

Martin Pfaff / Heinz Stapf-Finé (Hrsg.)

Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!

Die Rolle von GKV und PKV, Beitragsgrundlagen, Leistungskatalog, rechtliche Umsetzung
Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung

264 Seiten | 2004 | EUR 17.50
ISBN 3-89965-088-3 1

In diesem Buch werden die Umsetzungsprobleme und -möglichkeiten einer solidarischen Bürgerversicherung konkret durchdiskutiert.

Das Netzwerk Gesundheit ist ein breites Bündnis von Sozialverbänden, Wohlfahrtsverbänden und Gewerkschaften, das sich für mutige Reformen im Gesundheitswesen einsetzt, mit dem Ziel, ein solidarisches, gerechtes und finanzierbares Gesundheitssystem zu erhalten. Das Netzwerk diskutiert die

Bürgerversicherung als Reformoption, welche die zeitgemäße Weiterentwicklung des bewährten Ausgleich zwischen jung und alt, krank und gesund, Mann und Frau ist.

In einer Reihe von Anhörungen wurde die konkrete Ausgestaltung der Bürgerversicherung mit einer Reihe von Experten diskutiert. Im Vordergrund standen die drei Themenböcke: Rolle privater und gesetzlicher Krankenkassen, Beitragsgrundlagen und Leistungskatalog und rechtliche Umsetzung einer Bürgerversicherung. Das Netzwerk will damit einen Beitrag zu einer breiten gesellschaftlichen Debatte um die Zukunft der Finanzierung leisten.

Die Herausgeber:

Prof. Dr. Martin Pfaff, Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie, Stadtbergen und Universität Augsburg; Vorsitzender der "Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)".

Dr. Heinz Stapf-Finé, Abteilungsleiter Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand.

Vorbemerkung der Herausgeber

Dieser Band beinhaltet die Ergebnisse von drei Anhörungen zur konkreten Umsetzung der Bürgerversicherung, die gemeinsam von der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und dem Netzwerk Gesundheit am 16. Januar, 26. März und 7. Mai 2004 in Berlin durchgeführt wurden.

Dabei kamen namhafte Experten aus Wissenschaft, den Verbänden (gesetzliche und private Krankenkassen, Deutscher Gewerkschaftsbund, Arbeitgeberverbände, Wohlfahrtsverbände u.a.m.) und der Regierung zu Wort, deren Beiträge redaktionell bearbeitet wiedergegeben werden.

Ziel dieser Anhörungen war es, die Vision einer Bürgerversicherung Schritt für Schritt einer praktischen Umsetzung näher zu bringen, die Probleme und Chancen konkreter Maßnahmen zur Ausweitung des Versichertenkreises um Beamte, Selbständige und Freiberufler sowie zur Verbreiterung der Einkommensgrundlagen um Miet-, Zins- und andere Formen von Kapitaleinkommen sowie der rechtlichen Umsetzung auszuloten.

Die Ergebnisse dieser Anhörungen sollen nicht nur den Entscheidungsträgern in Politik und Verbänden, sondern der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Martin Pfaff / Heinz Stapf-Finé

Rezensionen

"Auch innerhalb des DGB ist die Diskussion seit langem angelaufen," schreibt GULASCH in der Juli/August-Ausgabe 2004 von ver.di Publik. "In einem Netzwerk mit Sozialverbänden und Wohlfahrtsträgern wurden drei große

Expertenrunden zu rechtlichen und gesellschaftlichen Anforderungen geführt und in einem umfangreichen Tagungsband veröffentlicht." **ver.di stellt alternative Vorschläge zur Debatte – Wie sollen unsere Sozialsysteme funktionieren?**

Die Diskussion in den Parteien und bei den Gewerkschaften läuft auf Hochtouren: Die von Andrea Nahles geleitete SPD-Arbeitsgruppe will ihr Konzept einer Bürgerversicherung Ende August vorlegen und im November auf dem Parteitag der Sozialdemokraten behandeln. Die Regierungspartei will gesetzliche und private Krankenkassen in das System der Bürgerversicherung einbeziehen.

CDU und CSU wollen ihre voneinander abweichenden Konzepte auf einen Nenner bringen. Klar scheint, dass die Schwesterparteien sich auf Kopfprämien einigen -angedacht sind 170 Euro. Rund 30 Prozent der Bevölkerung sind dann auf staatliche Zuschüsse angewiesen. Der Zuschussbedarf würde sich so auf 26 Milliarden Euro jährlich belaufen. Wie dieser finanziert werden soll, ist bei den Unionsparteien jedoch noch unklar.

ver.di-Kongress soll den Entscheidungsprozess beeinflussen

Die Grünen befinden sich noch in heftigen Diskussionen, vor allem über die paritätische Finanzierung sowie über die Frage, ob der Arbeitgeberbeitrag ausgezahlt oder eingefroren werden sollte. Anfang Oktober wollen sie ihren Modellvorschlag auf einem Bundeskongress präsentieren.

Auch innerhalb des DGB ist die Dis<ussion>

Trotzdem gibt es immer noch die verbreitete Meinung, dass die Gewerkschaften keine Konzepte zu den Sozialsystemen hätten.

ver.di wird am 30. September das Gegenteil beweisen: Beim Kongress "Bürgerversicherung - Zukunft für Solidarität und Parität" in Berlin wird ver.di ihre Vorschläge zur Bürgerversicherung der Öffentlichkeit vorstellen und mit Mitgliedern, unabhängigen Fachleuten und Politikern diskutieren.

"Wir haben den Termin bewusst vor die Runde der Parteitage gelegt, um unsere Positionen noch einmal mit schlagkräftigen und kompetenten Argumenten zu unterstreichen und uns aktiv in den Entscheidungsprozess einzubringen. So wollen es Gewerkschaftsrat und Bundesvorstand", sagt Herbert Weisbrod-Frey vom Bereich Gesundheitspolitik bei ver.di. Dabei gehe es nicht zuletzt um praktikable Lösungen, denn bei vielen Vorschlägen stecke der Teufel im Detail: "Es muss gelingen, eine sozial gerechte Bürgerversicherung zu konzipieren, die mit dem geringstmöglichen bürokratischen Aufwand zu realisieren ist". GULASCH</ussion>

