleichsmaßnahmen müssten aus Steuermitteln finanziert werden (FDP 2007: 2; Flach 2009). Eine solche Darstellung offenbart entweder mangelnde sozialpolitische und sozialrechtliche Kenntnisse oder ein hohes Maß an Selbstüberschätzung in der Fähigkeit, dieses besser beurteilen zu können als die einschlägige Sozialrechtsliteratur und höchstrichterliche Rechtsprechung.

Ihre Erklärung könnten diese argumentativen Merkwürdigkeiten darin finden, dass die FDP die als Sozialversicherung verfasste gesetzliche Krankenversicherung abschaffen und durch ein reines PKV-System ersetzen will, da „die ordnende Funktion des Marktes garantiert, dass die begrenzten Mittel auf die beste Weise eingesetzt werden“ (FDP 2007: 2). In einer solchen Weltsicht erscheint die Sozialversicherung offenbar als defizitäre Abweichung von einer marktregulierten Ressourcenallokation, die möglichst frei von staatlicher Regulierung sein sollte. Und in der Tat, das was die Sozialversicherung in Deutschland als sozialen Ausgleich leistet, wäre eine private Krankenversicherung nicht in der Lage und willens zu leisten. Schafft man – was die FDP zu ihrem Ziel erklärt hat – die Sozialversicherung in diesem Bereich ab, dann muss der Staat mit Steuermitteln dort einspringen wo der Markt versagt und sich ein zunehmender Teil der Bevölkerung keinen Krankenversicherungsschutz mehr leisten kann. Unter diesen Vorzeichen ergibt die Aussage, sozialpolitisch motivierte Umverteilung gehöre nicht in die Krankenversicherung, durchaus einen Sinn, allerdings kann mit ‚Krankenversicherung‘ dann nur die private Krankenversicherung gemeint sein. Eine andere soll es nach den Vorstellungen der FDP zukünftig aber auch nicht mehr geben. So betrachtet, kann die angesprochene Argumentationslinie durchaus als in sich geschlossen angesehen werden.

#### **5.3.5 Steuerfinanzierter Sozialausgleich – das sozial gerechtere Modell?**

Bleibt als dritter Argumentationskern noch die Auffassung, der im ‚Gesundheitsprämienmodell‘ vorgesehene steuerfinanzierte ‚Sozialausgleich‘ führe zu einer sozial gerechteren Verteilung von Finanzierungslasten der gesetzlichen Krankenversicherung als dies

im Beitragssystem möglich sei, da er alle Steuerzahler einbezieht und nicht nur die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Dass eine Ausweitung des Kreises der Pflichtversicherten über die Anhebung oder gar vollständige Aufhebung der Versicherungsgrenze zu erreichen ist, dies aber sowohl von der CDU als auch der FDP abgelehnt wird, wurde bereits an früherer Stelle angesprochen.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Betrachtungen sollen die Verteilungswirkungen einer Umwandlung der bisherigen Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Steuerfinanzierung durch den Bundeshaushalt stehen. Die Betrachtung geht von einer reinen Beitragsfinanzierung des GKV-Haushaltes aus, und lässt zum Zweck der Vereinfachung alle gegenwärtigen Abweichungen unberücksichtigt, also insbesondere den bereits fließenden und zukünftig steigenden Bundeszuschuss, der aber auch nach Erreichen der festgelegten Zielgröße immer noch deutlich weniger als 10 % des GKV-Haushaltes ausmachen wird. Zudem wird bei der Prüfung der Verteilungswirkungen aus Gründen der Vereinfachung davon ausgegangen, dass weiterhin nur die Mitglieder beitragspflichtig sind, nicht aber – wie es das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ eigentlich vorsieht – alle Versicherten.

Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, sieht das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ keine vollständige Umstellung auf eine Steuerfinanzierung vor, und ‚Sozialausgleich‘ in der Lesart des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ meint die Finanzierung einer Prämienbezuschussung für Bezieher niedriger Einkommen. Um die Richtigkeit der Behauptung, dass ein solches Modell zu mehr sozialer Gerechtigkeit in der Verteilung der Finanzierungslasten der gesetzlichen Krankenversicherung führe, zu prüfen, soll die Verteilungswirkung einer solchen Änderung untersucht werden. Dies soll nicht auf dem Weg einer komplexen ökonomischen Modellrechnung erfolgen, sondern primär nur auf dem Weg logischer Schlussfolgerungen und unter Zuhilfenahme eines allgemein verfügbaren Alltagswissens.

Zunächst einmal ist daran zu erinnern und festzuhalten, dass das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ die Umstellung von einkommensbezogenen Beiträgen auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen vorsieht, deren Höhe sich an den durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse pro Mitglied oder Versichertem orientieren soll. Die so berechnete Beitragspauschale wird die Bezieher hoher Einkommen entlasten, da die Pauschale niedriger als ihr vorheriger Beitrag sein wird. Für Bezieher durchschnittli-

cher, unterdurchschnittlicher und niedriger Einkommen wird die Beitragspauschale höher sein als ihr vorheriger Beitrag.

Um Bezieher sehr niedriger Einkommen vor einer Überlastung zu schützen und zu verhindern, dass sie sich einen Krankenversicherungsschutz nicht mehr leisten können, sollen sie vom Staat einen steuerfinanzierten Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten. Man kann somit drei Gruppen von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden, die von der Umstellung in unterschiedlichem Maße betroffen wären:

- Bezieher hoher Einkommen deren Beitrag vor der Umstellung über der Beitragspauschale liegt,
- Bezieher niedriger Einkommen, deren Einkommen unterhalb einer noch festzulegenden Grenze liegt, ab der Anspruch auf einen staatlichen Beitragszuschuss besteht, und
- Bezieher mittlerer und niedriger Einkommen, deren bisheriger Beitrag unter der zukünftigen Pauschale liegt, die aber keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuss haben, da ihr Einkommen über der Anspruchsgrenze liegt.

Die Umstellung von einkommensbezogenen Beiträgen auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen führt somit zunächst einmal zu einer Entlastung von Mitgliedern mit hohem Einkommen und einer Mehrbelastung für die beiden anderen Gruppen. Während die Mitglieder mit einem Einkommen unterhalb der Anspruchsgrenze einen Zuschuss erhalten, muss die zweite Gruppe, also Mitglieder mit einem durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Einkommen mehr zahlen als im System einkommensabhängiger Beiträge.

