Thomas Gerlinger und Rolf Rosenbrock

Bevölkerungsakzeptanz und Reformoptionen

Die GKV und ihre Entwicklung im Lichte von Versichertenbefragungen

Mit dem Anfang 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG 2004) wurde als Reaktion auf die fortschreitende Einnahmeerosion der GKV (SVR 2003) der bereits von früheren Bundesregierungen beschrittene Weg der Ausgrenzung von Leistungen und der Verlagerung von Finanzierungslasten auf die Schultern der Versicherten und Patienten fortgesetzt. Das Gesetz stellt den – wohl vorläufigen – Höhepunkt dieser Entwicklung dar. Der nachfolgende Beitrag geht der Frage nach, in welchem Verhältnis diese Entwicklungen zu den artikulierten Interessen und Bedürfnissen der Versicherten stehen, ob und inwieweit sie sich auf die Wahrnehmung und Bewertung der GKV durch die Bevölkerung auswirken und welche Schlussfolgerungen daraus für die Akzeptanz der gegenwärtig diskutierten Optionen zur Reform der GKV-Finanzierung gezogen werden können.

1. Das Solidarprinzp der GKV in der Wahrnehmung der Bevölkerung

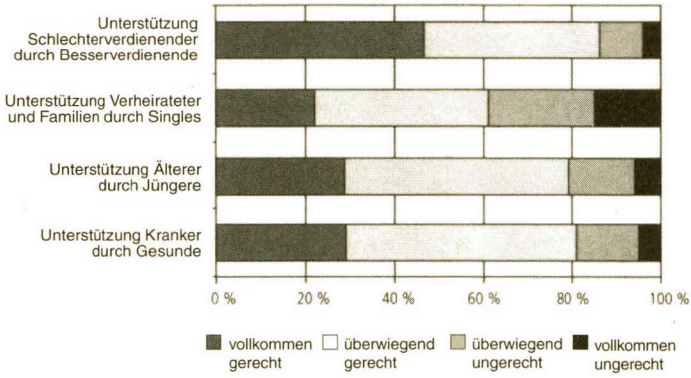
In Deutschland wurden Befragungen über die Wahrnehmung und Bewertung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Bevölkerung erst recht spät in Angriff genommen. Mittlerweile aber existiert ein recht dichtes Netz von Informationen darüber, wie Bürger, Versicherte und Patienten die distributiven und allokativen Wirkungen des Krankenversicherungssystems wahrnehmen und bewerten. Nicht immer sind die einschlägigen Ergebnisse eindeutig oder frei von Widersprüchen (Zok 2002); bei manchen Befragungen ist auch zu berücksichtigen, dass die Fragestellungen von den Interessen der Auftraggeber (mit)geleitet sein mögen. Dennoch lässt sich im Hinblick auf wichtige Aspekte der Wahrnehmung des Gesundheitssystems ein recht klar konturiertes Bild zeichnen.

Dabei sticht hervor, dass das Solidarprinzip in der Bevölkerung stark verankert ist. Dies wurde in allen quantitativen und qualitativen Erhebungen seit Anfang der 90er Jahre bestätigt (Offe o.J.; MAGS 1995; Marstedt et al. 1996; Ullrich 2000, 2002a; Roller 1996; Mau 1997;

Wasem 1999; Nolting/Wasem 2002; Zok 2002, 2003; Böcken/Braun/Schnee 2004). So kommt z.B. eine im Auftrag des Unternehmens Janssen-Cilag GmbH durchgeführte Umfrage zu dem Ergebnis, dass das Solidarprinzip »von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert« wird (Wasem 1999: 74).

Aus einer der jüngsten repräsentativen Studien zu diesem Themenkomplex, dem von der Bertelsmann Stiftung durchgeführten »Gesundheitsmonitor« (Böcken/Braun/Schnee 2002), wird deutlich, dass sich diese hohe Akzeptanz auf alle vier distributiven Komponenten des Solidarprinzips bezieht (Abbildung 1).

Abbildung 1: Von Versicherten wahrgenommene Gerechtigkeit der einzelnen Umverteilungsfunktionen des Solidarprinzips



Quelle: Marstedt 2002: 120

Die Dimensionen »Einkommensumverteilung«, »Generationenausgleich« und »Risikoausgleich« werden von jeweils mehr als 80 % der Befragten als »vollkommen gerecht« oder »überwiegend gerecht« bezeichnet. Diese Zustimmungsquoten sind umso erstaunlicher, als die GKV mit ihrer bis auf das Krankengeld durchgängigen Nicht-Berücksichtigung des Äquivalenzprinzips erheblich höhere Anforderungen an die Solidaritätsbereitschaft der Versicherten stellt als die anderen Zweige der Sozialversicherung (Ullrich 1996). Lediglich die Unterstützung des Familienlastenausgleichs fällt deutlich schwächer aus. Hier verdoppelt sich der Anteil kritischer Stimmen, die ansonsten bei knapp 20 % liegen, auf nahezu 40 %. Eine sehr ähnliche Verteilung ergab auch der GKV-Monitor des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) (Zok 2003:

64), der Einstellungen bei den GKV-Versicherten erhebt. Aber immerhin findet der Familienlastausgleich noch bei mehr als 60 % der Befragten Unterstützung.