Leseprobe 1

Ursula Engelen-Kefer

Vorwort Die gesetzliche Krankenversicherung steht angesichts der demografischen Veränderungen und des technischen Fortschritts in der Medizin vor großen Herausforderungen. Beide Entwicklungen erhöhen den Kostendruck im Gesundheitswesen. Damit verbunden ist wachsender Druck auf die Löhne als Grundlage für die Bemessung der Beiträge – der allerdings auch darauf zurückzuführen ist, dass insbesondere aufgrund der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit der Anteil der Arbeitseinkommen am Volkseinkommen in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Neben diesem Einnahmeproblem haben wir aber auch ein Ausgabenproblem. Das Instrument von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird noch nicht ausreichend genutzt, um einen Wettbewerb um die beste Qualität der Versorgung der Versicherten zu entfachen. Hier war die letzte Reform nicht mutig genug. Sie lud die Belastung einseitig den Versicherten und Patienten auf. Vor diesem Hintergrund dürfen wir nicht nachlassen, weiter auf mutige strukturelle Reformen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu pochen. Gleichzeitig müssen wir uns aber der Frage der Zukunft der Finanzierung des Gesundheitssystems zuwenden. Mögliche Lösungen müssen in einem breiten gesellschaftlichen Konsens umgesetzt werden. Daher freue ich mich, dass wir gemeinsam mit unseren Partnern im Netzwerk Gesundheit diese Diskussion mitgestalten und zu diesem Zwecke Expertenanhörungen durchgeführt haben. Das Netzwerk Gesundheit ist ein breites Bündnis von Gewerkschaften, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, das sich für mutige Strukturreformen einsetzt. Für uns ist wichtig, dass bei der künftigen Finanzierung der Gesundheitsversorgung die Prinzipien weiterentwickelt werden, die hohe Akzeptanz in der Bevölkerung genießen: die Gewährung von Leistungen gemäß dem Bedarf und die Erhebung von Beiträgen gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Wichtig ist auch, dass Lösungen gefunden werden, die die Versichertengemeinschaft nicht abhängig machen von der Kassenlage von Finanzministern. Daher beteiligen wir uns konstruktiv an der Debatte um die Weiterentwicklung zur Bürgerversicherung. Der DGB und das Netzwerk Gesundheit werden die Diskussion fortsetzen. Wir werden uns mit konkreten Umsetzungsvorschlägen in die Auseinandersetzung einmischen. Wir hoffen auf breite Unterstützung für das Projekt Bürgerversicherung – gemeinsame Zielsetzung ist es, die Finanzierung des Gesundheitswesens zu

stabilisieren und auch künftig solidarisch zu gestalten.

Leseprobe 2

Martin Pfaff / Heinz Stapf-Finé

Konkrete Umsetzung der Bürgerversicherung

Die Ergebnisse der drei Anhörungen Bei einem Projekt von so großer gesellschaftspolitischer Bedeutung wie dem der Bürgerversicherung ist es nützlich – vielleicht sogar geboten –, die zentralen Botschaften gleich vorweg festzuhalten: 1. Eine solidarische Bürgerversicherung ist als sozialökonomisches Projekt technisch machbar. 2. Der Bundesgesetzgeber hat die Kompetenz für die Sozialversicherung und diese deckt die Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. 3. Durch die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung werden mehrere Verwerfungen und Ungerechtigkeiten des bestehenden Systems behoben, die auch dann korrigiert werden sollten, wenn der Begriff Bürgerversicherung niemals in der politischen Arena diskutiert werden würde. Denn die solidarische Bürgerversicherung ist eine logische Weiterentwicklung der bestehenden Systemprinzipien einer sozialen Krankenversicherung, nämlich des Bedarfsprinzips der Inanspruchnahme und insbesondere des Leistungsfähigkeitsprinzips der Finanzierung. 4. Die Bürgerversicherung trägt zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung, aber v.a. auch zwischen diesen und den Kassen der privaten Krankenversicherung und den letzteren selbst bei. Befürworter des Wettbewerbs als Anreiz- und Suchsystem sollten deshalb die Bürgerversicherung bejahen, weil im Zuge ihrer Umsetzung viele Wettbewerbshindernisse beseitigt werden können. 5. Bei der praktischen Umsetzung einer Bürgerversicherung spielt nicht nur der Endpunkt nach Realisierung eine Rolle, sondern auch der Übergangspfad von dem jetzigen System zu dem neuen System: So würden beispielsweise Optionsmodelle, die ein Wahlrecht zum Übertritt in die Bürgerversicherung eröffnen, zu ungewollten Effekten führen. Die »guten Risiken« könnten in der privaten Krankenversicherung verbleiben, die schlechten zur Bürgerversicherung wechseln. Dadurch würde die Bürgerversicherung zunächst zusätzlich belastet, bevor dann durch die Aufnahme weiterer Personengruppen und Einkommensarten eine deutliche Entlastung der solidarischen Versichertengemeinde auftreten würde. Die politische Pragmatik legt die Empfehlung nahe, solche »perverse Effekte« im Übergang zu vermeiden. 6. Die Einführung einer Bürgerversicherung ist legitimiert durch die Interessen der Versicherten selbst, nicht durch die Interessen von organisierten Anbietern von Versicherungspolice. 7. Die meisten Bedenken, die von juristischer Seite vorgetragen werden, können relativ leicht entkräftet werden. So sind beispielsweise die europarechtlichen Bedenken, dass Sozialversicherungen den Charakter von Unternehmen hätten, dann leicht zu zerstreuen, wenn erstens der Solidarausgleich im Mittelpunkt der Bürgerversicherung steht, und wenn zweitens die Systeme der Bürgerversicherung in öffentliche Kontrollen integriert sind. Diese beiden Bedingungen stellen sicher, dass der nationale Gesetzgeber jedes Sozialversicherungssystem weiterentwickeln kann. 8. Eine Ausweitung des Risikostrukturausgleichs unter Einbeziehung auch der privaten Krankenversicherung im Rahmen einer Bürgerversicherung wirft so lange keine besonderen rechtlichen Probleme für die beiden Kassenarten auf, als diese unter gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren. Das gilt auch für das Kartellrecht. Die Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich bei Fortbestand der unterschiedlichen Systembedingungen zwischen GKV und PKV ist jedoch juristisch problematisch. 9. Einer Einbeziehung weiterer Personengruppen sowie weiterer Einkommensarten in der Beitragsbemessungsgrundlage einer Bürgerversicherung sind somit keine prinzipiellen juristischen Hindernisse in den Weg gelegt. Inhaltlich hatten die Anhörungen die folgenden Schwerpunkte: 1. Mögliche Rollen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung. Hier wurden drei bzw. vier Modellvarianten eingehend diskutiert. 2. Die Rolle des Wettbewerbs in unterschiedlichen Systemkonstellationen. 3. Die Frage des Leistungskatalogs. 4. Beitragsgrundlagen einschließlich Beitragsbemessungsgrenzen und Versicherungspflichtgrenzen, Freibeträgen u.a.m. 5. Die Rolle des Risikostrukturausgleichs. 6. Rechtliche Fragen. 7. Übergangsprobleme. In den folgenden Ausführungen werden diese und weitere Schwerpunkte kurz kommentiert. Dabei werden einleitend die Fragen dargestellt, die an die Sachverständigen vorab verschickt wurden und zu denen sie Aussagen machen sollten. **1. Allgemeine Modellkonzeption** 1. Welche Vorteile bzw. Nachteile (für die Versicherten, die Patienten, die Leistungserbringer, etc.) sind aus Ihrer Sicht (aus der Sicht Ihrer Organisation) mit den folgenden Modellvarianten verbunden? – Modell 1: Ein einheitliches Modell einer umfassenden gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), mit Beschränkung des Leistungskatalogs der privaten Krankenversicherung (PKV) auf Zusatzversicherungen? – Modell 2a: Eine Bürgerversicherung bei organisatorischem Fortbestand der GKV- und PKV-Kassen aber unter Wahrung der Gestaltungsprinzipien der GKV (insbesondere Bedarfsprinzip der Inanspruchnahme und Leistungsfähigkeitsprinzip der Finanzierung), somit Wettbewerb aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen im Rahmen gleicher Systembedingungen? Oder: – Modell 2b: Wettbewerb der gesetzlichen und privaten Krankenkassen bei unterschiedlichen Systembedingungen? – Modell 3: Fortbestand der unterschiedlich organisierten und finanzierten GKV- und PKV-Kassen, aber bei erweiterter Solidarpflicht der PKV im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs? 2. Sollten weitere Modellvarianten in Erwägung gezogen werden? 3. Wie beurteilen Sie die politische Realisierbarkeit der jeweiligen Modellvariante – kurz-, mittel- und langfristig? Ausgehend von der Aussage, dass ein System der Bürgerversicherung zumindest drei