Diese Mehrbelastung der mittleren Gruppe, mit hoher Wahrscheinlichkeit die mit Abstand größte Mitgliedergruppe in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist kein Versehen, sondern sie wird von CDU und FDP für sinnvoll und notwendig gehalten. Hier greift eines der zentralen Begründungsmuster des ‚Gesundheitsprämienmodells‘, der Verweis auf die „Gesundheitsbranche“ bzw. „Gesundheitswirtschaft“, die aus Sicht der Koalition eine Zukunftsbranche ist, deren Wachstum gefördert werden soll (CDU/CSU/FDP 2009: 86). Die Ära der Budgetierungen und Ausgabenbegrenzungen soll ein Ende finden und die Wachstumskräfte des Gesundheitsmarktes sollen ohne derartige Fesseln zur Entfaltung kommen können. Allerdings – und hier ist die Verbindung zu den angesprochenen Verteilungswirkungen des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ – soll dieses Wachstum nicht

die Lohnkosten belasten. Deshalb gehört zum Modell unbedingt auch die Begrenzung des Arbeitgeberanteils am Krankenversicherungsbeitrag. Die gewünschten Ausgabensteigerungen sollen ausschließlich von den Versicherten getragen werden. In den entsprechenden Parteitagsbeschlüssen der CDU und FDP finden sich dazu die folgenden Passagen:

„Die Reform darf die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens nicht behindern. Sie muss damit auch einen Beitrag zur Entstehung von mehr Arbeitsplätzen in diesem Bereich leisten“ (CDU 2003: 12).

„Wir wollen eine Gesundheitsfinanzierung, die durch Wettbewerb, Transparenz und Abkoppelung von den Lohnkosten die großen Chancen des Gesundheitssektors als Wachstumsbranche nutzbar macht, anstatt sie zu bremsen und zu verhindern“ (CDU 2004: 3).

„Der Umstieg von einem umlagefinanzierten System, das von der Hand in den Mund lebt, hin zu einem kapitalgedeckten System, das Vorsorge für den höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen im Alter trifft und die notwendigen Spielräume für die Nutzung des medizinischen Fortschritts eröffnet, ist mit gravierenden Umstellungsmaßnahmen verbunden und nicht ohne zusätzliche Belastungen der heute lebenden Bürgerinnen und Bürger möglich“ (FDP 2004: 5).

In einem Interview vom 12.10.2009 fasste der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion dieses Argumentationsmuster noch einmal wie folgt zusammen:

„Es war immer das Ziel, die Gesundheitskosten stärker von den Arbeitskosten zu lösen. Begonnen wurde damit bereits mit der SPD - in Form des bestehenden Sonderbeitrags für die Versicherten in Höhe von 0,9 Prozent. Ich denke, dass es richtig ist, Zusatzbeiträge in die Verantwortung der Versicherten zu geben. Um die Lohnkosten wirklich zu entlasten, müsste man sie aber pauschal erheben. Und die Menschen wissen auch, dass es teurer werden wird. Glauben Sie mir: Viele sind auch bereit, mehr zu zahlen, wenn die Versorgung so gut bleibt wie sie ist“ (Spahn 2009c).

Auch aus dieser Perspektive betrachtet zeigt sich, dass das ‚Gesundheitsprämienmodell‘ von seiner Intention und inneren Logik her keinen ‚Sozialausgleich‘ vorsehen kann und soll, der alle Beitragserhöhungen für alle Mitglieder vollständig und dauerhaft aus Steuermitteln trägt. Wenn die Ausgaben für den Gesundheitsbereich steigen und die Arbeitgeber davon nicht betroffen sein sollen, dann sollen nur die Versicherten für die steigenden Ausgaben aufkommen. Würde ein vollständiger Ausgleich von Mehrbelastungen durch Steuermitteln zum untrennbaren Bestandteil des Modells gehören, ergäbe es überhaupt keinen Sinn, klarzustellen, dass es für „die Menschen“ teurer werden wird, denn dann würden die Ausgabensteigerungen auf Dauer vom Bundeshaushalt ausgeglichen und aufgefangen.

CDU und FDP streben erklärtermaßen an, die individuelle Belastung der Versicherten anzuheben. Das lässt sich auch daran ablesen, dass sich beide Parteien in ihren pro-

grammatischen Beschlüssen mehrfach und eindeutig für eine Ausweitung von Zuzahlungen (Selbstbeteiligungen), Selbsthalten etc. ausgesprochen haben (CDU 2003: 27; 2007: 61; FDP 2009: 19; FDP-Bundestagsfraktion 2009: 4). Dadurch werden zwar nicht alle Versicherten gleich betroffen, sondern nur diejenigen, die Leistungen in Anspruch nehmen, aber es bleiben doch Versicherte, die allein – ohne Beteiligung der Arbeitgeber – die Kosten zu tragen haben. Werden – was beide Parteien anstreben – die Zuzahlungen ausgeweitet, führt dies zu dem gleichen Effekt einer Mehrbelastung allein der Versicherten, wie sie auch die Zusatzbeiträge bewirken.

Die Frage ist nun, ob diese Verschärfung einer sozial ungleichen Verteilung von Finanzierungslasten durch eine teilweise oder vollständige Verlagerung der Finanzierung auf das Steuersystem nicht nur kompensiert, sondern in ein gegenüber dem jetzigen Sozialversicherungssystem sozial gerechteres Modell umgewandelt werden kann und soll. Wenn dies das Ziel einer Verlagerung von Finanzierungslasten in die Steuerfinanzierung sein sollte, so müssten die durch die Umstellung auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen entlasteten GKV-Mitglieder sowie alle Bezieher hoher Einkommen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine sehr gezielte, nur sie treffende Steuererhöhung stärker belastet werden. Und die dadurch erzielten Mehreinnahmen dürften dann auch ausschließlich nur für die Zwecke eines ‚Sozialausgleichs‘ im Rahmen des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ verwendet werden. Eine solche Anforderung wirft nicht nur erhebliche Probleme der technischen Umsetzung, sondern auch Fragen der Vereinbarkeit mit der Verfassung auf.