Ein genauerer Blick auf die Einstellungen zur beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen zeigt, dass die Befragten sehr stark danach differenzieren, wer in den Genuss der beitragsfreien Mitversicherung kommt (Schnee/Böcken 2004: 15f.). Als »vollkommen gerecht« bezeichnen sie beinahe 80 % der Befragten, wenn es dabei um die Kinder geht. Dieser Wert sinkt auf knapp unter 60 % bei der Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und Kinder erziehen und auf unter 20 % bei der Mitversicherung von Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind und keine Kinder erziehen. Augenscheinlich werden insbesondere Nicht-Erwerbstätige, die keine Kinder erziehen – anders als Kranke, Ältere und Ärmere – nicht *per se* als »Schwächere« wahrgenommen, für die man bereit ist, finanzielle Unterstützung zu leisten.

Gewisse Differenzierungen in der Akzeptanz bzw. Unterstützung des Solidarprinzips zeigen sich auch in Abhängigkeit von der Wahrnehmung der jeweiligen persönlichen Betroffenheit, vor allem zwischen »Gebern« (Belasteten) und »Nehmern« (Begünstigten) (Tabelle 1). Jedoch bleiben auch hier die sich daraus ergebenden Unterschiede in der Zustimmungsquote letztlich relativ gering:

- auch »Gesunde« befürworten zu ca. 80 % die Unterstützung von Kranken durch Gesunde;
- auch junge Menschen bis zum 24. Lebensjahr sind zu 73 % bereit, Ältere durch den Solidarausgleich zu unterstützen;
- das Prinzip »Reichere unterstützen Ärmere« findet auch in der obersten Einkommensklassen noch bei 82 % Unterstützung.

Dabei fällt wie schon bei der Globalbetrachtung (Abbildung 1) auf, dass der Familienlastenausgleich auch bei der Differenzierung nach Betroffenheit das geringste Maß an Unterstützung findet, insbesondere bei denen, die durch diese Dimension des Solidarprinzips belastet werden: Während 67 % der Verheirateten dieses Prinzip bejahen, sinkt die Unterstützung bei Menschen ohne legalisierte Partnerbindung (›Singles‹) auf 53 %.

Allerdings erfreut sich das Solidarprinzip – wie der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor zeigt – nicht in allen Teilen der Bevölkerung gleichermaßen großer Zustimmung. Mit steigendem sozio-ökonomischen Status (Indikatoren: Stellung im Beruf, Ausbildung, Einkommen) sinkt die Akzeptanz bzw. Unterstützung des gegenwärtigen Systems recht deutlich. Deutlich mehr Befragte aus diesen Gruppen befürworten statt dessen eine Einführung von Grund- und Wahlleistungen. Während eine solche Entwicklung nur von ca. 20 % der Befragten mit einem

Tabelle 1: Zustimmung (in %) zu unterschiedlichen Aspekten des Solidarprinzips in Abhängigkeit vom eigenen Gesundheitszustand[1]

Aspekt	*Gesundheitszustand*					
	chronisch Erkrankte	nicht chron. Erkrankte	»Kranke«[2]	»Gesunde«	Behinderte	Nicht Behinderte
Unterstützung Kranker durch Gesunde	86	80	86	80	84	80
	Lebensalter					
	bis 24	25–34	35–44	45–54	55–64	65 +
Unterstützung Älterer durch Jüngere	73	73	78	80	82	87
	Familienstand					
	verheiratet	alleinstehend				
Unterstützung Verheirateter und Familien durch Singles	67	53				
	Monatseinkommen je Haushaltsmitglied (in Euro)					
	bis 600	601–800	801–1200	1201–1500	über 1500	
Unterstützung schlechter Verdienender durch besser Verdienende	90	86	89	85	82	

1 Anteil der Befragten (in Prozent), die den jeweiligen Aspekt als »vollkommen gerecht« oder »überwiegend gerecht« wahrnehmen

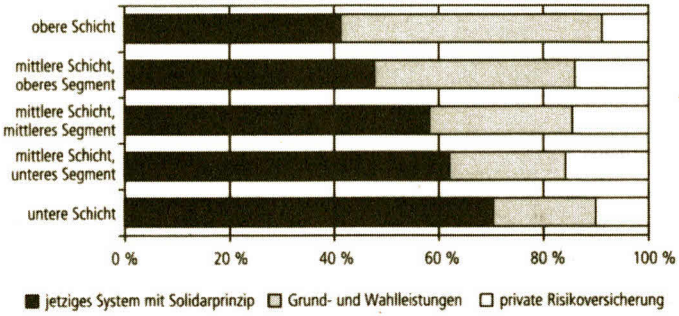
2 Befragte mit »lang andauernder Krankheit, Behinderung oder körperlicher Gebrechlichkeit«

Quelle: Marstedt 2002: 121

Pro-Kopf-Einkommen von monatlich netto bis 600 Euro befürwortet wird, steigt diese Quote bei einem Einkommen von mehr als 1500 Euro auf fast 50%. (Abbildung 2). Allerdings wird – ohne wesentliche Differenzierungen nach der Höhe des Einkommens – eine private Risikoversicherung von weniger als 15% der Befragten befürwortet.