Kriterien erfüllen müsse (das der sozialen Gerechtigkeit, wonach es keine Risikoselektion geben darf; zweitens, es muss den Qualitätswettbewerb erlauben; und drittens, es muss nachhaltig sein) fand eine weitgehende Konsensbildung wie folgt statt:

Modell 1 erscheint nicht als das Mittel der Wahl, v.a. weil unter dem Gesichtspunkt der politischen Durchsetzbarkeit eine Beschränkung des Leistungskatalogs der privaten Krankenversicherung auf Zusatzversicherungen sehr hohen Widerstand hervorrufen würde. Modell 1 wurde aber von einer Reihe der Diskutanten als das logisch stringentere Modell bezeichnet.

In ähnlicher Weise wurde Modell 3 weitgehend abgelehnt, das den Fortbestand unterschiedlich organisierter und finanzierter GKV- und PKV-Kassen voraussetzt, aber die Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich vorsieht.

Modellvariante 2b, d.h. der Wettbewerb der gesetzlichen und privaten Krankenkassen bei unterschiedlichen Systembedingungen, wie man sie heute findet, wurde nicht als Voraussetzung für einen fairen, d.h. chancengleichen Wettbewerb angesehen, weil dieser Wettbewerb unweigerlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen müsste. Somit wurde die Variante 2b abgelehnt. Und es verbleibt die Modellvariante 2a, nämlich eine Bürgerversicherung bei organisatorischem Fortbestand der GKV- und PKV-Kassen, aber unter Wahrung der Gestaltungsprinzipien der GKV auch für die privaten Krankenkassen, die eine Bürgerversicherung zu denselben Bedingungen anbieten und im Wettbewerb mit anderen privaten Krankenkassen bzw. mit den gesetzlichen Krankenkassen bestehen müssten.

Wesentliche Elemente dieses Modells sind folgende:

1. Es muss einen einheitlichen Leistungskatalog geben.
2. Ärzte und Ärztinnen müssen nach demselben Vergütungssystem bezahlt werden.
3. Die Versicherungspflichtgrenze, die heute den Wettbewerb zwischen dem Großteil der Bevölkerung – der in der PKV und der in der GKV versichert ist – verhindert, muss abgeschafft werden.
4. Ein kapitalgedecktes System ist nicht nachhaltiger als ein umlagefinanziertes System. Ergo ist nicht Kapitaldeckung das Mittel der Wahl für eine Bürgerversicherung sondern das Umlageverfahren. In dieser solidarischen Wettbewerbsordnung besteht ein Nebeneinander von GKV- und PKV-Kassen: bei gleichem Leistungskatalog; bei gleicher Bezahlung der Ärzte, ohne Risikoprüfung, und weiterhin mit einem Risikostrukturausgleich. Nicht völlig ausdiskutiert wurde die Frage, worin sich nun gesetzliche und private Krankenkassen im Rahmen der Bürgerversicherung unterscheiden würden. Hier wurde auf die Gewinnerzielungsabsicht der privaten Krankenversicherungen verwiesen. Es blieb jedoch unseres Erachtens offen, ob dies eine unabdingbare Voraussetzung sei, oder ob von den privaten Krankenkassen, die sich im Rahmen der Bürgerversicherung engagieren, nicht exakt dieselben Bedingungen gelten müssten wie bei den gesetzlichen Krankenkassen. Dissens gab es v.a. mit den Vertretern und Vertreterinnen der privaten Krankenkassen, die die Bürgerversicherung an sich ablehnen. Sie sind jedoch bereit, über eine Reform zur Einführung wettbewerblicher Elemente in die PKV zu diskutieren. Neben den oben genannten Kriterien wurden weitere angesprochen, die bei der Realisierung der Bürgerversicherung zu berücksichtigen sind:

1. Die Entlastung bei Arbeitskosten.
2. Die Korrektur der Einnahmeschwäche der Krankenversicherung.
3. Die Sicherung gegen die demografischen Risiken.
4. Die Verringerung der Qualitäts- und Effizienzdefizite bzw. der Unvollständigkeiten in der bestehenden Wettbewerbsordnung. Aus den genannten Unterschieden und den Kriterien ist erkennbar, dass die Frage immer im Raume stand: Welche schon bestehenden Systemschwächen, Defizite und Verwerfungen sollte man gleichzeitig oder im Rahmen der Bürgerversicherung korrigieren? Die Antwort hängt zweifelsohne von der Liste der Kritikpunkte ab, die man dem gegenwärtigen System entgegenbringt.