Solange es die gegenwärtige gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung noch gibt, wäre ein ‚Sozialausgleich‘ – wie immer er auch ausgestaltet sein sollte – Teil der Lasten der Sozialversicherung. Die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung hat gemäß Art. 120 Abs. 1 Grundgesetz (GG) der Bund zu tragen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Refinanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘ allein der Bund aus seinem Anteil am Steueraufkommen zu tragen hat. Eine Übertragung der Finanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘ für Geringverdiener auf die Sozialhilfe, wo sie der Sozialrechtssystematik nach als Hilfeleistung für Bedürftige richtig angesiedelt wäre, bedürfte nicht nur der Zustimmung der Länder und einer entsprechenden Änderung des Finanzausgleichs, sondern würde vermutlich auch die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit einer solchen Lastenverlagerung aufwerfen.



Will der Bund den Prämienzuschuss aus eigenen Mitteln und als eigenständige Sozialleistung gewähren, so könnte er ein eigenes Leistungsgesetz beschließen und die daraus entstehenden Kosten aus seinem Anteil am Steueraufkommen tragen. Die hier angesprochene Problematik wurde offenbar bereits bei der Entwicklung des ‚Gesundheitsprämienmodells‘ mitbedacht, denn der Grundsatzbeschluss der CDU zum Gesundheitsprämienmodell aus dem Jahr 2004 sieht ein entsprechendes Leistungsgesetz als Lösungsansatz vor (CDU 2004: 6).

Die Schaffung einer neuen Sozialleistung ‚Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag für Geringverdiener‘ würde aber auch steuerrechtliche Fragen aufwerfen. Da Steuern zur Deckung des allgemeinen Finanzierungsbedarfs öffentlicher Haushalte dienen und keiner Zweckbindung unterliegen oder unterworfen werden dürfen, könnte die selektive Erhebung einer neuen zweckgerichteten Steuer oder selektive Anhebung bestimmter Steuern für einzelne Bürger zum Zweck der Refinanzierung von Lasten der Sozialversicherung auch von dieser Seite her verfassungsrechtliche Fragen aufwerfen.

Eine weitergehende vertiefende Erörterung dieser Frage erübrigt sich jedoch, da führende Vertreter der Koalition bereits sehr eindeutig und entschieden klargestellt haben, dass die Einführung einer Prämienbezuschussung ohne Steuererhöhungen erfolgen soll. Der Meldung des Spiegel, es sei ein „Gesundheits-Soli“ geplant (Elger/Reiermann 2010), wurde umgehend und sehr entschieden von der Führung der FDP widersprochen, und als Antwort auf die Zahlen des Finanzministeriums über mögliche Optionen zur Refinanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘ durch Steuererhöhungen stellte der Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr, Mitte Februar fest, für die Umstellung seien „keine Steuererhöhungen nötig“ (Bahr, in: Tageszeitung, 12.02.2010: 7). Auch Gesundheitsminister Rösler positionierte sich sehr eindeutig:

„Die christlich-liberale Koalition wird ihre Gesundheitsreform ohne Steuererhöhungen vornehmen“  
(Rösler, zit. n. Frankfurter Rundschau, 13.02.2010: 5).

Dies ist für die hier zu erörternde Frage insofern von besonderer Bedeutung, als damit klargestellt wird, dass der Entlastung von GKV-Mitgliedern mit hohem Einkommen keine Mehrbelastung hoher Einkommen im Steuersystem gegenüberstehen soll. Sie werden den gleichen Steuersatz wie zuvor zahlen. Die Umstellung führt somit zu einer uneingeschränkten Nettoentlastung. Und auch die nicht in den Solidarausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen Versicherten der PKV sollen nicht durch eine Anhe-

bung ihrer Steuersätze zur Finanzierung der zusätzlichen Ausgaben durch eine Beitragsbezuschussung für Geringverdiener herangezogen werden.

Wenn der Finanzierungsbedarf aber aus den laufenden Steuereinnahmen des Bundes gedeckt werden soll, tritt er in Konkurrenz zu anderen Ausgabenpositionen des Bundeshaushaltes. Steigen die Steuereinnahmen nicht, müsste zur Refinanzierung der Mehrausgaben an anderer Stelle gekürzt werden. Die Frage wäre dann, an welcher Stelle gekürzt werden soll, aus dem Haushalt welches Ressorts die notwendigen Mittel beschafft werden sollen. Soll eine solche Umverteilung innerhalb des Bundeshaushalts das Versprechen einer sozial gerechteren Lastenverteilung, also stärkeren Belastung hoher und höchster Einkommen, einlösen, dürften nur solche Haushaltsansätze gekürzt werden, die allein den Beziehern hoher Einkommen zufließen. Es erscheint nicht nur sehr zweifelhaft, dass es solche Ausgabenpositionen gibt, sondern auch dass – wenn es sie geben sollte – Kürzungen dieser Leistungen alle Bezieher hoher Einkommen gleich betreffen würde.

Werden stattdessen aber Haushaltsposten gekürzt, die zur Finanzierung von Sozialleistungen dienen, bspw. Arbeitslosengeld II, Wohngeld etc., so würde die Prämienbezuschussung für Geringverdiener überproportional oder ausschließlich von Geringverdienern, Sozialhilfeempfängern etc. finanziert. Man müsste es sogar noch weiter eingrenzen, nämlich dass nur solche zur Refinanzierung herangezogen würden, die bis zur Kürzung Anspruch auf die entsprechenden Leistungen hatten. Würden Leistungen gekürzt, die primär Beziehern mittlerer und unterdurchschnittlicher Einkommen zufließen, so würde diese Einkommensgruppe durch die Einführung von Beitragspauschalen doppelt belastet. Sie müssten zum einen höhere Beiträge zahlen, ohne den Anspruch auf einen Beitragszuschuss zu erhalten, und müssten allein für die Unterstützung niedriger und niedrigster Einkommen durch staatliche Leistungskürzungen aufkommen.