Eine nähere Analyse der damit real verknüpften Präferenzen zeigt, dass von den Einschränkungen des gegenwärtigen Leistungsumfangs, die mit einer Unterscheidung zwischen Grund- und Wahlleistungen verbunden sind, insbesondere die Einschränkung der freien Arztwahl im Rahmen hausarztzentrierter Versorgungskonzepte eine hohe Akzeptanz findet. Diese werden von 80% der Befragten akzeptiert, allerdings unter der hohen – und vermutlich unrealistischen – Voraussetzung, dass damit eine »erhebliche Senkung der Beiträge« verbunden ist (Marstedt 2002: 123).

Abbildung 2: Von Versicherten bevorzugtes System der Risikovorsorge (in %) – nach sozialer Schicht



Quelle: Marstedt 2002: 117

Im Vergleich dazu bleibt die Akzeptanz anderer Varianten von Grund- und Wahlleistungen deutlich zurück. Dies gilt insbesondere mit Blick auf jene Konzepte, mit denen dieser Terminus in der Gesundheitspolitik häufig verbunden wird, also solche Varianten, in denen das obligatorisch versicherte Leistungspaket reduziert und die Finanzierung darüber hinaus gehender Leistungen ausschließlich den betroffenen Individuen auferlegt wird. Die Zustimmung etwa für Selbstbehalte oder höhere Zuzahlungen schwankt in den unterschiedlichen Befragungen zwischen lediglich 8 und 27 % (Zok 2003: 54ff.; Marstedt 2002: 122f.). In eine ähnliche Richtung weist auch der GKV-Monitor des WidO unter freiwillig Versicherten GKV-Mitgliedern (Zok 2003). Die große Mehrheit lehnt eine Prämienberechnung auf der Grundlage des individuellen Erkrankungsrisikos ab; nur knapp 25 % halten dieses Modell für »gut« oder »eher gut« (Tabelle 2).

Tabelle 2: Bewertung der Aussage: »In der privaten Krankenversicherung richtet sich die Höhe Ihres Beitrages nicht nach Ihrer persönlichen Finanzkraft, sondern nach Kriterien wie Geschlecht, Lebensalter sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt.« (Quelle: Zok 2003: 39)

	%
Finde ich gut	5,9
Finde ich eher gut	18,5
Teils, teils	31,6
Finde ich eher nicht gut	21,9
Finde ich nicht gut	20,8
Keine Angabe	1,3

Setzt man die Bereitschaft zu einem Tarif mit höheren Direktzahlungen (»Selbstbeteiligungstarif«) in Beziehung zum Haushaltseinkommen und zur persönlichen Betroffenheit (chronische Erkrankung oder Behinderung), dann wird deutlich, dass die Bedeutung der persönlichen Betroffenheit weit hinter dem Einfluss des sozio-ökonomischen Status – hier ausgedrückt durch das persönliche Einkommen – zurück bleibt: Das Interesse an »Selbstbeteiligungstarifen« und damit an Einschränkungen der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken durch Direktzahlungen korreliert kaum mit dem gesundheitlichen Status, sehr stark jedoch mit der Einkommenshöhe: Befragte mit einem Monatseinkommen bis 600 Euro sind zu deutlich weniger als 10 % an solchen Tarifen interessiert, bei einem Einkommen von mehr als 1 500 Euro pro Monat steigt diese Quote auf immerhin 20-30 %.

Diese in allen Umfragen in der Grundrichtung klare, in einzelnen Aspekten indes differenziertere Bejahung des Solidarprinzips in der GKV wurde auch in qualitativen Untersuchungen bestätigt (Ullrich 2000, 2002a), in die auch so genannte »Nettozahler« einbezogen wurden. Dabei zeigte sich, dass »die GKV insgesamt sowie ihre Regelungen der Finanzierung und Leistungsgewährung (...) überwiegend als gerecht beurteilt (werden). Die Gerechtigkeitsüberzeugungen der Befragten werden vom Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit bestimmt. Es gibt somit eine deutliche Übereinstimmung von institutionell verankerten Gerechtigkeitsprinzipien und den Gerechtigkeitsüberzeugungen der Adressaten« (Ullrich 2002a: 19).