2. Die Rolle des Wettbewerbs

1. Ist der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung eher sicherzustellen – wenn GKV und PKV unter gleichen Systembedingungen oder – wenn GKV und PKV unter unterschiedlichen Systembedingungen (wie bisher gegeben) konkurrieren? 2. Setzt ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen GKV- und PKV-Kassen eine völlige Wahlfreiheit aller Versicherten in beide Richtungen voraus? 3. Welche Wettbewerbsparameter sollten von den GKV- und PKV-Kassen im Wettbewerb einsetzbar sein (Tarifgestaltung, Vertragsbedingungen etc.)? 4. Inwiefern stellt die Tragfähigkeit der Altersrückstellungen der PKV eine Voraussetzung dar für einen Systemwettbewerb der GKV und PKV (d.h. unter Fortbestand beider als getrennte Systeme)? 5. Würde eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV Konvergenzprozesse der Systeme auslösen, weil bestehende Unterschiede in den Wettbewerbsbedingungen zu Forderungen nach Angleichung der Wettbewerbsbedingungen führen würden? 6. Wäre es nicht effizienter, anstelle auf solche Konvergenzprozesse zu setzen sofort einheitliche Wettbewerbsbedingungen im Rahmen einer Bürgerversicherung zu schaffen? Es gab im Rahmen der Anhörungen einen sehr breiten Konsens darüber, dass derzeit von einem Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht die Rede sein kann. Wettbewerb setzt Wahlfreiheit voraus: Ein großer Teil der Versicherten, die unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Erwerbseinkommen beziehen, hat gar keine Wechselmöglichkeit zu einer privaten Krankenversicherung. Ähnlich verhält es sich mit Beamten, die sich freiwillig in der GKV versichern wollen, doch nur zu dem sehr hohen Preis, den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmerbeitrag allein zu tragen. Bisher besteht für besser Verdienende die Möglichkeit, sich dem solidarischen GKV-System zu entziehen und sich privat zu

versichern. Insofern nimmt die Debatte ihren Ausgangspunkt in einer Situation, in der nicht ernsthaft von einem schützenswerten Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung gesprochen werden kann. Zudem gibt es innerhalb der privaten Krankenversicherung Wettbewerb nur um Neuverträge, von einem Wettbewerb um Bestandsversicherte kann nicht die Rede sein. Ursächlich dafür ist zum einen die fehlende Möglichkeit, die Altersrückstellungen beim Wechsel des Versicherers mitzunehmen. Zum anderen besitzen die privaten Krankenversicherungsunternehmen, anders als die gesetzlichen Krankenkassen, keine Möglichkeit, ihre Wettbewerbssituation durch die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern zu beeinflussen. Vielmehr sind sie an die ärztliche Gebührenordnung gebunden, die die Abrechnung einer Leistung bis zum 2,3fachen Satz im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung erlaubt. Nach einhelliger Meinung – und an diesem Punkt bestand auch Einigkeit mit den Vertretern der Arbeitgeberseite und der privaten Versicherungswirtschaft – besteht akuter Handlungsbedarf, um den Wettbewerb unter den Unternehmen der privaten Versicherungswirtschaft auszubauen. Dies wird bekräftigt durch den Bericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, die vom Bundesministerium für Justiz eingesetzt worden war. Es besteht also ein breiter Konsens über den Reformbedarf im System der privaten Krankenversicherung. Insofern ist zu hoffen, dass die Diskussion um die Bürgerversicherung die entsprechende Veränderungsdynamik auf diesem Feld entfaltet. Der Ausbau der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer solidarischen Bürgerversicherung würde den Wettbewerb stärken, da er den nicht vorhandenen Systemwettbewerb durch ein wirklich wettbewerbliches System ersetzen würde, das die Auswahlmöglichkeiten der Versicherten erweitert. Bei der Frage, ob der Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen innerhalb des Systems der solidarischen Bürgerversicherung zugelassen werden sollte, bestand große Einigkeit, dass dies nur dann produktive Wirkung wird entfalten können, wenn für gesetzliche und private Kassen die gleichen einheitlichen Bedingungen gelten. Hervorgehoben wurden insbesondere: ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, die solidarische beitragsbezogene Finanzierung, die Existenz von Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern und ein einheitlicher Risikostrukturausgleich, der einen Wettbewerb um gute Risiken ausschalten soll. Herausgearbeitet wurde, dass dann gleiche Bedingungen auch im Hinblick auf die zu bedienenden Geschäftsfelder herrschen müssen, sodass nicht beispielsweise ein Versicherungszweig Eigeneinrichtungen gründen darf und der andere nicht. Als Unterschied zwischen gesetzlichen und privaten Kassen würde die unterschiedliche Rechtsform und die Gewinnerzielungsabsicht der privaten Krankenversicherungen verbleiben. Letztere hätten zudem die Möglichkeit, sich auf dem Kapitalmarkt zu verschulden, was den gesetzlichen Kassen verwehrt wird. Allerdings wurde diese Position nicht ungeteilt vertreten, vielmehr wurde wie folgt argumentiert: Wenn die privaten Versicherungen unter GKV-Bedingungen arbeiten sollen, dann stellt sich die Frage, wozu man eine solche Konstruktion braucht, wenn es eine GKV schon gibt? Zudem wäre eine Selbstverwaltung der Beiträge der Versicherten in den PKV-Unternehmen schwer zu ermöglichen: Diese wird aber im Sinne einer zivilgesellschaftlichen Kontrolle als wichtig erachtet. Allenfalls wegen der politischen Umsetzbarkeit des Konzepts der Bürgerversicherung erklärten sich einige der Kritiker des Einbezugs der PKV in die solidarische Bürgerversicherung bereit, ihre Bedenken hintanzustellen, wenn denn gewährleistet wird, dass der Wettbewerb auch wirklich zu gleichen Bedingungen stattfindet. Andere wiederum plädierten offen für eine Reduzierung der privaten Versicherungsunternehmen auf das Zusatzversicherungsgeschäft.

3. Leistungskatalog/-verzeichnis/-vergütung 1. Bedeutet die Einführung einer Bürgerversicherung automatisch ein Festhalten am bestehenden Leistungskatalog der GKV 2004? 2. Können auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen für ihre Vollversicherten bzw. für potenzielle Neukunden eine Bürgerversicherung bei bestehendem GKV-Leistungskatalog anbieten? 3. Ein einheitliches und gemeinsames Leistungsverzeichnis für gesetzlich und privat Versicherte? 4. Erfordert die Einführung einer Bürgerversicherung auch bei organisatorischem Fortbestand der PKVen eine Vereinheitlichung der Vergütung von Arzneimitteln, der Haus- und Fachärzte und anderer Leistungserbringer? Es bestand ein überwältigender Konsens, dass im Rahmen der Bürgerversicherung unter allen beteiligten Kassen, ob gesetzliche oder private, der gleiche Leistungskatalog vorliegen müsse. Und dass bei der Honorierung der Ärztinnen und Ärzte dasselbe Vergütungssystem Anwendung finden müsste. Ansonsten könnte es eine Korrelation zwischen Bezahlung und Qualität der Behandlungen geben, die auf eine Zweiklassenmedizin hinausläufe. Deshalb darf es keine diskriminierenden Unterschiede in der Vergütung der Leistungen und in der Behandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Bürgerversicherung geben.

4. Beitragsgrundlagen 1. Wie würde sich die Einbeziehung der bisherigen PKV-Vollversicherten auf deren Beitragshöhe auswirken? Auf die Beitragseinnahmen insgesamt? 2. Wieweit soll die Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung weiterer Einkommensbestandteile – aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinkünften usw. – verbreitert werden? 3. Wie soll die Beitragsbemessungsgrenze beim Übergang in die Bürgerversicherung gestaltet werden? 4. Welche unerwünschten Verteilungswirkungen sind durch das Zusammenwirken von Beitragsbemessungsgrenze und Einbezug weiterer Einkommensarten zu erwarten und wie können diese vermieden werden? 5. Wie soll der Arbeitgeberbeitrag beim Übergang in die Bürgerversicherung festgelegt werden? 6. Soll beim Übergang zur Bürgerversicherung das Umlageverfahren – wie bisher in der GKV – für alle Kassen aufrechterhalten werden? Bei der Beantwortung der Fragen zu den Beitragsgrundlagen wurden unterschiedliche Prinzipien betont. Erstens, das Prinzip der Beitragsbemessung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit: Nur auf dieser Grundlage kann das Prinzip der Solidarität realisiert werden. Zweitens, das Prinzip der Gleichheit, wonach gleiche Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Versicherten der

unterschiedlichen Kassenarten bestehen müssen. Und drittens, das Prinzip der Offenheit und Effizienz, das sicherstellen soll, dass ein möglichst produktiver Wettbewerb um Qualität und Effizienz des Systems angeregt wird. Als Konsequenz aus diesen Prinzipien wurde erkennbar, dass die Versicherungspflichtgrenze fallen muss, und dass darüber hinaus eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nicht unbedingt zwingend ist. Dasselbe gilt für die Frage, ob es eine einheitliche Beitragsbemessungsgrenze für verschiedene Einkommensarten oder getrennte Beitragsbemessungsgrenzen geben würde. Es wurden gewichtige Argumente vorgetragen, dass trotz der schlichten und einfachen Klarheit der Maxime, dass die Leistungsfähigkeit von Einkommenshöhe und unter Einbeziehung aller Einkommensarten erfolgen müsste, die politische Pragmatik einen Fortbestand von Beitragsbemessungsgrenzen nahe legen würde. Denn nur so könnte die politische und rechtliche Durchsetzbarkeit einer Bürgerversicherung besser gewährleistet werden. Monatsbeiträge in fünf- oder sechsstelligen Größenordnungen seien nicht darstellbar. Zudem müsse in gewissem Maße die Frage der Verhältnismäßigkeit zwischen Beitragszahlung und Leistungsanspruchnahme gewährleistet bleiben. Das Fazit war, dass damit die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze kein politisch-realistisches Szenario darstellen würde, und dass die Forderung danach mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Misserfolg bei der konkreten Umsetzung einer solidarischen Bürgerversicherung führen würde. Anhand dieser allgemeinen Überlegungen wurde ein sehr konkreter Vorschlag für die praktische Umsetzung gemacht und diskutiert, der folgende Eigenschaften aufweist: Eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten; eine umfassende Erweiterung der Versicherungspflicht; drittens, die Umsetzung von getrennten Beitragskreisen. Somit enthält dieser Vorschlag zwei Beitragsbemessungsgrenzen: Die erste umfasst alle Einnahmen, die im Zusammenhang mit abhängiger und selbständiger Erwerbsarbeit bzw. davon abgeleiteten Erwerbseinkommen entstehen (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Rentenzahlungen, Versorgungsbezüge und Einnahmen aus Arbeitslosengeld etc., auch Sozialhilfe). Dieser Vorschlag sieht vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze 1 gegenüber der jetzt bestehenden nicht angehoben würde (3.487,50 Euro im Jahr 2004). Dagegen umfasst die Beitragsbemessungsgrenze 2 Vermögenseinkommen, d.h. Einnahmen aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung. Dabei soll ein Sparerfreibetrag angewandt werden (1.124,- Euro im Jahr 2004). Auch hier wiederum soll eine getrennte Beitragsbemessungsgrenze, aber in derselben Höhe wie die bestehende Beitragsbemessungsgrenze 1, Anwendung finden. Bezüglich der Umsetzbarkeit dieses Vorschlags sind mehrere Argumente vorgetragen worden: Da er sich am bestehenden Verfahren (Quellenabzug) orientiert, kann dieses weitgehend belassen werden. Es müssen keine neuen Bürokratien bei den Kassen aufgebaut werden. Das aktuelle Lohnabzugsverfahren bleibt ebenfalls erhalten. Bei Rentnern werden die Beiträge durch die Rentenversicherung wie bisher auch direkt abgeführt und die Versorgungsbezüge über die Zahlstellen (wie bisher). Selbständigen-Arbeitseinkommen werden durch die Krankenkasse über Einkommensteuerbescheide wie bisher erfasst. Wesentlich ist der Vorschlag, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2 durch das Finanzamt im Rahmen der individuellen Steuererklärung (Jahresbetrachtung) festgestellt wird. Nachdem diese ermittelt und abgezogen bzw. an die Krankenkassen zugewiesen würden, sofern Kapitaleinkünfte oberhalb des Freibetrags vorliegen, wäre diese Finanzierungskomponente einer praktischen Lösung zugeführt. Von dem Modell der zwei Beitragsbemessungssäulen wird erwartet – und dies zu Recht –, dass verhindert wird, dass nur diejenigen zu Beiträgen aus Vermietung, Verpachtung etc. herangezogen werden, deren Arbeitsentgelt unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleibt. Wird nämlich mit dem Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze 1 erreicht, werden aber die weiteren Einkünfte über die Beitragsbemessungsgrenze 2 ebenfalls bei den vorhandenen weiteren Einkünften erfasst. Dies stellt sicher, dass das Prinzip der Finanzierung nach Leistungsfähigkeit in einem umfassenderen Sinne realisiert wird, als wenn durch nur eine Beitragsbemessungsgrenze gerade die mittleren Einkommen, die unter dieser Grenze liegen, zusätzlich belastet werden. Darüber hinaus soll beim Arbeitsentgelt, bei den Renten und bei den Versorgungsbezügen das Bruttoprinzip gelten, bei den Vermögenseinkommen der horizontale Verlustausgleich und die Freibetragsregelung. Und es soll keine Beitragsanteile der Arbeitgeber bei der Beitragsbemessungsgrenze 2 geben. Angesichts der politischen Diskussion der Vergangenheit ist zu begrüßen, dass der Faktor Arbeit durch sinkende Beitragssätze im Rahmen der Bürgerversicherung sukzessive entlastet wird. Somit kann keine Gefährdung der Arbeitsplätze durch steigende Lohnnebenkosten unterstellt werden. Darüber hinaus sind u.E. solche Vorschläge öffentlich besonders vermittelbar, die möglichst auf bestehenden Säulen der Beitragsgestaltung aufbauen und diese ausweiten, statt sie vollständig zu ersetzen. Zweifelsohne hat es auch Vertreterinnen und Vertreter bei den Anhörungen gegeben, die die Beitragsbemessungsgrenze auf Erwerbseinkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anheben wollten und wollen. Jedoch sollten gerade in diesem Zusammenhang Modellrechnungen vorgenommen werden, um die Auswirkungen besser bewerten zu können.