Die Problematik eines ‚Sozialausgleichs‘ ohne gleichzeitige Steuererhöhung zur Refinanzierung soll hier nicht weiter vertieft werden. Es dürfte ausreichend deutlich geworden sein, dass eine Verlagerung zur Steuerfinanzierung nicht per se zu einer Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit im Sinne einer stärkeren Belastung hoher und höchster Einkommen führt. Ob eine solche Wirkung erzielt wird, ist von der konkreten Umgestaltung des Steuersystems abhängig. Diese müsste primär finanziell besonders leistungsfähige Gruppen der Bevölkerung stärker belasten; untere Einkommensgruppen dürften hingegen auf keinen Fall stärker belastet, sondern müssten vielmehr entlastet werden. Eine

Antwort darauf, ob und wie dies steuertechnisch und rechtlich einwandfrei möglich sein könnte, sind CDU und FDP bislang schuldig geblieben.

Wenn eine Refinanzierung der Beitragsbezuschung ohne Steuererhöhungen und auch ohne Kürzungen im Bundeshaushalt erfolgen soll, bliebe noch die Hoffnung auf zukünftig steigende Steuereinnahmen. Dann aber könnte ein ‚Sozialausgleich‘ erst nach Realisierung höherer Steuereinnahmen des Bundes gezahlt werden und auch nur im Gesamtumfang der Mehreinnahmen des Bundes. Denn: Wenn der Bund gemäß Art. 120 Abs. 1 GG die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu tragen hat, kann er zur Refinanzierung des ‚Sozialausgleichs‘ auch nur seine Mehreinnahmen einsetzen. Will die Koalition ihren Versprechen treu bleiben, höhere pauschale Zusatzbeiträge nicht ohne ‚Sozialausgleich‘ zu beschließen, dürfte eine Erhöhung der Zusatzbeiträge somit auch erst für die Zeit nach Realisierung höherer Steuereinnahmen geplant werden.

Mit der Ankündigung, zukünftige Steuermehreinnahmen primär für die Finanzierung der Beitragsbezuschung zu verwenden, könnte der Eindruck entstehen oder geweckt werden, damit wäre das Versprechen einer sozial gerechteren Lastenverteilung eingelöst. Denn anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, würden nun alle Steuerpflichtigen nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zum ‚Sozialausgleich‘ beitragen.

Dagegen ist einzuwenden, dass das Ausmaß der Beteiligung der verschiedenen Einkommensgruppen an der Finanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘ abhängig davon wäre, aus welcher Steuerart die Mehreinnahmen stammen. Nicht jede Steuerart führt zu einer stärkeren Beteiligung hoher und höchster Einkommensgruppen an den Staatsausgaben. Während insbesondere die Einkommenssteuer oder Kapitalertragssteuer höhere Einkommen belasten, führen die indirekten und insbesondere die Verbrauchssteuern wie die Mehrwertsteuer zu einer überproportionalen Belastung unterer Einkommen. Die Mehrwertsteuer wird letztlich von den Endverbrauchern über die Verbraucherpreise getragen und sie belastet auch die Bezieher niedrigster Einkommen. Verbrauchssteuern wirken anders als die progressiv steigende Einkommenssteuer darum ‚regressiv‘ (Bach 2005). Da der Anteil der Konsumausgaben bei niedrigen Haushaltseinkommen deutlich höher ist als bei wohlhabenden Haushalten, ist die relative Belastung der niedrigen Haushaltseinkommen mit Verbrauchssteuern höher. Je höher das Haushaltseinkommen ist, desto geringer ist der Anteil, der für den alltäglichen Verbrauch verwendet werden muss, und desto höher der Anteil, der in Aktienfonds etc. angelegt werden kann.

Die Steuereinnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden stammten im Jahr 2008 immerhin zu ca. 50 % aus Verbrauchs- und anderen indirekten Steuern, die weit überwiegend von mittleren und unterdurchschnittlichen Einkommensgruppen aufgebracht werden. Wenn man zudem noch bedenkt, dass die Lohnsteuer im Jahr 2008 mit ca. 25 % aufkommensstärkste Steuerart war, scheinen Zweifel an der sozialen Gerechtigkeit des deutschen Steuersystems nicht unangemessen.

Diese Zweifel werden auch dadurch verstärkt, dass das deutsche Steuerrecht zahlreiche Möglichkeiten der steuerlichen Absetzbarkeit von Aufwendungen bietet, die Beziehern niedriger Einkommen – wenn überhaupt – bei weitem nicht in dem Maße offenstehen, wie dies vor allem für Selbständige der Fall ist, seien es Unternehmer oder auch Freiberufler wie bspw. Ärzte, Rechtsanwälte etc. Nicht zuletzt ist auch auf die zahlreichen, in den letzten Jahren bekannt gewordenen Fälle von Steuerhinterziehung und Steuerflucht zu verweisen, hinter denen eine unbekannt aber sicherlich sehr hohe Dunkelziffer zu vermuten ist. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass die tatsächliche Steuerbelastung hoher und höchster Einkommensgruppen deutlich unter der theoretischen, durch das Steuerrecht vorgesehenen liegt (Brischkat/Roberts 2007).

Da sich die Koalition aber darauf geeinigt hat, die Steuern zu senken (CDU/CSU/FDP 2009: 9), sind alle Überlegungen zur Refinanzierung eines ‚Sozialausgleichs‘ durch höhere Steuern ohnehin müßig. Die Ausführungen sollten allerdings auch nicht dazu dienen, mögliche Refinanzierungsmodelle für den ‚Sozialausgleich‘ zu testen, sondern die Frage klären, ob eine Verlagerung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung von der Beitragsfinanzierung zur Steuerfinanzierung zu einer sozial gerechteren Lastenverteilung führen würden. Angesichts der vorhergehend aufgezeigten Zusammenhänge erscheint dies grundsätzlich höchst zweifelhaft. Das Gegenteil scheint weitaus wahrscheinlicher. Die Beitragspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung kennt keine den Steuerprivilegien für hohe Einkommen vergleichbaren Ausnahmen, und eine der Steuerhinterziehung oder Steuerflucht vergleichbare Beitragsverweigerung ist insofern rein technisch gar nicht machbar, als der Beitrag automatisch von Lohn oder Gehalt einbehalten und vom Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger überwiesen wird.