Diese Einstellung und die Befürwortung einer staatlichen bzw. öffentlichen Verantwortung für eine umfassende gesundheitliche Versorgung weist einige bemerkenswerte Merkmale auf:

1. Sie ist erstens mit Blick auf die Bundesrepublik recht zeitstabil (Andreß et al. 2001: 108).
2. Sie erreicht ähnlich hohe Werte nur noch für das Gebiet der Alterssicherung und liegt deutlich über derjenigen für andere Felder der sozialen Sicherung, z.B. der Absicherung von Arbeitslosigkeit (Andreß et al. 2001; Ullrich 2001).
3. Sie lässt sich auch im internationalen Vergleich feststellen (Ullrich 2001).

Da das letztgenannte Phänomen in Gesundheitssystemen mit höchst unterschiedlichen Merkmalen anzutreffen ist, also sowohl in Systemen mit staatlichem, durch Steuern finanzierten Gesundheitsdienst als auch in Sozialversicherungssystemen, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die erwähnte Zustimmung nicht auf spezifische Formen der Finanzierungsstrukturen oder auf die konkreten Ausprägungen des Leistungsrechts zurückzuführen sind. Vielmehr resultiert sie vermutlich daraus,

dass zum einen der Kreis der Leistungsberechtigten und der potentiell von Krankheit Betroffenen sehr groß ist, also die Befragten davon ausgehen (können), dass sie im Bedarfsfall selbst zu den Begünstigten gehören (können); zum anderen daraus, dass die gemeinschaftliche Absicherung des Krankheitsrisikos im Vergleich zu anderen Risikoarten (z.B. Arbeitslosigkeit) als besonders unterstützenswert angesehen wird.

2. *Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und das Vertrauen in seine Leistungsfähigkeit*

Für die Wahrnehmung und Bewertung des Gesundheitssystems sind aber nicht nur die Einstellung zum Solidarprinzip, sondern auch die Zufriedenheit mit der gegebenen gesundheitlichen Versorgung und das Vertrauen in die künftige Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens von Bedeutung.

Bis in die jüngere Vergangenheit erreichte das deutsche Krankenversicherungs- und Krankenversorgungssystem hohe Zufriedenheitswerte (z.B. Aust 1994, Andreß 2001) – auch im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen (Wendt 2003). Jedoch zeigen aktuelle Erhebungen deutlich, dass diese Einstellung bröckelt (Zok 2003). Der GKV-Monitor (WidO) ergab, dass nur 52 % der befragten GKV-Versicherten der Aussage zustimmten, dass das deutsche Gesundheitswesen eine hochwertige Versorgung biete (»trifft eher zu« und »trifft voll und ganz zu«). Nahezu ein Drittel der Befragten zeigte sich unsicher, und jeder sechste wies diese Aussage zurück. In anderen Befragungen fällt die Zufriedenheit noch deutlich niedriger aus.

Bemerkenswert ist, dass dem GKV-Monitor zu Folge die Ablehnung dieser Aussage besonders häufig bei älteren Versicherten (über 60 Jahre) auftritt sowie bei Versicherten, die über ein Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 800 Euro verfügen und die ihren Gesundheitszustand als »nicht gut« einschätzten (Zok 2003: 22).

Von einer Mehrzahl der Versicherten erhält das Versorgungssystem insbesondere dann schlechte Noten, wenn nach der *Gleichwertigkeit* der Versorgung gefragt wird (Tabelle 3). Nur knapp 30 % der Befragten des GKV-Monitors stimmten »eher« oder »voll und ganz« der Aussage zu, dass das deutsche Gesundheitssystem *jedem Versicherten* ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen biete; ein ebenso großer Teil wies diese Aussage zurück, und mehr als 40 % zeigten sich unsicher.

Tabelle 3: Bewertung der Aussage: »Das deutsche Gesundheitssystem bietet jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen.« (Quelle: Zok 2003: 25)

	%
Trifft voll und ganz zu	7,0
Trifft eher zu	22,6
Teils, teils	41,5
Trifft eher nicht zu	19,1
Trifft überhaupt nicht zu	9,1
Keine Angabe	0,7

Andere Erhebungen bekräftigen diese Einschätzung. Laut einer Befragung des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA 2002) sind 69 % der Befragten der Meinung, dass es in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin gibt. Der GKV-Monitor 2002 ergab, dass rund 40 % der befragten GKV-Versicherten in den vorangegangenen fünf Jahren eine Verschlechterung ihres Krankenversicherungsschutzes wahrgenommen haben (Zok 2003: 26) – und dies, obwohl zwischen dem Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes 1997 und dem Zeitpunkt der Befragung keine gesetzlichen Kürzungen im Leistungsrecht vorgenommen worden waren. Ein erheblicher Teil der Versicherten macht Erfahrungen mit Leistungsverweigerungen oder -einschränkungen – laut einer Emnid-Erhebung 37 % der Befragten (Continentale 2003). Sie ist vor allem bei Arzneimittelverordnungen zu beobachten, aber auch bei Behandlungen bzw. Therapien (ebda.; Braun 2000, 2002, 2004). In der Mehrzahl der Fälle begründen Ärzte die Verweigerung oder Einschränkung von Leistungen mit wirtschaftlichen Argumenten (Braun 2000, 2002).