5. Rolle des Risikostrukturausgleichs

1. Ist die Einbeziehung der PKV (Risikostrukturausgleich) in den RSA als Alternative zur Vereinheitlichung der Versicherungssysteme GKV und PKV anzusehen, weil alle Krankenversicherten zur Finanzierung der Solidaraufgaben herangezogen werden?
2. Setzt ein systemübergreifender RSA die vom Gesetzgeber bereits für das Jahr 2007 beschlossene Morbiditätsorientierung des RSA voraus?
3. Ist auch für einen systemübergreifenden RSA die Einbeziehung aller Einkommensarten (und nicht nur von Lohnverdienst) erforderlich, weil sonst Verzerrungen bei der Berechnung des Finanzkraftausgleichs unvermeidlich sind?
4. Müssen zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen auch Beamte mit ihrer vollen Finanzkraft in den RSA einbezogen werden?
5. Führt ein

systemübergreifender RSA zur Entlastung von GKV- und zur Belastung von PKV-Kassen? 6. Welche zusätzlichen Daten müssen PKV-Kassen erheben, um die für den übergreifenden RSA erforderliche Finanzkraft und den Beitragsbedarf berechnen zu können? Die Anhörungen ergaben eine einheitliche Antwort, nämlich dass der Risikostrukturausgleich auch nach Einführung einer Bürgerversicherung notwendig ist und bleibt. Denn die Funktionen des Risikostrukturausgleichs bleiben gegenüber der jetzigen Situation unverändert: Es sollen die Faktoren, die die einzelne Kasse selbst nicht beeinflussen kann, nämlich die unterschiedlichen Eigenschaften des Versichertenkollektivs – somit die unterschiedlichen Risiken – neutralisiert werden, sodass der Wettbewerb um Versicherte tatsächlich ein fairer und chancengleicher Wettbewerb sein kann. Wenn darüber hinaus ein gegliedertes System fortbesteht, wie von allen befürwortet, ob es nun Kassen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung sind, die Bürgerversicherungen anbieten, und solange Wahlmöglichkeiten für Versicherte zwischen Anbietern bestehen, müssen auch diese entstandenen Risikounterschiede zwischen den Kassen bzw. zwischen den Anbietern von Kassenleistungen über einen Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden. Nur so kann »Waffengleichheit« bzw. ein Wettbewerb mit »gleich langen Spießen« gewährleistet werden. Zudem soll der Risikostrukturausgleich so gestaltet werden, dass keine Anreize bestehen, Kranke nicht zu behandeln oder schlechter zu behandeln. Dies wird vor allem durch eine korrekte Umsetzung der bestehenden Beschlusslage in Richtung morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich gewährleistet. Zweifelsohne würde sich die Risikostruktur durch den allmählichen Übergang und durch die Tatsache, dass jüngere Beamte und Selbständige in die Bürgerversicherung aufgenommen werden, im Laufe der Zeit verbessern. Dies würde die bestehende Verwerfung korrigieren, dass sich vor allem Kinderlose und kinderlose Zweiverdienerehepaare heute oft dem Solidarausgleich entziehen, indem sie die private Krankenversicherung wählen. Neu hinzukommende Angestellte, Arbeiter und Arbeiterinnen mit höherem Einkommen und zumindest anfänglich besserer Gesundheit führen zu einer günstigeren Risikostruktur in der Bürgerversicherung. Die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten hat zweifelsohne Konsequenzen für den Risikostrukturausgleich. Denn die Beitragsbemessungsgrundlage wird erweitert. Und bei unveränderten Ausgaben ermöglicht sie eine Beitragssatzsenkung. Abschließend folgerten die Expertinnen und Experten, dass eine Koexistenz unterschiedlich konkurrierender Systeme der GKV und PKV nicht sinnvoll wäre. Sinnvoll wäre es dagegen, dass die PKV die Altverträge auslaufen ließe und neue Verträge mit denselben Kriterien wie die GKV (d.h. Umlagefinanzierung) anbieten würde, und dies bei einkommensbezogenen Beiträgen und bei einem einheitlichen Leistungskatalog. Damit wäre der Risikostrukturausgleich in der PKV wie in der GKV ausgestaltet. Für Zusatzversicherungen dagegen, die nicht nur die PKV- sondern – bei »gleich langen Spießen« – auch die GKV-Kassen anbieten können müssten, wären die Tarife risikoäquivalent zu kalkulieren. Und sie müssten kapitalgedeckt sein. Diese Zusatzversicherungen könnten dann nicht in einem Risikostrukturausgleich eingebunden werden.

6. Rechtliche Fragen Aus juristischer Sicht stellen sich verschiedene Fragen, beispielsweise: Ist eine Bürgerversicherung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, aus verfassungsrechtlicher Sicht, aus EU-rechtlicher Sicht und aus auslandsrechtlich rechtsvergleichender Sicht zulässig? Schon die Evidenz des ersten Anscheins zeigt, dass auslandsrechtlich keine Probleme auftreten sollten, denn in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union finden wir in der Regel eher Bürgerversicherungen bzw. Wohnerversicherungen, sodass die zur Zeit bestehende deutsche Form der Sozialversicherung eher eine Ausnahme darstellt. Sie orientiert sich aus historischen Gründen noch immer an bestimmten Personengruppen bzw. Kategorien der Bevölkerung, während die Systeme anderer Länder sich darüber hinaus entwickelt haben. Unter den europäischen Systemen der sozialen Sicherung sind erstens das Modell des steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienstes, aber zweitens auch das Modell der beitragsfinanzierten Krankenversicherung wie in den Niederlanden oder in Österreich zu finden, die alle viel stärkere Elemente der Wohnerversicherung aufweisen, als wir sie in der Bundesrepublik Deutschland vorfinden. Insgesamt urteilen die juristischen Experten, dass die Bürgerversicherung rechtlich und verfassungsrechtlich möglich ist, auch wenn mehrere Fragen in diesem Zusammenhang aufgeworfen werden: 1. Ist der Zugriff auf alle Einkommensbezieher in Deutschland rechtlich zulässig, d.h. dürfen wir überhaupt alle Personen mit Einkommensbezug in die Krankenversicherung aufnehmen? 2. Wird nicht ein Versicherungsmonopol zu Lasten der Privatversicherung errichtet, da es in bestimmten Bereichen dann keine Privatversicherung mehr geben würde? 3. Wie sieht es mit dem Bestand an Versicherungsverträgen und Versicherungsanwartschaften bei den Privatversicherungen aus? Vor allem: welche Folgen hat die Bürgerversicherung für Beamte, die Anspruch auf Beihilfe haben und diesen Anspruch möglicherweise verlieren würden? 4. Kollidiert der Sozialversicherungsbeitrag, der von allen Personen erhoben wird, mit dem Problem der Steuer, weil ja bisher zwischen Beitrag und Steuer immer klar unterschieden wurde? Der Beitrag ist dadurch gekennzeichnet, dass er für bestimmte Zwecke – beispielsweise die Absicherung des Krankheitsrisikos – vorgesehen wird. Zu all den genannten Fragen haben die Experten und Expertinnen Antworten geliefert. Und sie haben sich dabei auch auf Präzedenzfälle gestützt, wie die Künstler-Sozialversicherung und die Pflegeversicherung. In beiden Fällen hat das Bundesverfassungsgericht eindeutig entschieden und den Spielraum für die Umsetzung einer Bürgerversicherung deutlich erweitert. Deshalb die Folgerung: Ein an der Leistungsfähigkeit orientierter Versicherungsbeitrag im Rahmen einer Bürgerversicherung ist möglich. Zudem kann eine soziale Schutzbedürftigkeit auch bei hohen Einkommensbeziehern nicht verleugnet werden. Und schließlich kann der Staat als Arbeitgeber der Beamten ihren Schutz auf verschiedene Weise, auch im Rahmen einer Bürgerversicherung, regeln. Zweifelsohne würde die Bürgerversicherung in den Bestand von bestehenden Versicherungsverträgen bei der PKV eingreifen. Deshalb wären nach Meinung der Experten für einen

großen Personenkreis Übergangsregelungen zu schaffen, insbesondere für Beamte. Was die Rolle der privaten Krankenkassen angeht, so argumentieren sie, wird durch die Zusatzversicherung ein immer größerer Markt geschaffen, der ihnen das Grundrecht der Berufsfreiheit durchaus ermöglicht. Was die Frage der Monopolbildung angeht, hat beispielsweise das Urteil vom 16. März 2004 bzgl. der Festbetragsregeln (dass diese Regelungen der deutschen Krankenkassen mit dem EU-Recht vereinbar sind) Freiräume für eine Bürgerversicherung geschaffen. Wesentlich ist jedoch, dass derartige Monopole zu sozialen Zwecken solidarisch ausgestaltet und mit einem Umverteilungselement versehen sind, sodass sie keine Unternehmen im Sinne des EU-Kartellrechts darstellen. Als Implikation deutet es darauf hin, dass Sozialversicherungsmodelle, insbesondere die Bürgerversicherung, auf Solidarität aufbauen müssen, dass keine Prämien, sondern Beiträge vorgesehen sind, die nach dem Einkommen festgesetzt werden. Wenn so vorgegangen wird, dann sind sie auch EU-kartellrechtsfest. (Dagegen urteilen die Experten, dass Kopfprämien nach dem Vorschlag der Herzog-Kommission mit dem europäischen Kartellrecht nicht vereinbar wären). Als allgemeines Fazit kann festgehalten werden, dass ein System mit stark solidarischer Ausgestaltung vor dem gemeinsamen Markt, vor Liberalisierung, Deregulierung usw. Bestand haben kann. Und zweitens, dass die Entwicklung in Deutschland in Richtung einer Bürgerversicherung eine Annäherung an den europäischen Standard darstellt, sozusagen unter europapolitischen Gesichtspunkten zu empfehlen ist. **7.**

Übergangsprobleme 1. Welche Übergangsprobleme zur Bürgerversicherung gibt es insbesondere für die bisher in der PKV Vollversicherten? Für Neukunden? 2. Sollte der Übergang zur Bürgerversicherung in einem Schritt – also ohne Bestandsschutz für die bisherigen PKV-Vollversicherten – erfolgen? Ist dies rechtlich zulässig? 3. Wie lange muss bei einer Beschränkung der Bürgerversicherung auf Neukunden der PKV (d.h. bei Beachtung eines Bestandsschutzes für bisherige PKV-Vollversicherte) der Übergangszeitraum festgelegt werden, bis zu dem die gesamte Bevölkerung in der Bürgerversicherung versichert ist? 4. Sollte den bisherig PKV-Vollversicherten eine Wechseloption zur GKV eingeräumt werden? Würde dies zu einer negativen Selektion zu Lasten der GKV führen? 5. Was geschieht mit den PKV-Altersrückstellungen beim Übergang in die Bürgerversicherung? Welche Alternativen sind zu bewerten? Im Rahmen der Einführung müsste eine Reihe von Sondersystemen wie Bundesknappschaft und landwirtschaftliche Krankenversicherung angeglichen werden. Zudem müsste die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen weitergeführt werden, um die Regeln zur Errichtung, Erweiterung und Öffnung von Krankenkassen anzugleichen. Im Übergang zur Bürgerversicherung ist mit Kommunikationsproblemen zu rechnen, da es Gewinner geben wird, deren Beitragsbelastung abnimmt und Verlierer, deren Beitragsbelastung zunimmt, trotz der zu erwartenden Senkung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes. Insofern sind die Anforderungen an die Kommunikation durch Politik und Gesetzgeber in der Umsetzungsphase hoch. Beim Einbezug von Beamtinnen und Beamten ist die Frage der Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte zu beachten. Nach Simulationen durch das IGES-Institut ist bei einer sukzessiven Übernahme neuer Beamter in die Bürgerversicherung in der Anfangsphase mit einer deutlichen Zunahme der Ausgaben zu rechnen. Dieser Effekt rührt daher, dass für die neu in der GKV versicherten Beamten der Arbeitgeberanteil aufgebracht werden müsste. Der Trend zur Zunahme der Ausgaben würde seinen Höhepunkt nach 20 Jahren erreichen. Langfristig ergibt sich jedoch eine deutliche Entlastung. Mit dem gleichen Effekt ist jedoch auch zu rechnen, wenn man künftig Beamte nur noch in Kernbereichen staatlicher Hoheitsaufgaben einsetzt und ansonsten verstärkt zur Anstellung im öffentlichen Dienst übergeht, wie dies im Zuge der Dienstrechtsreform angedacht ist. Wählt man hingegen ein Modell, in dem alle Beamten, auch der Bestand, in die Bürgerversicherung übernommen werden, dann würde sich der Entlastungseffekt gleich in voller Höhe einstellen. Es ist daher ein Modell zu wählen, das einen sinnvollen Kompromiss darstellt zwischen der Anforderung an eine schnelle Entlastung der öffentlichen Haushalte und der juristischen Anforderung an lange Übergangszeiten, um dem Bestandsschutz der bislang privat Versicherten Genüge zu leisten. Ein weiteres Problem stellt sich im Hinblick auf die Übertragung von Altersrückstellungen beim Übergang bislang privat Versicherter in die Bürgerversicherung. Dieses Problem würde sich bei einem Modell des schnellen Übergangs genauso stellen wie in einem Modell mit langsamem Übergang, bei dem man aber den Bestandsversicherten in der PKV die einmalige Option zum Übertritt in die Bürgerversicherung einräumt. Hinsichtlich der Überführung der Altersrückstellungen wäre ein Modell denkbar, das die Ausschüttung in dem Moment vornimmt, in dem sie nach versicherungsmathematischen Kalkülen ohnehin vorgenommen werden würde, um die Beitragssätze der privat Versicherten im Alter zu stützen. Auf dem bisherigen Stand der Diskussion wird als juristisch sauberste Lösung ein Stichtagsmodell empfohlen. Ab einem solchen sollten neue Selbständige und neue Beamte in die Bürgerversicherung übernommen werden. Ein Optionsmodell würde zu Verwerfungen aufgrund von Risikoselektion führen.

Leseprobe 3

Inhalt:

Vorbemerkung der Herausgeber

Ursula Engelen-Kefer

Vorwort (Leseprobe)

Teil 1

Mögliche Rollen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen im Rahmen der Bürgerversicherung

Martin Pfaff

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

Heinz Stapf-Finé

Deutscher Gewerkschaftsbund

Karl Lauterbach

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Wilhelm Schröder

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)

Michael Weller

AOK-Bundesverband

Robert Paquet

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)

Sylvia Weber

IKK-Bundesverband

Birgit Mickley

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes

Christian Weber

Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

Barbara Stolterfoht

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Ursula Engelen-Kefer

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Alexander Gunkel

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Teil 2

Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrundlagen

Heinz Stapf-Finé

Deutscher Gewerkschaftsbund

Martin Pfaff

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK

Frank Nullmeier

Universität Bremen

Bernd Schulte

Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Sozialrecht, München

Thomas Isenberg

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Birgit Mickley

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes

Christopher Hermann

AOK Baden-Württemberg

Robert Paquet

BKK-Bundesverband

Joachim Rock

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Franz Knieps

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Hartmut Reiners

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Brandenburg

Teil 3

Risikostrukturausgleich – rechtliche Bedenken – Übergangsprobleme

Martin Pfaff

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Heinz Stapf-Finé

Deutscher Gewerkschaftsbund

Anita Pfaff

Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES)
Wilhelm F. Schröder
Institut für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin (IGES)
Karl-Jürgen Bieback
Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik (HWP)
Birgit Mickley
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes
Fritz Schösser
AOK-Bundesverband
Klaus-Detlef Dietz
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)
Gernot Kiefer
IKK-Bundesverband
Ellen Paschke
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Martin Pfaff / Heinz Stapf-Finé

Konkrete Umsetzung der Bürgerversicherung (Leseprobe)

Die Ergebnisse der drei Anhörungen

1. Allgemeine Modellkonzeption
2. Die Rolle des Wettbewerbs
3. Leistungskatalog/-verzeichnis/-vergütung
4. Beitragsgrundlagen
5. Rolle des Risikostrukturausgleichs
6. Rechtliche Fragen
7. Übergangsprobleme

Beteiligte Expertinnen und Experten

Mitgliedsorganisationen im Netzwerk Gesundheit

Abkürzungsverzeichnis

Autorenreferenz

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback, Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik **Klaus-Detlef Dietz**, Geschäftsführer Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) **Dr. Ursula Engelen-Kefer**, Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) **Alexander Gunkel**, Mitglied der Hauptgeschäftsführung der BDA **Dr. Christopher Hermann**, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg **Thomas Isenberg**, Fachbereichsleiter Gesundheit und Ernährung, Verbraucherzentrale Bundesverband **Dr. Klaus Jacobs**, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO), Bonn **Gernot Kiefer**, Mitglied des Vorstandes des IKK-Bundesverbandes **Franz Knieps**, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung **Armin Lang**, Mitglied des Landtages des Saarlandes **Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach**, Universität zu Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie **Birgit Mickley**, Abteilungsleiterin Verbandspolitik und Öffentlichkeitsarbeit beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) **Prof. Dr. Frank Nullmeier**, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik **Dr. Robert Paquet**, Leiter der Berliner Dependence des BKK-Bundesverbandes **Ellen Paschke**, Mitglied des ver.di Bundesvorstandes **Prof. Dr. Anita Pfaff**, Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Stadtbergen und Universität Augsburg **Prof. Dr. Martin Pfaff**, Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES), Stadtbergen, und Bundesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) **Hartmut Reiners**, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Brandenburg **Joachim Rock**, Referent der Vorsitzenden des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes **Fritz Schösser**, Vorsitzender des DGB Bayern, Mitglied des Bundestages, Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes **Wilhelm F. Schröder**, Geschäftsführer des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin **Dr. Bernd Schulte**, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München **Dr. Thomas Spies**, Mitglied des Hessischen Landtages **Jürgen Stachan**, Gewerkschaftssekretär Bundesfachgruppe Finanzdienstleistungen, ver.di-Bundesvorstand **Dr. Heinz Stapf-Finé**, Leiter der Abteilung Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand **Barbara Stolterfoht**, Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes **Christian Weber**, Geschäftsführer Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) **Sylvia Weber**, Abteilungsleiterin Stabsabteilung Verbandspolitik beim IKK-Bundesverband **Michael Weller**, Leiter des Stabsbereiches Politik beim AOK Bundesverband

Zum Thema außerdem

Reformoption Bürgerversicherung

Sozialstaat – solidarisch, effizient, zukunftssicher