Im Vergleich zum Steuersystem kann das System der Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung als weitaus rigoroser gelten und ist dadurch weitaus eher in der Lage, eine sozial gerechte Verteilung der Finanzierungslasten zu erreichen. Der vorhandene und an früherer Stelle angesprochene Mangel, dass die Beteiligung an den

Finanzierungslasten bei einer Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze endet und sich hohe und höchste Einkommensgruppen nicht an der solidarischen Finanzierung beteiligen müssen, wäre – wie bereits an früherer Stelle dargelegt – durch entsprechende Anhebungen der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze sowie durch eine Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommen zu beheben.

## 6 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Untersuchung ging aus von einer eingehenden Analyse des gesundheitspolitischen Kapitels im Koalitionsvertrag und konzentrierte sich auf die darin enthaltenen Aussagen zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Die geplante Reform der gesetzlichen Krankenversicherung stellt das zentrale und mit Abstand wichtigste gesundheitspolitische Projekt der schwarz-gelben Regierungskoalition für die Jahre 2009 bis 2013 dar. Allerdings ist nicht geplant, es bereits in der laufenden Legislaturperiode zum Abschluss zu bringen. Dazu ist das letztlich angestrebte Vorhaben auch zu groß und umfangreich. Wie die Analyse insbesondere der programmatischen Dokumente von CDU und FDP zeigen konnte, beschränkt sich das als ‚Gesundheitsprämienmodell‘ bezeichnete Vorhaben keineswegs auf die Umstellung von einkommensbezogenen Beiträgen auf einkommensunabhängige Beitragspauschalen. Beitragspauschalen – oder in der Sprachregelung von CDU und FDP: ‚Gesundheitsprämien‘ – sind nur ein notwendiger Zwischenschritt hin zur Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung und Umstellung auf ein reines PKV-System. Während die CDU dieses langfristige Ziel nicht offen benennt, hat die FDP die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen in den letzten Jahren mehrfach und sehr eindeutig zu ihrem zentralen gesundheitspolitischen Ziel erklärt. Allerdings ist diese Beschlusslage der FDP-Bundesparteitage und eindeutige Positionierung im Bundestagswahlprogramm der FDP bislang in der Öffentlichkeit – aber auch weiten Teilen der Wissenschaft – nicht oder kaum bekannt und wird folglich auch nicht öffentlich thematisiert und diskutiert, wie dies für ein so weit reichendes Vorhaben notwendig und angemessen wäre.

Es scheint darum an der Zeit, eine breite gesellschaftliche und auch wissenschaftliche Debatte zu führen über die Frage, ob eine solche außerordentlich weit reichende Veränderung des deutschen Gesundheitssystems wünschenswert und im Sinne einer gesellschaftlichen Mehrheit ist. Angesichts der Tatsache, dass dieses langfristige gesundheitspolitische Vorhaben der Öffentlichkeit zum Zeitpunkt der Bundestagswahl 2009 weitgehend oder sogar vollständig unbekannt war, liegen Zweifel nahe, ob die Umsetzung die-

ses Vorhaben als durch die Bundestagswahl 2009 wirklich hinreichend legitimiert gelten kann. Es erscheint sehr zweifelhaft, dass die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen den Vorstellungen nicht nur der Mehrheit der Wähler insgesamt, sondern auch der Wähler von CDU/CSU und FDP entspricht. Dies zu klären muss allerdings zukünftigen Wahlen überlassen bleiben, nicht nur der nächsten Bundestagswahl, sondern auch den zukünftigen Landtagswahlen. In diesen Wahlen auch über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung abstimmen zu können, setzt allerdings die Informiertheit der Wähler über das geplante Vorhaben eines grundlegenden Systemwechsels voraus. Die vorliegende Untersuchung kann hoffentlich einen Beitrag hierzu leisten.

## 7 Literatur

- Albrecht, Martin (2009): Wie "teuer" wären einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge?  
In: Die Ersatzkasse, Jg. 89, Heft 12, S. 443-445.
- Albrecht, Martin; Schröder, Wilhelm F.; Sehlen, Stefanie (Hg.) (2006). Modelle einer integrierten Krankenversicherung. Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung. Berlin: edition sigma.
- Bach, Stefan (2005): Koalitionsvertrag: Belastungen durch Mehrwertsteuererhöhung werden nur zum Teil durch Senkung der Sozialbeiträge kompensiert. In: DIW Wochenbericht, Jg. 72, Heft 47, S. 705-714.
- Bahr, Daniel (2010): "Solche Berechnungen sind Horrorzahlen". Interview mit Daniel Bahr. In: Tageszeitung, 12.02.2010, S. 7.
- BKK, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2007): Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 im Krankenhausbereich. Das Modell des BKK-Systems. 26. September 2007. Online verfügbar unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave.id,1266,nodeid,1266.html> (24.01.2007).
- BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Online verfügbar unter: <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Soziale-Sicherung/berichte,did=105578.html> (30.03.2007).
- Brischkat, Günter; Roberts, Charles C. (2007): Steuerprogression in Deutschland - Annahmen und Wirklichkeit. In: WSI Mitteilungen, Jg. 60, Heft 3, S. 145-151.
- Bundeskartellamt (2010): Bundeskartellamt leitet Kartellverfahren gegen Krankenkassen ein. Pressemitteilung vom 22.02.2010. Jg., Heft.
- Bundesregierung (2010): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 17/499: Gestaltung des von der Koalition geplanten steuerfinanzierten Sozialausgleichs für Krankenversicherungsbeiträge und dessen soziale Auswirkungen. Bundestags-Drucksache 17/691 vom 10.02.2010.
- BVA, Bundesversicherungsamt (2010): Bundesversicherungsamt teilt Bedenken des Bundeskartellamtes in Sachen Zusatzbeitrag nicht. Pressemitteilung vom 08.03.2010.
- BVerfG, Bundesverfassungsgericht (2009): 1 BvR 706/08 vom 10.06.2009.
- CDU (2003): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands vom 1./2.12.2003. Online verfügbar unter: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/deutschlandfairaendern.pdf> (10.12.2009).
- CDU (2004): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands vom 6./7.12.2004. Online verfügbar unter: [http://www.cdu.de/doc/pdfc/12\\_06\\_04\\_Beschluss\\_Duesseldorf\\_GKV.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/12_06_04_Beschluss_Duesseldorf_GKV.pdf) (10.12.2009).
- CDU (2007): Freiheit und Sicherheit. Grundsätze für Deutschland. Das Grundsatzprogramm. Beschluss des 21. Parteitags der CDU Deutschlands vom 3./4.12.2007. Online verfügbar unter: <http://www.grundsatzprogramm.cdu.de/doc/071203-beschluss-grundsatzprogramm-6-navigierbar.pdf> (10.12.2009).
- CDU-Bundesvorstand (2003a): Deutschland fair ändern. Ein neuer Generationenvertrag für unser Land. Programm der CDU zur Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Antrag des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands an den 17. Parteitag am 1./2. Dezember 2003 in Leipzig. Online verfügbar unter: [http://www.cdu-gera.de/attachments/125\\_Deutschland\\_fair\\_aendern.pdf](http://www.cdu-gera.de/attachments/125_Deutschland_fair_aendern.pdf) (10.12.2009).
- CDU-Bundesvorstand (2003b): Deutschland fair ändern. Ein neuer Generationenvertrag für unser Land. Programm der CDU zur Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Sammlung der