Noch negativer fallen die Zukunftserwartungen der Bürger bzw. Versicherten aus. 59 % der GKV-Versicherten gehen davon aus, dass sich die Versorgung in den nächsten fünf Jahren verschlechtern wird, nach einer vom Forsa-Institut durchgeführten Umfrage erwarten dies sogar 69 % der Bundesbürger (Zok 2003: 27). Pessimistische Zukunftserwartungen werden insbesondere durch die erwähnten Erfahrungen von Leistungsverweigerungen befördert (Braun 2001, 2002: 107ff.), aber sie nehmen in der Bevölkerung auch unabhängig von eigenen Negativerwartungen erheblich zu (Braun 2004). Dabei ist die Skepsis im Hinblick auf die künftige Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und das künftige Versorgungsniveau ein internationales Phänomen (Wendt 2003).

3. *Die Bewertung von Finanzierungsoptionen*

Die Diskussion über eine Reform der GKV-Finanzierung kreist bekanntermaßen um die Konzepte »Bürgerversicherung« und »Kopfpauschale« (z.B. Rürup-Kommission 2003), die beide mittlerweile in verschiedenen Varianten auftreten. Konzepte zur Einführung einer Bürgerversicherung setzen auf zwei Kernelemente, nämlich die Erweiterung der Versicherungspflicht auf alle Bürger und die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf andere Einkunftsarten als das Einkommen aus abhängiger Erwerbsarbeit, insbesondere auf Miet- und Zinseinnahmen. Modelle zur Einführung einer Kopfpauschale hingegen sehen für jeden Versicherten einen einheitlichen Versicherungsbetrag vor, der unabhängig vom Alter und anderen Risikomerkmalen des Versicherten, aber auch unabhängig von der Einkommenshöhe ist. Sozial Schwache sollen dabei aus Steuermitteln subventioniert werden.

Wie bewerten die Bürger bzw. Versicherten die damit einhergehenden Grundsatzentscheidungen über die Mittelaufbringung in der GKV?

Zur Bewertung der Kopfpauschale sind bisher kaum Erhebungen durchgeführt worden. Erste Ergebnisse deuten auf eine deutliche Ablehnung dieser Reformoption hin. Dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor zu Folge sprechen sich nur 31 % der Bevölkerung für eine Kopfpauschale aus, wobei die Zustimmung bei Privatversicherten (40 %), bei Selbständigen (38 %) und bei Hochschulabsolventen (37 %) recht deutlich über dem Durchschnitt liegt (Schnee/Böcken 2004: 18f.).

Deutlich besser ist die Datenlage mit Blick auf das Konzept der Bürgerversicherung. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bürger stößt bei allen Befragungen auf große Unterstützung. Der GKV-Monitor des WidO ergab eine Zustimmung von 69 % (Tabelle 4), wobei sie bei Arbeitern überdurchschnittlich hoch ist und generell mit steigendem Haushaltsnettoeinkommen und Bildungsgrad sinkt (Zok 2003: 48f.).

Tabelle 4: Bewertung der Aussage: »In der gesetzlichen Krankenversicherung sollte sich jeder versichern müssen.« (Quelle: Zok 2003: 49)

	%
Stimme voll und ganz zu	48,4
Stimme eher zu	13,4
Teils, teils	12,7
Stimme eher nicht zu	7,9
Stimme überhaupt nicht zu	16,8
Keine Angabe	0,8

Auch der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor weist mit 68 % eine ähnlich deutlich ablehnende Mehrheit aus (z.B. Schnee/Böcken 2004: 16ff.). Allerdings wird hier auch deutlich, dass sich Beamte (61 %) und Privatversicherte (74 %) gegen eine Einbeziehung in eine Bürgerversicherung aussprechen.

Hingegen stößt die Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Bemessung der Beitragshöhe nur bei einer Minderheit auf Zustimmung. Nach einer Befragung des WidO unterstützen nur knapp 30 % der Versicherten eine solche Reform, während mehr als die Hälfte dies ablehnt (Tabelle 5). Auch diese Ergebnisse werden durch andere Erhebungen bekräftigt (Zok 2003: 61ff.).

Tabelle 5: Bewertung der Aussage: »Um die Beiträge zur Krankenversicherung stabil zu halten, sollten künftig auch Einkommensarten wie Miet- und Zinseinnahmen miteinbezogen werden.« (Quelle: Zok 2003: 62)

	%
Stimme voll und ganz zu	17,1
Stimme eher zu	12,3
Teils, teils	15,0
Stimme eher nicht zu	12,0
Stimme überhaupt nicht zu	42,4
Keine Angabe	1,1

4. *Finanzierungsoptionen im Lichte von Versichertenbefragungen*

Wie sind die Debatten über die künftige Reform der GKV-Finanzierung vor diesem Hintergrund zu interpretieren? Wenn wir auf diese Frage eingehen, so soll es nicht darum gehen, die diversen Modellvarianten, die in der Debatte kursieren, en detail im Hinblick auf die unterschiedlich betroffenen Gruppen oder im Hinblick auf ihre Durchsetzungschancen zu analysieren. Vielmehr wollen wir den Blick auf die allokativen und distributiven Grundentscheidungen richten, die mit diesen Konzepten getroffen werden sollen.