- Materialien zum Antrag des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands (17. Parteitag der CDU Deutschlands, am 1./2. Dezember 2003 in Leipzig). Online verfügbar unter: [http://www.cdu.de/tagesthema/07\\_10\\_03\\_materialsammlung\\_herzog\\_kommission.pdf](http://www.cdu.de/tagesthema/07_10_03_materialsammlung_herzog_kommission.pdf) (10.12.2009).
- CDU/CSU (2009): Wir haben die Kraft - Gemeinsam für unser Land. Regierungsprogramm 2009-2013. Online verfügbar unter: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/090628-beschluss-regierungsprogramm-cducsu.pdf> (10.12.2009).
- CDU/CSU/FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Online verfügbar unter: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> (17.11.2009).
- CSU (2007): Chancen für alle! In Freiheit und Verantwortung gemeinsam Zukunft gestalten. Grundsatzprogramm 2007. Online verfügbar unter: <http://www.csu.de/dateien/partei/gsp/grundsatzprogramm.pdf> (10.12.2009).
- CSU-Parteivorstand (2008): Entschließung zur Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter: [http://www.csu.de/dateien/partei/beschluesse/080405\\_beschluss\\_gesundheitspolitik.pdf](http://www.csu.de/dateien/partei/beschluesse/080405_beschluss_gesundheitspolitik.pdf) (11.12.2009).
- CSU-Parteivorstand (2009): "Patienten und Ärzte stärken: Für eine solidarische und menschliche Medizin - gegen Bürokratie und Staatsmedizin" - Beschluss des CSU-Parteivorstandes vom 3. und 4. April 2009. Online verfügbar unter: [http://www.csu.de/dateien/partei/beschluesse/090404\\_banz\\_gesundheit.pdf](http://www.csu.de/dateien/partei/beschluesse/090404_banz_gesundheit.pdf) (1.06.2009).
- Decker, Frank (2009): Koalitionsaussagen und Koalitionsbildung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg., Heft 51, S. 20-26.
- Doemens, Karl (2010): Um Kopf und Kragen. MInister Rösler verspricht eine billige Gesundheitsprämie und stiftet damit neue Verwirrung. In: Frankfurter Rundschau, 13.02.2010, S. 5.
- Dohmen, Caspar (2010): Teurer - und auch noch weniger Leistungen. Zum Jahresbeginn hoben die privaten Krankenversicherer ihre Beiträge an. Nun häufen sich die Beschwerden beim Ombudsmann. In: Süddeutsche Zeitung, 15.02.2010, S. 17.
- Drabinski, Thomas (2009): Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument. Kiel: Institut für Mikrodatenanalyse.
- Drabinski, Thomas (2010): Wie aus dem Zusatzbeitrag eine Pauschale mit Sozialausgleich wird. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 1-2, S. A9-12.
- Ebsen, Ingwer (2010): Rechtliche Anforderungen an Krankenkassen als Nachfrager im Vertragswettbewerb. In: Die BKK, Jg. 98, Heft 2, S. 76-85.
- Elger, Katrin; Reiermann, Christian (2010): Agekühlte Liebe. In: Der Spiegel, Jg., Heft 4, S. 62-63.
- Engelen-Kefer, Ursula (Hg.) (2004). Reformoption Bürgerversicherung. Hamburg: VSA.
- EuGH, Europäischer Gerichtshof (1993): Urteil des Gerichtshofes vom 17. November 1993 in den verbundenen Rechtssachen C-159/91 und C-160/91.
- EuGH, Europäischer Gerichtshof (1995): Urteil des Gerichtshofes vom 16. November 1995 in der Rechtssache C-244/94.
- EuGH, Europäischer Gerichtshof (1999): Urteil des Gerichtshofes vom 21. September 1999 in der Rechtssache C-67/96.
- EuGH, Europäischer Gerichtshof (2002): Urteil des Gerichtshofes (Fünfte Kammer) vom 22. Januar 2002 in der Rechtssache C-218/00.
- EuGH, Europäischer Gerichtshof (2004): Urteil des Gerichtshofes vom 16. März 2004 in den verbundenen Rechtssachen C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01.
- Farny, Dieter (2006): Versicherungsbetriebslehre. 4., überarbeitete Auflage. Karlsruhe: VVW Verlag.
- FDP (2003): Wir schaffen das moderne Deutschland. Beschluss des 54. Ord. Bundesparteitages der FDP, Bremen 16.-18. Mai 2003. Online verfügbar unter: [http://admin.54.parteitag.fdp.de/uploads/412/BPT-Modernes\\_Deutschland.pdf](http://admin.54.parteitag.fdp.de/uploads/412/BPT-Modernes_Deutschland.pdf) (28.12.2009).