Mit der Schaffung einer *Bürgerversicherung* würden alle Bürger in einen gesamtgesellschaftlichen Solidarausgleich einbezogen werden. Da die nach einer solchen Reform neu in die GKV eintretenden Mitglieder überdurchschnittlich hohe Beiträge entrichten und gleichzeitig wegen ihres geringeren Krankheitsrisikos voraussichtlich unterdurchschnittliche Ausgaben verursachen würden, könnte im Ergebnis die Solidargemeinschaft der bisher bereits GKV-Versicherten entlastet werden. Allerdings würde eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze vielfältige Pro-

bleme im Umgang mit der PKV und in der Regelung des Krankenversicherungsschutzes für den Versichertenbestand der PKV mit sich bringen. Eine sofortige Abschaffung der PKV wäre aus rechtlichen Gründen vermutlich nicht durchsetzbar, weil die gegenwärtig in der PKV versicherten Personen einen Vertrauensschutz genießen. Es bliebe voraussichtlich nur die Möglichkeit, für die bisherigen GKV-Mitglieder und die neu ins Erwerbsleben eintretenden Personen eine solche obligatorische Bürgerversicherung zu schaffen. Die PKV würde so nur allmählich an Bedeutung verlieren.[1] Nicht zuletzt aus diesem Grunde würde bei einer Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze die Entlastung für die GKV zunächst eher gering ausfallen.

Mit der Schaffung einer Bürgerversicherung würde zudem die Beschränkung der Beitragsbemessung auf die Einkommen aus abhängiger Erwerbsarbeit aufgehoben. Diese machen zwar einen immer geringeren Anteil an den verfügbaren Haushaltseinkommen aus, bilden aber bislang die einzige Grundlage für die Beitragsbemessung in der GKV. Dies ist unter dem Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit nicht nachvollziehbar. Eine Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung würde vermutlich den sozialen Ausgleich unter den Versicherten stärken, weil davon auszugehen ist, dass Menschen mit hohem Erwerbseinkommen auch überdurchschnittlich hohe Einkommen aus anderen Quellen als der Erwerbsarbeit erzielen. Allerdings ist umstritten, wie hoch die z.B. mit einer Berücksichtigung der Kapitaleinkünfte verbundene Entlastung der einkommensbezogenen Beiträge ausfallen würde. Dies ist abhängig von der konkreten Ausgestaltung des Modells. Zu bedenken ist aber auch, dass die Einbeziehung anderer Einkommensarten den Arbeitgeberanteil an den GKV-Beiträgen senken und damit ein Eckpfeiler des gewachsenen solidarischen Finanzierungssystems weiter an Bedeutung verlieren würde. Eine – relative – *Ent*lastung von Unternehmen würde einhergehen mit einer stärkeren *Be*lastung von abhängig Beschäftigten, die über zusätzliche Einkünfte aus Kapital und ähnliche Quellen verfügen. Auch hier stellt sich die Frage, ob auf diesem Wege die für einen Sozialstaat stets notwendige Akzeptanz bei sozialen Gruppen mit zwar überdurchschnittlichen, aber keineswegs hohen Einkommen nicht untergraben würde – erst recht dann, wenn gleichzeitig die mit dem Fortbestehen der PKV verbundenen Privilegien für die dort bereits vor der Reform Versicherten aufrecht erhalten werden. In manchen der Modelle für die Bürgerversicherung und in allen Modellen mit Kopfpauschalen soll der bisherige Arbeitgeberanteil am GKV-Beitrag in der jetzigen Form angeschafft werden, sei es durch Auszahlung mit dem Bruttolohn, sei es durch »Einfrieren« auf dem heutigen Stand. In allen diesen Varianten

tragen dann die Versicherten in Zukunft das Risiko aller künftigen Kostensteigerung allein. Damit würde ein wesentliches Solidarelement des ›Rheinischen Kapitalismus‹ fortfallen und hätten die Arbeitgeber zudem kein wirtschaftliches Interesse mehr an einer Kostendämpfung bei medizinisch-pflegerischen Leistungen.

Eine *Kopfpauschale* belastet sozial Schwache überproportional stark, denn die einkommensunabhängige Bemessung führt bei sinkenden Einkommen zu einem Anstieg der relativen Belastung mit Krankenversicherungskosten. Erfahrungen mit der Kopfpauschale wurden bisher vor allem in der Schweiz gesammelt (Gerlinger 2003). Sie zeigen, dass extreme Belastungen in unteren Einkommensgruppen zwar durch staatliche Zuschüsse gemildert werden, jedoch erweisen sich die staatlichen Zuschüsse in den Kantonen mit hohen Prämien oftmals als ungenügend. Denn die öffentlichen Haushalte weisen hohe Defizite auf, und daher fehlt der politische Wille, die für einen angemessenen Ausgleich sozialer Schieflagen in erheblichem Umfang erforderlichen Staatszuschüsse aufzubringen. Gerade in Rezessionszeiten klaffen der Transferbedarf (wegen steigender Arbeitslosigkeit und wachsender sozialer Notlagen) und die staatlichen Transferkapazitäten (wegen sinkender Steuereinnahmen) erheblich auseinander. So sind in der Schweiz die vom Bund bereitgestellten Subventionsmittel zwischen 2000 und 2003 jährlich nur um 1,5 % angehoben worden und blieben damit deutlich hinter der Entwicklung der Prämien in diesem Zeitraum zurück, die im Jahresdurchschnitt um mehr als 7 % anstiegen (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Hinzu kommt, dass in den meisten deutschen Kopfpauschal-Modellen ein Teil der notwendigen Subventionen dadurch finanziert werden soll, dass der bisher brutto = netto ausgezahlte Arbeitgeberbeitrag in Zukunft als Teil des Bruttolohns versteuert wird. Das ist im Kern nichts anderes als eine Lohnkürzung. Neben den finanziellen Auswirkungen auf die sozial Schwachen ist aber auch die wirtschaftliche Situation von Haushalten zu bedenken, deren Einkommen knapp oberhalb der Anspruchsberechtigungsgrenze liegen und die daher nicht in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sie durch das Kopfprämiensystem besonders stark belastet werden, insbesondere wenn es sich um Familien handelt.

Bereits jetzt zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen durch ein – im internationalen Vergleich – ausgeprägt degressives Finanzierungssystem aus (Wendt 2003). Die Versicherungspflichtgrenze, die damit verknüpfte Option auf den Ausstieg der gemeinschaftlichen Finanzierung von Krankenbehandlungskosten, die Beitragsbemessungsgrenze und die Beschränkung der Beitragsbemessung auf die Einkommen aus

abhängiger Arbeit führen dazu, dass Besserverdienende in deutlich stärkerem Maße von der Finanzierung des Gesundheitssystems entlastet werden als in den meisten anderen vergleichbaren Staaten. Die Einführung einer Kopfpauschale würde diese verteilungspolitische Fehlentwicklung noch deutlich verstärken. Alle Modelle der Kopfpauschale verstärken die heute schon in der GKV stark ausgeprägte Degression der finanziellen Belastungen und die damit verbundene Ungerechtigkeit.

Hinzu kommt: Um den Anspruch auf steuerfinanzierte Subventionierung der Kopfpauschale geltend zu machen, ist die vollständige Offenlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse erforderlich, da der Staatszuschuss – ähnlich wie Sozialhilfe bzw. Arbeitslosengeld II – nach dem Subsidiaritätsprinzip gezahlt wird. Nach vorsichtigen Schätzungen geriete rund ein Drittel der abhängig Beschäftigten in Deutschland plötzlich in die Lage, seine materielle Bedürftigkeit unter Beweis zu stellen, um in den Genuss einer Krankenversicherung zu kommen. Damit wäre ein – mit Blick auf bestehende Zuzahlungsregelungen in der GKV: weiterer – wichtiger (und wahrscheinlich irreversibler) Schritt vom sozialpolitischen Modell der Sozialversicherung zum Modell der Sozialfürsorge getan.

Versucht man, eine Bilanz der vorliegenden Untersuchungen zur Wahrnehmung und Bewertung des Gesundheitssystems – zur Akzeptanz gesundheitspolitisch induzierter Einschränkungen im Zuge der Kostendämpfungspolitik – zu ziehen, so sind folgende Befunde besonders hervorzuheben. Erstens: Die immer wieder neuen Gesetzesänderungen in den letzten zwei Jahrzehnten, die auf eine Umverteilung der Lasten im Gesundheitswesen und auf eine Senkung der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung abzielten, stehen im Widerspruch zu den artikulierten Interessen der Mehrheit der Versicherten. Die Mehrheit der Versicherten wäre hingegen durchaus zu höheren Beiträgen bereit, wenn dafür auch ein Mehr an Versorgungsqualität und eine verlässliche Teilhabe an therapeutischer Innovation herauskommt. Zweitens: Das Solidarprinzip und die ihm innewohnenden ökonomischen Umverteilungsmechanismen von Stärkeren zu Schwächeren sowie der Wunsch nach einem qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Versorgungssystem sind in der Bevölkerung normativ überaus fest verankert. Dies umschließt auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Drittens: Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und das Vertrauen in seine künftige Leistungsfähigkeit haben unter dem Eindruck von Budgetierungen und Leistungsausgrenzungen erheblich gelitten. Da das Thema »Gesundheit« – auch im Vergleich zu anderen Feldern der sozialen Sicherung – ein großes Skandalisierungspotential beinhaltet, wäre es ein