- FDP (2004): Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Beschluss des 55. Bundesparteitag der FDP, Dresden 5. und 6. Juni 2004. Online verfügbar unter: [http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05\\_soziales/sgb\\_v/2004/2004\\_06\\_0506\\_fdp.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_v/2004/2004_06_0506_fdp.pdf) (5.01.2010).
- FDP (2007): Freiheit, Fairness, Chancen. Online verfügbar unter: <http://58.parteitag.fdp.de/files/138/Soziales.pdf> (28.12.2009).
- FDP (2009): Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm 2009. Programm der Freien Demokratischen Partei zur Bundestagswahl 2009. Online verfügbar unter: [http://www.fdp-bundespartei.de/files/653/Deutschlandprogramm09\\_Endfassung.PDF](http://www.fdp-bundespartei.de/files/653/Deutschlandprogramm09_Endfassung.PDF) (28.09.2009).
- FDP-Bundestagsfraktion (2009): Für ein einfaches, transparentes und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Antrag. Bundestags-Drucksache 16/11879 vom 11.02.2009. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/118/1611879.pdf> (25.03.2009).
- Flach, Ulrike (2009). Rede vor dem Deutschen Bundestag. In: Bundestag (Hg.): Plenarprotokoll des Deutschen Bundestages, 12.11.2009, S. 283-284.
- Frerich, Johannes; Frey, Martin (1996): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 1: Von der vorindustriellen Zeit bis zum Ende des Dritten Reiches, 2. Aufl. München; Wien: Oldenbourg.
- Führer, Christian; Grimmer, Arnd (2009): Versicherungsbetriebslehre. Ludwigshafen: Friedrich Kiehl Verlag.
- Funk, Kersin (2010): Solidarisierung durch Wettbewerb. Private Krankenversicherung für alle macht ein Ausbrechen aus der Solidargemeinschaft unmöglich. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 51, Heft 2, S. 15-18.
- GKV-Schätzerkreis (2009): Schätztableau für die Jahre 2009 und 2010 aus der Schätzung vom 09. Dezember 2009. Online verfügbar unter: [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_115/mn\\_1046648/DE/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/Schaetztableau\\_09.12.2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Schaetztableau\\_09.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/mn_1046648/DE/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/Schaetztableau_09.12.2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Schaetztableau_09.pdf) (28.01.2010).
- GPA, Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU (2009): Gesundheitspolitik morgen und übermorgen. Positionspapier des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU (GPA). Beschluss des GPA-Landesvorstandes vom 21. März 2009. Online verfügbar unter: [http://www.csu.de/arbeitskreis/gpa/wir\\_uns\\_ueber/143010749.htm](http://www.csu.de/arbeitskreis/gpa/wir_uns_ueber/143010749.htm) (15.02.2010).
- Grabka, Markus M. (2006): Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: DIW Wochenbericht, Jg. 73, Heft 46, S. 653-659.
- GRÜNEN, BÜNDNIS 90/DIE (2004): Leistungsfähig – solidarisch – modern. Die grüne Bürgerversicherung. Beschluss der 23. ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz vom 2./3. Oktober 2003. Online verfügbar unter: [http://www.gruene-partei.de/cms/files/dokbin/44/44364.die\\_gruene\\_buergerversicherung.pdf](http://www.gruene-partei.de/cms/files/dokbin/44/44364.die_gruene_buergerversicherung.pdf) (
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin: CDU-Bundesvorstand.
- Igl, Gerhard; Welti, Felix (2007): Sozialrecht. 8., neu bearbeitete Auflage. Neuwied: Werner Verlag.
- Isensee, Josef (1990). Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen einer Krankenhausreform. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Verfassungsrechtliche Stellungnahmen. Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 97-203.
- Jacobs, Klaus; Langer, Bernhard; Pfaff, Anita B. et al. (2003): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.
- Jun, Uwe (2009): Wandel des Parteien- und Verbändesystems. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg., Heft 28, S. 28-34.
- Kingreen, Thorsten (2007): Europarechtliche Implikationen eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG). Rechtsgutachten für den Deutschen Gewerkschaftsbund und die Hans-Böckler-

- Stiftung. Online verfügbar unter: <http://www.boeckler.de/pdf/fof/S-2006-922-4-1.pdf> (10.12.2009).
- KKH (2008): Gemeinsame Presseerklärung vom 22.09.2008: KKH und BKK Allianz wollen fusionieren. Online verfügbar Accessed).
- Knieps, Franz (2008): Zur Krankenversicherung der Zukunft. Eine Skizze mit 5 Kernbotschaften. In: OPG - Operation Gesundheitswesen, Jg., Heft 21, S. 14-18.
- Koschorrek, Rolf (2009a): Kassenindividueller Zusatzbeitrag. Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds. In: Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 50, Heft 10, S. 7.
- Koschorrek, Rolf (2009b). Rede vor dem Deutschen Bundestag. In: Bundestag (Hg.): Plenarprotokoll des Deutschen Bundestages, 12.11.2009, S. 287-288.
- Krohn, Philipp (2010): Sparen in Maßen. Die privaten Krankenversicherer wollen nicht mehr nur Kostenerstatter sein. Denn auch sie stöhnen unter den wachsenden Gesundheitsausgaben. In: FAZ, 11.02.1010, S. 16.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus; Büscher, G. (2009): Anmerkungen zur geplanten Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen in der Krankenversicherung. Online verfügbar unter: [http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2009-07\\_pauschalen\\_2011.pdf](http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2009-07_pauschalen_2011.pdf) (10.12.2009).
- Leber, Wulf-Dietrich; Malzahn, Jürgen; Wolff, Johannes (2007): Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/publikationen/artikel/> (Date Accessed).
- Leienbach, Volker (2009): "Wir haben ein Kostenproblem". In: Tagesspiegel, 21.07.2009, S. 4.
- Merkel, Angela (2010): "Ich stelle die Steuerreform nicht infrage". Interview mit Angela Merkel. In: Handelsblatt, 14.01.2010.
- Neumann, Philipp (2009): Privatversicherer kämpfen mit steigenden Kosten. In: Die Welt, 20.11.2009, S. 9.
- o.A. (2010): Vorteil Kassenpatient. In: Der Stern, 4.02.2010, S. 22-34.
- Pfaff, Anita; Rindsfüßer, Christian; Busch, Susanne (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht an die Hans Böckler Stiftung. Stadtbergen: Hans Böckler Stiftung.
- PKV, Verband der privaten Krankenversicherung (2009): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2008. Köln: PKV.
- PKV-Ombudsmann (2010a): Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Online verfügbar unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de> (15.02.2010).
- PKV-Ombudsmann (2010b): Tätigkeitsbericht. Online verfügbar unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de/taetigkeitsbericht> (15.02.2010).
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Rösler, Philipp (2009a): "Das glaub ich nicht", sagte meine Frau. Interview mit Philipp Rösler. In: Bild am Sonntag, 26.10.2009, S. 2.
- Rösler, Philipp (2009b): "Eine Gesundheitsreform ist nichts für schnelle Kopfrechner". Interview mit Philipp Rösler. In: Ärzte-Zeitung, 11.12.2009, S. 6.
- Rösler, Philipp (2009c): "Ich bin nicht den Ärzten verpflichtet". Interview mit Philipp Rösler. In: Die Welt, 28.11.2009, S. 6.
- Rösler, Philipp (2009d): "Mit 45 ist für mich Schluss in der Politik". Interview mit Philipp Rösler. In: Der Tagesspiegel, 20.12.2009.
- Rösler, Philipp (2009e). Rede vor dem Deutschen Bundestag vom 12.11.2009 Bundestags-Plenarprotokoll 17/5 vom 12. November 2009, S. 273B-275B.
- Rösler, Philipp (2009f): "Wir sind nicht zum Spaß hier". Interview mit Philipp Rösler. In: Die Zeit, 26.11.2009, S. 31.

- Rösler, Philipp (2010a): Beckmann. Philipp Rösler zu Gast bei Reinhold Beckmann im Ersten am 1. Februar 2010. Online verfügbar unter: [http://www.daserste.de/beckmann/sendung\\_dyn~uid,94h3r44h1901umz5ov4dewta~cm.a.sp](http://www.daserste.de/beckmann/sendung_dyn~uid,94h3r44h1901umz5ov4dewta~cm.a.sp) (2.02.2010).
- Rösler, Philipp (2010b): "Gesundheitsreform kostet unter 10 Milliarden" - Interview mit Philipp Rösler. In: Bild Berlin-Brandenburg, 12.02.2010, S. 2.
- Rösler, Philipp (2010c): "Wir fangen mit kleinen Schritten an". Interview mit Philipp Rösler. In: Frankfurter Rundschau, 6.01.2010, S. 2.
- Schenkel, Jan-Erik (2008): Sozialversicherung und Grundgesetz. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schmucker, Rolf (2003): Europäischer Binnenmarkt und nationale Gesundheitspolitik. Zu den Auswirkungen der 'vier Freiheiten' auf die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsländer. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 38, Heft, S. 107-120.
- Schnapp, Friedrich E.; Kaltenborn, Markus (2001): Verfassungsrechtliche Fragen der "Friedensgrenze" zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schönermark, Matthias P.; Thaden, Uwe; Beinhorff, Nina et al. (2010): Hochnutzer als Managementherausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung. In: Die Ersatzkasse, Jg. 90, Heft 2, S. 68-71.
- Schubert, Franziska; Bergius, Michael (2010): Privatversicherte protestieren. Ombudsmann der Branche registriert zunehmenden Unmut über Beiträge und Leistungen. In: Frankfurter Rundschau, 16.02.2010, S. 6.
- Schürmann, Christian; Osterkamp, Nicole; Amling, Kay (2009). Krankengeld-Wahltarife - Risiken und Nebenwirkungen für die Solidargemeinschaft. In: Repschläger, Uwe (Hg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse, S. 48-66.
- Seehofer, Horst (2009): "Ich wünsche Herrn Rösler viel Freude dabei". Interview mit Horst Seehofer. In: Die Welt, 8.12.2009, S. 2.
- Simon, Michael (2009): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarb. und aktualisierte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Söder, Markus (2009): "Wir sollten die wachsende Macht der Medizinkonzerne kontrollieren". In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.11.2009, S. 13.
- Spahn, Jens (2009a): "Die Krankenversicherung wird teurer". Interview mit Jens Spahn. In: Stuttgarter Nachrichten, 18.11.2009, S. 4.
- Spahn, Jens (2009b): "Eines ist klar: Gesundheit wird teurer". In: Ärzte-Zeitung, 16.11.2009, S. 5.
- Spahn, Jens (2009c): "Es wird teurer". Interview mit Jens Spahn. In: Tagesspiegel, 12.10.2009, S. 5.
- Spahn, Jens (2009d): "Wir brauchen sozialen Ausgleich". Interview mit Jens Spahn. In: Frankfurter Rundschau, 14.12.2009, S. 6.
- Spahn, Jens (2010): "Jeder kann die Krankenkasse wechseln". Interview mit Jens Spahn. In: Die Welt, 30.01.2010, S. 2.
- SPD (2004): Modell einer solidarischen Bürgerversicherung. Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes. Online verfügbar unter: [http://www.boeckler.de/pdf/thema\\_gesundheit\\_2004\\_08\\_26\\_spd\\_projektgruppe.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/thema_gesundheit_2004_08_26_spd_projektgruppe.pdf) (10.12.2009).
- Stiphout, Theo van (2009): Selbständig Tätige - ein Fremdkörper in der GKV? Analyse am Beispiel des Krankengeldanspruchs. In: Die BKK, Jg. 97, Heft 12, S. 542-547.
- Strengmann-Kuhn, Wolfgang (Hg.) (2005). Das Prinzip Bürgerversicherung: Die Zukunft im Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ullrich, Carsten G. (1996): Solidarität und Sicherheit. Zur sozialen Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 25, Heft 3, S. 171-189.
- Vöcking, Johannes (2009). Modernes Unternehmensmanagement der Krankenkassen - Neues Selbstverständnis und Übergang zum lifetime present value. In: Gellner, Winand;Schmöller, Michael (Hg.): Solidarität und Wettbewerb. Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg

- zu profitorientierten Versicherungsunternehmen - Zukunftsoptionen und Probleme. Baden-Baden: Nomos, S. 177-188.
- Widmann-Mauz, Annette (2009): "Keine Pauschalen ohne soziale Gerechtigkeit". Interview mit Annette Widman-Mauz. In: Stuttgarter Zeitung, 21.11.2009, S. 5.
- Wolik, Andreas (2008). Predictive Modeling. Bestimmung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten mithilfe von Data-Mining-Verfahren. In: Repschläger, Uwe (Hg.): Gesundheitswesen aktuell 2008. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse, S. 286-315.
- Zok, Klaus (2009): Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. In: WIdO-Monitor, Jg. 6, Heft 1, S. 1-8.