möglicherweise fataler Fehler, aus der relativen Gelassenheit, mit der Einschnitte in der Gesundheitssicherung bislang hingenommen wurden, die Schlussfolgerung zu ziehen, dass dies auch so bleiben wird. Im Gegenteil: »Wenn der prinzipiell gleiche Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen bedroht scheint, könnte sich dieser vermeintliche Gleichmut als Ruhe vor dem Sturm erweisen. Denn vieles spricht dafür, dass die ›Gleichheit bei Krankheit und Lebensgefahr‹ zu den zentralen Stützen unserer Gesellschaft gehört, die andere Formen von Ungleichheit erst erträglich macht.« (Ullrich 2002b). Insofern sind Eingriffe in das Leistungsrecht sowie die Finanzierungsmodalitäten der GKV – insbesondere dann, wenn sie zu einer Mehrbelastung sozial Schwacher führen –, für die politischen Eliten auch mit beträchtlichen Legitimationsrisiken verknüpft.

Korrespondenzadressen:
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt a.M.
E-Mail: gerlinger@em.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Forschungsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
E-Mail: rosenbrock@wz-berlin.de

Anmerkung

1 Dies würde in diesem Fall allerdings nur das Geschäftsfeld der Kranken*voll*-versicherung betreffen und müsste nicht zwangsläufig auf einen generellen Bedeutungsverlust der PKV hinauslaufen, denn es ist durchaus denkbar, dass eine solche Reformoption mit einer weiteren Ausgliederung von Leistungen aus dem GKV-Katalog verknüpft wird und diese Leistungen – gleichsam als Kompensation für das entgangene Geschäftsfeld der Kranken*voll*versicherung – für die private Zusatzversicherung durch PKV-Unternehmen geöffnet werden.

Literatur

Andreß, H.-J.; Heien, Th.; Hofäcker, D. (2001): Wozu brauchen wir noch den Sozialstaat? Der deutsche Sozialstaat im Urteil seiner Bürger, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.) (2002): Gesundheitsmonitor. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: Gütersloh

Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M. (Hrsg.) (2004): Gesundheitsmonitor. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung: Gütersloh

Braun, B. (2002): Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierungen im Gesundheitswesen, in: Böcken/Braun/Schnee (Hrsg.), 97-111

Braun, B. (2004): Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung, in: Böcken/Braun/Schnee (Hrsg.), 122-136

Continentale (2003): Zusatzversicherung im Mittelpunkt. Eine repräsentative Emnid-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G. Dortmund: Continentale Krankenversicherung

Gerlinger, T. (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung – Zu den Auswirkungen der Reform von 1996 (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Paper SP I 03-201). Berlin: WZB

Marstedt, G. (2002): Solidarität Wahlfreiheit in der GKV, in: Böcken, J., B. Braun, M. Schnee (Hrsg.), 112-129

MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1995): GKV 2000 – Einstellungen zu Reformplänen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf: MAGS

Nolting, H.-D.; Wasem, J. (2002): Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Eine Auswahl der Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. Neuss: Janssen-Cilag GmbH

Offe, C., Hinrichs, K., Ullrich, C., Walter, H., Wemken, I.: Gesetzliche Krankenversicherung und sozialpolitische Kultur, DFG-Forschungsbericht, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen o.J.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern u.a.: Verlag Hans Huber

Schnee, M.; Böcken, J. (2004): Gerechtigkeit in der Finanzierung des Gesundheitswesens, in: Böcken/Braun/Schnee (Hrsg.), 10-23

SVR (2003): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Ullrich, C.G. (1996): Solidarität und Sicherheit. Zur sozialen Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zeitschrift für Soziologie 25, 3: 171-189

Ullrich, C.G. (2000): Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurt a.M./New York: Campus

Ullrich, C.G. (2001): Die Akzeptabilität sozialer Sicherungssysteme. Zur Bedeutung grundlegender Systemmerkmale für die Akzeptanz wohlfahrtsstaatlicher Institutionen. Sozialer Fortschritt 50, 7: 163-169

Ullrich, C.G. (2002a): Sozialpolitische Verteilungskonflikte und ihre Wahrnehmung durch wohlfahrtsstaatliche Adressaten – Das Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeit und Sozialpolitik 56, 3-4: 16-21

Ullrich, C.G. (2002b): Den Bogen nicht überspannen, in: Gesundheit und Gesellschaft 5, 9: 3

Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Neuss: Janssen-Cilag GmbH

VFA – Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2002): Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung bei Emnid im Auftrag des VFA. Bielefeld: Emnid

Wendt, C (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Zok, K. (2002): GKV-Monitor 2002 – Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform? Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

Zok, K. (2003): Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen