



WISO
DISKURS

24/2016

Positionspapier

DER WEG ZUR BÜRGERVERSICHERUNG

Solidarität stärken und Parität durchsetzen

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Positionspapier

DER WEG ZUR BÜRGERVERSICHERUNG

Solidarität stärken und Parität durchsetzen

5	1	EINFÜHRUNG
6	2	SOLIDARITÄT IM GESUNDHEITSWESEN – EINE BESTANDSAUFNAHME
6	2.1	Gut – aber nicht gerecht finanziert
6	2.2	Duales System von GKV und PKV – ohne ökonomische Begründung
6	2.3	Zusatzbeiträge und Lohnnebenkosten
8	2.4	Arbeitsmarkt und Einkommen – große Herausforderungen für die GKV
8	2.5	Belastung der Versicherten nimmt zu
8	2.6	Aktuelle Gesundheitspolitik der Bundesregierung
9	2.7	Der Handlungsdruck in GKV und PKV steigt
10	3	WIE ES BESSER WERDEN KANN – EIN AUSBLICK
10	3.1	Mehr Gerechtigkeit
10	3.2	Der Übergang zur Bürgerversicherung
10	3.3	Die Beitragsbemessungsgrenze
10	3.4	Beitragspflichtige Einkommen
11	3.5	Wahlfreiheit (auch für Beamt_innen)
12	3.6	Vergütung ärztlicher Leistungen
14	4	FAZIT
14	4.1	Der Weg zur Bürgerversicherung
14	4.2	Fünf Elemente zur Bürgerversicherung
14	4.2.1	Gute Qualität verlässlich finanzieren
15	4.2.2	Mit paritätischer Beteiligung der Arbeitgeber_innen die Versorgung verbessern
15	4.2.3	Passgenaue Leistungen, unabhängig vom Einkommen ermöglichen
15	4.2.4	Wahlrechte der Versicherten stärken
15	4.2.5	Mehr Gesundheitsleistungen durch gerechte Lastenteilung zusichern
17		Abbildungsverzeichnis
17		Tabellenverzeichnis
17		Abkürzungsverzeichnis
18		Literaturverzeichnis

1

EINFÜHRUNG

Die Sozialdemokratie hat mit ihrem Konzept für eine Bürgerversicherung¹ eine breit getragene Finanzierungsalternative für das Gesundheitswesen entwickelt. Neben weiteren im Bundestag vertretenen Parteien haben Wohlfahrts-träger, Sozialverbände und Gewerkschaften das Konzept unterstützt und eigene Überlegungen zur Umsetzung angestellt.

Trotz dieser Unterstützung und zahlreicher durchgerechneter Modelle konnte die Bürgerversicherung bislang jedoch nicht durchgesetzt werden. Im Rahmen von Fachgesprächen der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) hat deshalb eine Expertenrunde Überlegungen angestellt, wie eine Bürgerversicherung politisch in den kommenden Jahren realisiert werden kann. Dabei ging es weniger um neue Konzepte als um die Prüfung vorhandener Vorstellungen auf ihre Praxistauglichkeit.

Im Ergebnis legt die Expertenrunde Elemente vor, die nachhaltig die Versorgung verbessern, die Solidarität im Gesundheitswesen stärken, zu mehr Finanzierungsgerechtigkeit führen und ein Krankenversicherungssystem mit freier Krankenkassenwahl für alle Bürger_innen ermöglichen könnten.

¹ Der Begriff „Bürgerversicherung“ steht für eine Versicherung aller Bürger_innen.

2

SOLIDARITÄT IM GESUNDHEITSWESEN – EINE BESTANDSAUFNAHME

Jeder bzw. jede Bürger_in erhält im Krankheitsfall die benötigten Leistungen bei Ärzt_innen und Therapeut_innen, in der häuslichen Krankenpflege und in Krankenhäusern. Alle bezahlen in einer Krankenversicherung ihrer Wahl einen Beitrag in Höhe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Die Mitglieder der Krankenversicherung und die Arbeitgeber_innen teilen sich den Beitrag je zur Hälfte. Ist das nur eine Vision oder wagen wir den Schritt in diese Zukunft?

2.1 GUT – ABER NICHT GERECHT FINANZIERT

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist eine Erfolgsgeschichte. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind mit ihr umfassend krankenversichert. Das Solidarprinzip stellt sicher, dass jede und jeder entsprechend des jeweiligen Einkommens Beiträge entrichtet. Das Bedarfsprinzip garantiert, dass alle die Leistungen erhalten, die im Krankheitsfall benötigt werden. Diese Prinzipien müssen jedoch immer wieder verteidigt und an gesellschaftliche Realitäten angepasst werden.

Es wird als ungerecht empfunden, dass Erwerbseinkünfte und Renten der Beitragspflicht unterliegen, andere Einkünfte aber beitragsfrei sind. Ebenso wird die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) immer wieder hinterfragt. Sie ist in der Krankenversicherung deutlich niedriger als in der Rentenversicherung. Selbstständige mit niedrigen Einkünften können ihre relativ hohen Krankenversicherungsbeiträge oft nicht bezahlen. Für Beamt_innen gilt ein eigenes System – die Beihilfe –, und sie müssen sich zusätzlich privat versichern.

2.2 DUALES SYSTEM VON GKV UND PKV – OHNE ÖKONOMISCHE BEGRÜNDUNG

Seit vielen Jahren wird diskutiert, ob es sinnvoll ist, zwei getrennte Versicherungssysteme – gesetzlich und privat – nebeneinander für die Gesundheitsversorgung vorzuhalten. Ein solches duales Krankenversicherungssystem ist in Europa einmalig, seitdem zuletzt die Niederlande es im Jahr 2006 zugunsten eines einheitlichen Systems für alle Bürger_innen abgeschafft haben.

Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung ist ökonomisch nicht begründbar. Die unterschiedliche Vergütung für Kassen- und Privatpatient_innen in der ambulanten Versorgung setzt falsche Anreize. Gesetzliche Krankenkassen unterliegen dem Kontrahierungszwang, d. h. sie müssen ungeachtet von Einkommenshöhe und Status jede und jeden aufnehmen. In der privaten Krankenversicherung (PKV) hingegen ist der Zugang von der Einkommenshöhe oder dem Status (Selbstständige, Beamt_innen) abhängig.

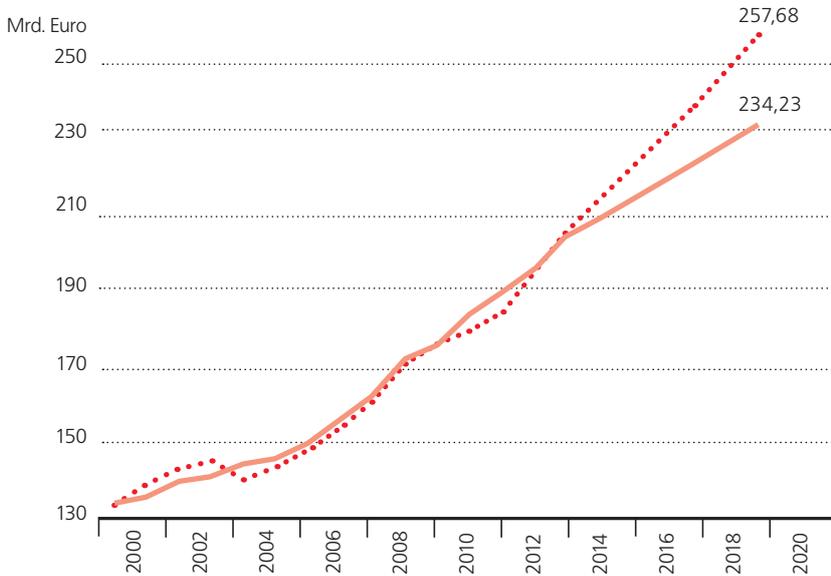
Die Gerechtigkeitsfragen und die Mauer zwischen beiden Systemen haben in den zurückliegenden Jahren immer wieder Überlegungen zu einem Krankenversicherungssystem für alle Bürger_innen beflügelt. Dazu wurden in den Parteien, Gewerkschaften und Sozialverbänden unterschiedliche Konzepte für eine Bürgerversicherung vorgelegt. In der politischen Realität konnten diese Konzepte allerdings bislang nicht umgesetzt werden. Bei der Finanzierung der Krankenversicherung blieb es bei Reparaturen.

2.3 ZUSATZBEITRÄGE UND LOHNNEBENKOSTEN

Die Behauptung, deutsche Unternehmen hätten zu hohe Lohnnebenkosten durch Sozialversicherungsbeiträge, führte – neben der Einführung und Erhöhung von Zuzahlungen und der Ausgliederung von Leistungen – zu einem Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozent durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2005. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG 2010) wurde der Arbeitgeberbeitrag eingefroren und schließlich im Jahr 2015 vom Bundestag bei 7,3 Prozentpunkten festgeschrieben.

Im Jahr 2016 stieg der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Versicherten auf 1,1 Prozentpunkte. Bereits beschlossene Gesetze zur notwendigen Verbesserung der Prävention sowie der ambulanten und der stationären Versorgung werden in den kommenden Jahren zu weiter ansteigenden einseitigen Beitragsbelastungen für die Versicherten führen. Setzen sich die langfristigen Entwicklungen fort, würde ohne Intervention der Zusatzbeitrag der Versicherten bis 2020 nach unterschiedlichen Berechnungen auf über zwei Prozentpunkte

Abbildung 1
GKV-Einnahmen und -Ausgaben



Rund 23,45 Mrd. Euro Ausgleich sind durch Zusatzbeitrag der Versicherten erforderlich.

Schon heute beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 1,1 Prozentpunkte. Er könnte bis 2020 auf über zwei Prozentpunkte steigen.

(1 Prozentpunkt = ~ 12 Mrd. EUR)

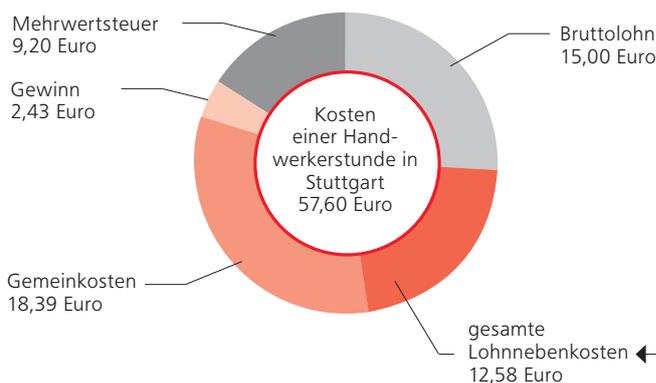
Ab 2015 Prognose aufgrund langfristiger Entwicklungen
Datenquelle: ver.di Bundesvorstand auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes.

ansteigen (vgl. Abbildung 1). Es ist daher erforderlich, eine glaubwürdige politische Perspektive zur künftigen Finanzierung der Krankenversicherung vorzulegen.

Aktuell liegt der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 1,1 Prozent, d. h. seine paritätische Finanzierung würde die Arbeitgeber_innen mit 0,55 Prozent der beitragspflichtigen Lohnsumme belasten. Das ist keine wirtschaftlich relevante Größenordnung wie folgendes Beispiel zeigt. Die Handwerkskammer der Region Stuttgart kalkulierte für das Jahr 2015 die durchschnittlichen Kosten für eine Handwerkerstunde mit 57,60 Euro (inkl. Mehrwertsteuer). Davon entfielen auf den

Bruttolohn 15,00 Euro und auf den Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung 1,10 Euro. Eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils an den GKV-Beiträgen von 7,3 auf paritätische 7,85 Prozentpunkte würde zu einer Mehrbelastung von 8 Cent führen (0,55 Prozent von 15,00 Euro). Die Gesamtkosten einer Handwerkerstunde würden nur um 0,14 Prozent steigen, ein für die Nachfrage nach Handwerkerleistungen unerheblicher Effekt (vgl. Abbildung 2). Insofern ist es nicht überraschend, dass der empirische Nachweis für sinkende Beschäftigung als Folge steigender Krankenkassenbeiträge noch immer aussteht.

Abbildung 2
Wie der GKV-Beitragssatz den/die Arbeitgeber_in belastet



Erhöhung auf paritätische 7,85 %
1,18 Euro gerundet

+ 8 Cent

Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung (7,3 % vom Brutto)
1,10 Euro gerundet

Quelle: Handwerkskammer Region Stuttgart 2015.

2.4 ARBEITSMARKT UND EINKOMMEN – GROSSE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE GKV

Die Prinzipien Sachleistung, Solidarität sowie Selbstverwaltung sind die grundlegenden Strukturprinzipien der solidarischen Krankenversicherung und stellen gemeinsam mit einer gerechten, paritätischen Finanzierung eine bedarfsgerechte Versorgung der GKV-Mitglieder und ihrer Angehörigen sicher.

Insbesondere die Tatsache, dass die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen nicht mit der des Bruttoinlandprodukts (BIP) Schritt hält, führt zu regelmäßigen Finanzierungsdefiziten in der GKV. Diese Finanzschwäche ist auf die immer noch hohe Langzeitarbeitslosigkeit sowie auf Struktur- und damit auch Machtverschiebungen am Arbeitsmarkt zurückzuführen. Sie haben im Wesentlichen zu einem Anwachsen des Niedriglohnsektors (auch Mini- und Midijobs) geführt und wirken sich negativ auf die Lohnentwicklung insgesamt aus.

Diese arbeitsmarktbedingte Finanzschwäche wird einerseits durch den Abbau von Leistungen in anderen sozialen Sicherungssystemen (Verkürzung des Arbeitslosengeldes oder Einschnitte bei der gesetzlichen Rentenversicherung) und andererseits durch die unzureichende Kompensation für die GKV-Finanzierung hinsichtlich der Bezieher_innen von Transferleistungen verstärkt. Gerade für ALG-II-Bezieher_innen werden vom Bund keine angemessenen Krankenversicherungsbeiträge gezahlt. Das Arbeitsmarktrisiko wird so auch auf die GKV übertragen.

Neben den genannten arbeitsmarktbedingten Einnahmeproblemen wird die Finanzierung der GKV zudem durch die Konkurrenz der PKV geschwächt, auch deshalb weil die PKV mit anderen Rahmenbedingungen arbeitet.

Die Versicherungspflichtgrenze führt zudem zu einer politisch willkürlichen Einschränkung der solidarischen Finanzierung für die Gesundheitsversorgung von 90 Prozent der Bevölkerung. Beamt_innen sowie Versorgungsempfänger_innen haben unabhängig von ihrem Einkommen de facto keine Möglichkeit, die private Krankenvollversicherung zu verlassen.

2.5 BELASTUNG DER VERSICHERTEN NIMMT ZU

Auch innerhalb der Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten ist bei der Finanzierung ein Gerechtigkeitsdefizit nicht zu übersehen. So wird bei der Bemessung des Versichertenbeitrags die höhere wirtschaftliche Leistungskraft nur in begrenztem Umfang, nämlich nur bis zu der BBG berücksichtigt. Sie beträgt gegenwärtig monatlich 4.237,50 Euro (bzw. 50.850 Euro pro Jahr). Darüber hinausgehende Arbeitseinkünfte sind beitragsfrei. Bei den Belastungen für die Versicherten kommen einkommensunabhängige Zuzahlungen für Medikamente, Krankenhausaufenthalt sowie ambulante Pflege etc. hinzu. Zuzahlungen und die Beitragsbemessungsregeln führen insgesamt zu einer regressiven Belastung der Versicherten. Untere und mittlere Einkommen werden dadurch stärker belastet.

Andere Einkunftsarten haben im Vergleich zum Arbeitseinkommen inzwischen eine größere Bedeutung, werden aber bei der Finanzierung der GKV bislang nicht ausreichend berücksichtigt. Die seit Jahren wiederkehrenden Finanzprobleme der GKV sowie die steigenden Belastungen für die GKV-Mitglieder und Leistungsausgrenzungen zeigen aber, dass ein dringender Reformbedarf für eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der GKV besteht.

2.6 AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITIK DER BUNDESREGIERUNG

Mit dem Koalitionsvertrag hat die SPD 2013 in der Gesundheits- und Pflegepolitik viele wichtige Punkte auf die Tagesordnung gesetzt (Krankenhausreform, ärztliche Versorgungsstruktur, Pflegeversicherung). Sie hat aber gegenüber dem Koalitionspartner nicht erreicht, die Arbeitgeber_innen wieder paritätisch an der Finanzierung der Krankenversicherung zu beteiligen. Vielmehr wurde das System der eingefrorenen Solidarbeiträge zum Nachteil der Versichertengemeinschaft zementiert. Die Versicherten zahlen über Zusatzbeiträge alle Ausgaben ihrer Krankenkasse, die den eingefrorenen Beitrag übersteigen, allein.

Damit ging für die Arbeitgeber_innen jegliche Motivation verloren, die Beitragsätze stabil zu halten. Denn bei eingefrorenem Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung werden innerhalb des Arbeitgeberlagers die spezifischen Interessen der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft eine größere Rolle spielen. Auch deshalb werden die Zusatzbeiträge steigen. Es ist zu erwarten, dass bei der gegebenen ungebremsten GKV-Ausgabenentwicklung ohne eine gesetzliche Änderung die Dynamik nach der Bundestagswahl 2017 noch zunimmt. So wurde von Gewerkschaften bei den Anhörungen zu Reformgesetzen im Gesundheitswesen vor steigenden Zusatzbeiträgen gewarnt, weil notwendige Innovationen und Strukturverbesserungen zum Großteil von den Versicherten der GKV bezahlt werden sollten.

Tabelle 1
Neue Gesetze aus 2015
 Geschätzte Finanzwirkungen in Millionen Euro

Gesetz	2016	2017	2018	2019
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	405	905	905	905
Krankenhausstrukturgesetz	755	1503	1883	1958
Präventionsgesetz	260	260	260	260
E-Health-Gesetz	55	108	175	246
Hospiz- und Palliativgesetz	200	200	200	200

Quelle: Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes aufgrund der 2015 im Bundestag verabschiedeten Reformgesetze im Gesundheitswesen.

Zusatzbeiträge haben neben der Belastung der Versicherten weitere Wirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung und die Gesundheitsversorgung. Sie heizen den Wettbewerb zwischen den Kassen an. Dabei spielt der Wettbewerb um bessere gesundheitliche Versorgungskonzepte und mehr Qualität eine viel zu geringe Rolle. Vielmehr führt dieses Szenario in erster Linie dazu, dass auf dem Rücken der Beschäftigten bei den Leistungserbringern gespart wird, vor allem in patientennahen, aber nicht erlösrelevanten Bereichen, so z. B. in der Pflege und im Service (Reinigung, Küche) sowie bei den Mitarbeiter_innen der Krankenkassen.

Im Januar 2016 hat die SPD-Bundestagsfraktion daher eine Abkehr von dieser Politik angekündigt und mehr Solidarität, die Bürgerversicherung und eine paritätische Finanzierung eingefordert (vgl. SPD-Bundestagsfraktion 2016). Diese Forderungen stehen seit vielen Jahren in den SPD-Wahlprogrammen und konnten bislang – nicht zuletzt aufgrund der Mehrheitsverhältnisse – nicht umgesetzt werden (vgl. SPD-Parteivorstand 2004, 2011). Die Expertenrunde der FES hat sich daher darauf konzentriert, Wege zu beschreiben, wie das Ziel Bürgerversicherung tatsächlich erreicht werden kann. Dabei hat sie sich an realpolitischen Vorstellungen orientiert.

2.7 DER HANDLUNGSDRUCK IN GKV UND PKV STEIGT

Die Expertenrunde der FES ist der Auffassung, dass eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV allein zu kurz greift. Unter anderem werden Lösungen für die offensichtlicheren Probleme des dualen Finanzierungssystems gebraucht. Seit Langem werden Versorgungsunterschiede nach Einkommen und Status angeprangert. Vergütungsunterschiede für Ärzt_innen und weitere Leistungserbringer in gesetzlicher und privater Krankenversicherung sind für niemanden nachvollziehbar. Und es kommen weitere Probleme hinzu.

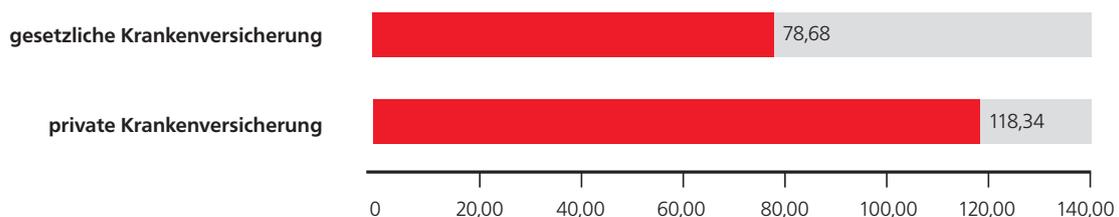
Wachsende Beitragsschulden

Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts (WiO) der AOK sind 2015 die Beitragsschulden der Versicherten in der GKV auf 4,48 Milliarden Euro gestiegen – 1,24 Milliarden Euro mehr als im Vorjahr. Insbesondere die wachsende Zahl von (Solo)-Selbstständigen schultert eine erhebliche Beitragslast. Sie müssen in der GKV durchschnittlich 46,5 Prozent ihrer Einkünfte für die Versicherung aufwenden. In der PKV sind es in dieser Gruppe sogar 58 Prozent. Wissenschaftler_innen sehen dafür im dualen Versicherungssystem keine gangbare Lösung (Haun/Jacobs 2016: 29). So sei das Geschäftsmodell der PKV vom Grundsatz her nicht dazu in der Lage, auf sich ändernde individuelle Erwerbs- und Lebenslagen der Versicherten zu reagieren. Aber auch in der GKV würden die Beitragsregelungen der konkreten Situation vieler Selbstständiger nicht mehr gerecht. An der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes müssten sich alle Bürger_innen beteiligen.

Implosionstendenzen der PKV

Das Ausgabenproblem der privaten Versicherer ist durch ein mangelndes Steuerungsinstrumentarium bedingt. Die PKV ist abhängig von den Entwicklungen am Kapitalmarkt. Nicht nur in Zeiten von Negativzinsen ist dies problematisch. Privat Versicherte müssen seit Jahren stärker steigende Beiträge als Versicherte in der GKV hinnehmen oder zu einem anderen Tarif im gleichen Unternehmen mit geringerem Leistungsumfang bzw. höherer Selbstbeteiligung wechseln. Die lebenslange Leistungsgarantie ist für viele PKV-Versicherte inzwischen nur noch eine Illusion. Circa 400.000 Versicherte der PKV befinden sich in prekärer ökonomischer Lage. Sie müssen bis zu 50 Prozent ihres Einkommens (Soloselbstständige sogar 58 Prozent, Haun/Jacobs 2016: 27 f.) für die PKV aufwenden. Der hohe Anteil säumiger Versicherter in der PKV ist daher nicht überraschend.

Abbildung 3
Ausgabensteigerung bei GKV und PKV
 Um diesen Prozentsatz stiegen die Ausgaben zwischen 1994 und 2014



Quelle: Statistisches Bundesamt 2016, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

3

WIE ES BESSER WERDEN KANN – EIN AUSBLICK

Die umfassende Versicherungspflicht in einer gesetzlichen Krankenkasse mit einheitlichen Rahmenbedingungen wird unter den geschilderten Problemen immer attraktiver. Wesentliche Elemente der GKV sind daher auch der Ausgangspunkt für das Konzept der Bürgerversicherung.

3.1 MEHR GERECHTIGKEIT

Als Vorteil wird die bessere horizontale und vertikale Gerechtigkeit in der GKV genannt.

Unter horizontaler Gerechtigkeit wird die Aufhebung der Ungleichbehandlung verstanden. Die Beitragserhebung ehemals privat versicherter Personen würde auf der gleichen Kalkulationsgrundlage erfolgen wie die der gesetzlich versicherten Personen.

Unter vertikaler Gerechtigkeit wird die Aufhebung der negativen Risikoauslese verstanden, also der Zuordnung zu einem der beiden Versicherungssysteme aufgrund von Verdienst oder Status. Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze könnten sich nicht mehr den Umverteilungsprozessen in der GKV entziehen.

3.2 DER ÜBERGANG ZUR BÜRGERVERSICHERUNG

Der Weg zu einer Bürgerversicherung ist nicht einfach. Umstritten – auch unter den Befürworter_innen – waren in der Vergangenheit die konkreten Umsetzungsschritte.

So würde beispielsweise ein schneller Umstieg mit einer Stichtagslösung auch langjährig Versicherte (Altverträge) zum Übertritt in die integrierte Versicherung zwingen. Damit besteht aber auch ein hohes verfassungsrechtliches Risiko. Der Übergang mit einem befristeten Wahlrecht für Altverträge vermeidet dagegen Zwang, benötigt aber auch viel mehr Zeit. Das verfassungsrechtliche Risiko ist dagegen niedriger. Allerdings führt dies zu einem Selektionseffekt bei der Ausübung des Wahlrechts. Das heißt, nur wer sich einen Vorteil verspricht, würde wechseln. Dies könnte in der Übergangszeit zu einer höheren Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Regelungsbedürftig ist insbesondere die Mitnahme der Alterungsrückstellungen der PKV-Versicherten beim Wechsel

in eine GKV-Kasse. Dabei ist zum einen auf eine verfassungsrechtlich konforme Ausgestaltung zu achten und zum anderen ist politisch klärungsbedürftig, wie die Rückstellungen in die Finanzausgleichsmechanismen der GKV einbezogen werden.

3.3 DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE

Bei der Ausgestaltung der Bürgerversicherung stellt eine Modifikation der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) einen weiteren zentralen Baustein zur solidarischen Weiterentwicklung der GKV-Finanzierungsgrundlagen dar. Grundidee ist es, dass bislang durch die BBG geschonte, höhere Einkommen im Sinne einer Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip verstärkt zur Finanzierung herangezogen werden. Bislang existiert kein wissenschaftlich objektiver Wert für die richtige Höhe der BBG. Eine vollständige Abschaffung würde zur Beseitigung der Defizite bei Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit beitragen. Jedoch gibt es auch hier verfassungsrechtliche Bedenken. Die Anhebung der BBG auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung verringert ebenfalls deutlich die Defizite und dürfte verfassungsrechtlich unproblematisch sein. Unter Verteilungsaspekten kommt diese Variante durch die ermöglichte Beitragssatzsenkung den relativ dicht besetzten unteren und mittleren Einkommensklassen unterhalb der bisherigen BBG zugute. Bei einer schrittweisen Einführung der Bürgerversicherung wäre zu beachten, dass eine im ersten Schritt isolierte Anhebung der BBG zu einer starken Abwanderung von bislang freiwillig GKV-Versicherten in die PKV führen dürfte, was wiederum einen negativen Einfluss auf die erreichbaren Beitragsentlastungspotenziale hätte. Würde die Bürgerversicherung im Rahmen eines Stufenmodells eingeführt, sollte die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze immer auch parallel mit einer adäquaten Anpassung der Versicherungspflichtgrenze einhergehen.

3.4 BEITRAGSPFLICHTIGE EINKOMMEN

Klärungsbedarf gibt es auch zu den Einkommensarten, die eine Beitragspflicht auslösen.² Neben Arbeitseinkommen

² Genannt werden häufig Kapitaleinkünfte, Mieten und Pachten.

und Rente ist aus Gerechtigkeitsgründen die Verbeitragung weiterer Einkommensarten geboten. Der steigende Anteil von Einkommen aus Vermögen und die Abgrenzung zwischen Einkommen aus selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit machen einen solchen Schritt erforderlich.

Um kleine und mittlere Arbeitseinkünfte beim GKV-Beitrag zu entlasten, wird eine Anpassung an gesellschaftliche Realitäten gefordert. Denn seit Langem hält die Entwicklung der Erwerbseinkommen nicht mit der wirtschaftlichen Entwicklung Schritt. Dagegen wachsen die GKV-Ausgaben entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung. Die Folge sind steigende Beiträge für Arbeitnehmer_innen und Rentner_innen.

Als ungerecht wird auch empfunden, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung unterschiedliche Regeln zur Beitragserhebung gelten:

- Bei Pflichtversicherten werden Beiträge ausschließlich auf Erwerbseinkommen erhoben. Andere Einkunftsarten werden nicht berücksichtigt. Dadurch werden private Haushalte mit unterschiedlichen Einkommensquellen trotz gleicher finanzieller Leistungsfähigkeit unterschiedlich belastet.
- Bei freiwillig Versicherten in der GKV wird dagegen der Beitrag aus den gesamten Einnahmen bis zur BBG erhoben. Damit wird bei ihnen die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Verfassungsrechtlich dürfte die Heranziehung weiterer Einkommensarten unproblematisch sein. Doch bei einer Ausweitung der Beitragsbasis unter Beibehaltung einer BBG würden nur Personen mit Einkommen unterhalb der BBG – also Bezieher_innen mittlerer und niedriger Einkommen – mit der Ausweitung der beitragspflichtigen Einkommen finanziell belastet. Die damit ermöglichte Absenkung der Beitragssätze würde jedoch den Bezieher_innen von Einkommen über der BBG, Arbeitgeber_innen sowie der gesetzlichen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls zugute kommen. Um diesem Dilemma zu entgehen, wird in der Diskussion um die Bürgerversicherung die Forderung erhoben, einkommensabhängige Beiträge aus Erwerbseinkommen durch eine zweite Beitragssäule für Kapitaleinkünfte zu ergänzen. Diese zweite Säule ist notwendig, damit Kapitaleinkünfte nicht nur bei Einkommen unterhalb der BBG herangezogen werden können. Ebenso soll in dieser zweiten Säule zur Entlastung kleiner Vermögen, der steuerrechtliche Sparerpauschbetrag (aktuell 801 Euro bzw. für Verheiratete 1.602 Euro jährlich) gelten. Bei der Beitragserhebung wird auf die Daten der Finanzämter zurückgegriffen.

Da die Abwicklung über die Krankenkassen allein nicht leistbar ist, müssten die Finanzbehörden ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden. Hierbei sind insbesondere die unterschiedlichen Verfahren des Beitragseinzugs und deren Auswirkungen auf eine zeitnahe Beitragseinnahme sowie die Verwaltungskosten zu beachten. Bei einer „Finanzamtslösung“ wäre der ermittelte Krankenversicherungsbeitrag dem Gesundheitsfonds gutzuschreiben. Einer besonderen Klärung bedarf es dann bei Kapitaleinkünften, die der Abgeltungsteuer unterliegen.

Im Vergleich zu einer Ausweitung des Versichertenkreises oder der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze muss

also bei der Ausweitung der Beitragsbasis auf weitere Einkommensarten von der Krankenversicherung auf die Daten der Finanzämter zurückgegriffen werden. Neben dem Verwaltungsaufwand ergeben sich nicht einfach zu klärende neue Fragestellungen an der Schnittstelle von Steuersystem und Sozialversicherung, die das gesamte System der Selbstverwaltung berühren.

Besser wäre es daher, Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur (z. B. Krankenhausförderung der Länder, Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung oder Prävention im Kindesalter) in der erforderlichen Höhe über das Steuersystem zu finanzieren. Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen stünden dann vollständig für die laufenden Ausgaben (z. B. ärztliche und Krankenhausbehandlung, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Pflege, Zahnbehandlung und Krankengeld) zur Verfügung. Eine solche klare Finanzierungssystematik ist gleichzeitig ein Beitrag zur Vermeidung von Bürokratie.

3.5 WAHLFREIHEIT (AUCH FÜR BEAMT_INNEN)

Es gibt derzeit rund 1,7 Millionen Beamt_innen bei Bund, Ländern und Kommunen. Die versicherungs- und beitragsrechtliche Situation von Beamt_innen, die sich freiwillig gesetzlich versichern wollen oder versichert sind, ist rechtlich unbefriedigend geregelt. Faktisch existiert für sie keine echte Wahlfreiheit bei der Entscheidung über ihren Krankenversicherungsschutz. Beamt_innen in der GKV müssen – anders als andere freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer_innen – den gesamten Krankenversicherungsbeitrag selbst zahlen. Die Beitragsbelastung für gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigten, die über ihre Krankenkassen primär Sachleistungsleistungen in Anspruch nehmen, ist damit unangemessen hoch. Es gibt keinen stichhaltigen Grund, weshalb diesem Personenkreis ein Beitragszuschuss des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin – wie er parallel den freiwillig versicherten höher verdienenden Arbeitnehmer_innen nach § 257 SGB V zusteht – verweigert wird.

Bereits in der 15. Wahlperiode wurde von der Regierungskoalition (SPD und Bündnis 90/Die Grünen) in einem Gesetzentwurf zur wirkungsgleichen Übertragung von Regelungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung auf dienstrechtliche Vorschriften (BT-Drucksache 15/3444) das Problem aufgegriffen. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass die Gewährung eines Beitragszuschusses an freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamt_innen eine seit Langem beklagte Gerechtigkeitslücke darstellt, die geschlossen werden sollte. Von einer Beschlussfassung wurde jedoch Abstand genommen, nachdem in der Anhörung des Innenausschusses seitens der privaten Krankenversicherung signalisiert wurde, für den Kreis der behinderten oder vorerkrankten Beamt_innen eine bezahlbare Öffnungsperspektive zu bieten. Dies wolle man zunächst prüfen und die Entwicklung sehr sorgfältig beobachten. Nach wie vor bestehen jedoch die damals genannten Probleme fort.

Notwendig ist daher eine Gesetzesänderung, die den gesetzlich versicherten Beamt_innen bei Wegfall der beste-

henden Beihilfeansprüche im Krankheitsfall alternativ einen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss einräumt. Dieser Anspruch muss im Bund und in den Ländern umgesetzt werden.

3.6 VERGÜTUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Die ärztliche Vergütung in GKV und PKV ist grundverschieden. Dadurch gibt es einen starken ökonomischen Anreiz zur Leistungsabrechnung außerhalb des gesetzlichen Vergütungssystems. In der GKV gilt das Sachleistungsprinzip, während in der PKV die Versicherten in Vorleistung treten und die Arzt- bzw. Krankenhausrechnungen bei ihrer Versicherung bzw. Beihilfestelle einreichen.

Unterschiede zwischen EBM und GOÄ

Die für Privatpatient_innen geltende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist eine reine Einzelleistungsvergütung, die per Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrats erlassen wird. Die ärztlichen Verrichtungen werden mit Punktzahlen versehen, jeder Punkt wird mit einem festen Eurocent-Betrag vergütet. Die letzte GOÄ-Anpassung war 1996, aber in den meisten Fällen gilt immer noch die GOÄ von 1982. Normalerweise rechnen die Ärzt_innen mit einem 2,3-fachen Hebesatz ab. Darüber hinausgehende Hebesätze bedürfen der besonderen Begründung. Die zahlreichen seither eingeführten neuen Leistungen vor allem im medizinisch-technischen Bereich werden durch eine Kombination der bestehenden Gebührenpositionen vergütet. Für diese „Analogleistungen“ gibt es zwar von der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband vereinbarte Empfehlungen, die jedoch nicht verbindlich sind. Es gibt auch keine Budgetvereinbarungen oder Qualitätsrichtlinien. Das hat in der PKV zu Kostensteigerungen für die ärztliche Behandlung geführt, die um 50 Prozent höher sind als in der GKV.

Die kassenärztliche Vergütung beruht auf dem zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss vereinbarten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der EBM weist wie die GOÄ den einzelnen EBM-Positionen Punktzahlen zu (Ausnahme: feste Euro-Beträge für Laborleistungen). Er enthält aber auch altersadjustierte Fallpauschalen, die bei den einzelnen Arztgruppen unterschiedlich ausfallen. Die Hausarztvergütungen bestehen zu einem erheblichen Teil aus solchen Pauschalen. Die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vereinbarten Vergütungen bewegen sich auf zwei Ebenen:

- Jährlich wird auf Bundesebene eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) vereinbart, die jährlich mit einem Orientierungswert der Morbiditätsentwicklung angepasst wird. Diese budgetierte MGV wird auf regionaler Ebene über den von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten Honorarverteilungsvertrag (HVV) umgesetzt. Dabei werden Mengenüberschreitungen über den in der MGV vereinbarten Gesamtvergütung in der Regel durch Kürzung des real ausgezahlten Punktwertes ausgeglichen.

Davon ausgenommen sind extrabudgetäre Leistungen, die als besonders förderungswürdig gelten und in festen Europreisen ohne Budgetierungsabschläge gezahlt werden.

- Hinzu kommen selektivvertragliche Vergütungen in den zahlreichen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung oder zu regionalen Projekten einer integrierten Versorgung, die sich aus besonderen Verträgen einzelner Kassen mit Arztpraxen bzw. Ärzteverbänden ergeben (z. B. AOK Baden-Württemberg).

Elemente eines ärztlichen Vergütungssystems in einer Bürgerversicherung

Ein reines Einzelleistungssystem ohne Mengenbegrenzung scheidet a priori für eine Bürgerversicherung aus. Es geht um ein Mischsystem aus Fall- und Komplexpauschalen mit begrenzten Einzelleistungsvergütungen für besondere Leistungen, ergänzt ggf. um Qualitätsanreize. Die FES hat bereits im April 2013 ein Positionspapier zur Reform der Gesundheitsversorgung (Bormann et al. 2013) veröffentlicht, das den Aufbau eines ambulanten ärztlichen Vergütungssystems nach Versorgungsbereichen vorschlägt (s. Tabelle 2).

Konvergenzprobleme

Modellrechnungen haben ergeben, dass für vergleichbare Leistungen die Vergütungen für Privatpatient_innen mehr als doppelt so hoch sind wie bei Kassenpatient_innen (vgl. Walendzik et al. 2008: 4, 47 f.). Ein einheitliches Vergütungssystem wäre für Arztpraxen mit vielen Privatversicherten mit erheblichen Umsatzeinbußen verbunden. Allerdings sind die mit Privatpatient_innen erzielten Einnahmen je nach Arztgruppe sehr unterschiedlich, wie Tabelle 2 zeigt. Im Durchschnitt machen die niedergelassenen Ärzt_innen gut 30 Prozent ihres Umsatzes mit Privatpatient_innen. Diese Quote liegt bei den Hausärzt_innen bei 20,7 Prozent, bei den Augenärzt_innen bei 35,7 Prozent und bei den Orthopäd_innen bei 47,3 Prozent. Zudem fallen diese Anteile regional sehr unterschiedlich aus. In den neuen Ländern ist die Zahl der PKV-Versicherten deutlich niedriger als in den alten Ländern. Auch gibt es innerhalb von großen Städten deutliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken.

Damit stellt sich die Frage nach einer Kompensation für die mit einem einheitlichen Vergütungssystem ggf. verbundenen Honorarausfälle. Diese können damit begründet werden, dass die Ärzt_innen ihre Investitionsentscheidungen auf Basis des dualen Vergütungssystems und den damit verbundenen Umsatzerwartungen gemacht haben (Vertrauensschutz). Es sind unterschiedliche Szenarien denkbar, die aber davon abhängig sind, wie der Übergang zur Bürgerversicherung erfolgt. Ausgeschlossen werden sollte eine vollständige Kompensation etwa in Form einer entsprechenden Anhebung der MGV. Übergangslösungen hängen auch davon ab, in welchen Stufen die Bürgerversicherung eingeführt wird, ob es z. B. eine befristete Optionslösung für PKV-Mitglieder zum Wechsel in die GKV geben soll. Über Kompensationslösungen ist zu entscheiden, sobald die Stufen zur Einführung der Bürgerversicherung geklärt sind.

Tabelle 2

Elemente eines ärztlichen Vergütungssystems in einer Bürgerversicherung

Versorgungsbereich	hausärztliche Versorgung	fachärztliche Versorgung	
		Grundversorgung	Spezialversorgung
altersbezogene Fallpauschalen	altersbezogene Fallpauschalen	ggf. altersbezogene Fallpauschalen	–
morbiditätsbezogene Fallpauschalen	Chronikerpauschalen, gebunden an Prozess- und Strukturqualität, ggfs. Zuschläge für Multimorbidität	arztgruppenbezogene morbiditätsorientierte Pauschalen mit Parametern der Prozess- und Strukturqualität, Harmonisierung mit DRGs	arztgruppenbezogene morbiditätsorientierte Pauschalen mit Parametern der Prozess- und Strukturqualität, Harmonisierung mit DRGs
sonstige Vergütungselemente	Einzelleistungsvergütungen und Kompletpauschalen für besonders förderungswürdige Leistungen		
Pay for Performance	Vergütungsanteil P4P anhand von Parametern der Ergebnis- und Prozessqualität		

Quelle: Bormann et al. 2013, eigene Darstellung.

Tabelle 3

Erträge von Arztpraxen nach Abzug der Praxiskosten 2011 (ohne MVZ)

Fachgruppe	Reinertrag je Praxisinhaber_in in Euro	Umsatzanteil von Kassenpatient_innen in v. H.
Allgemeinmedizin	138.000	79,3
Kinderheilkunde	140.000	76,2
Frauenheilkunde	144.000	69,6
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	148.000	59,2
alle Arztpraxen	166.000	69,0
Urologie	168.000	55,3
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	173.000	73,2
Innere Medizin	184.000	70,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten	185.000	51,1
Orthopädie	193.000	52,7
Chirurgie	213.000	53,8
Augenheilkunde	229.000	64,3
Radiologie, Nuklearmedizin	303.000	62,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, eigene Zusammenstellung.

4

FAZIT

Die Defizite der Dualität von gesetzlicher und privater Versicherung treten immer deutlicher hervor. Einerseits werden die Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung offensichtlich. Die Versicherungsbeiträge steigen weit stärker als bei der GKV. Aus den Implosionstendenzen in der PKV erwächst ein immer stärkerer Handlungsdruck. Privat Versicherte erhalten aufgrund der deutlich besseren ärztlichen Vergütung oft Leistungen, die sie nicht benötigen. Wirkungsvolle Steuerungsinstrumente würden die Ausgaben begrenzen, sind aber weder von der PKV noch von der Ärzteschaft gewollt.

Auf der anderen Seite kommt es bei den gesetzlichen Krankenkassen immer häufiger zu einem Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb. Erforderliche Leistungen werden zurückgehalten, persönliche Beratung der Versicherten wird reduziert.

Die Wahlfreiheit ist durch die Mauer zwischen den beiden Systemen GKV und PKV, aber auch innerhalb der PKV deutlich eingeschränkt und einige Beschäftigtengruppen (vor allem Soloselbstständige) können die Krankenversicherung aus ihren Einkünften nicht mehr bezahlen.

Die Lösung der Vielzahl an Problemen im dualen Krankenversicherungssystem ist durch Maßnahmen jenseits der Bürgerversicherung nicht zu erreichen.

Die Bürgerversicherung ist zwar nicht die Lösung aller Probleme im Gesundheitswesen, sie schafft aber die Voraussetzung für mehr Gerechtigkeit, eine bedarfsgerechtere gesundheitliche Versorgung, mehr Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit bei der Finanzierung. Sie kann damit auch eine Grundlage für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung sein und ein Weg aus dem derzeitigen Wettbewerb um gute Risiken einerseits und einem dominanten Preiswettbewerb, dessen Ziel es ist, Zusatzbeiträge zu vermeiden, andererseits. Stattdessen ermöglicht die Bürgerversicherung notwendige Reformen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgungsangebote.

Mit einem einheitlichen Bewertungssystem ärztlicher Leistungen in einer Bürgerversicherung kann eine bedarfsorientiertere Verteilung der Vertragsärzte organisiert werden, weil Fehlanreize durch das bisherige PKV-Honorarsystem bei der Wahl des Ortes der Niederlassung entfallen. Es entstehen Anreize und Gestaltungsspielräume, damit qualifiziertes

Personal in der Beratung und gesundheitlichen Versorgung am richtigen Platz eingesetzt werden kann.

4.1. DER WEG ZUR BÜRGERVERSICHERUNG

Die Expertenrunde der FES sieht aufgrund der oben beschriebenen Probleme die Notwendigkeit, mit der Umgestaltung unseres Krankenversicherungssystems ohne weitere Verzögerungen zu beginnen. Es sind Elemente der Bürgerversicherung zu identifizieren, die zu deren Einführung erforderlich sind. Jedes einzelne Element ist danach zu bewerten, wie sicher es zu den gewünschten Effekten für Versicherte und Patient_innen führt.

Dabei gibt es keine Reihenfolge. Entscheidend ist vielmehr, dass jetzt mit den Umsetzungsschritten begonnen wird, um unser solidarisches Krankenversicherungssystem zukunftsfest zu machen.

Jede Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem ist mit Unsicherheiten verbunden, auch wenn sie, wie bei der Bürgerversicherung, im Ergebnis zu mehr Solidarität und mehr Gerechtigkeit führt und nachhaltig die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens stärkt und die Versorgung verbessert. Die Einführung einer Bürgerversicherung in einem Schritt ist auch aus diesem Grund unrealistisch. Es ist geboten, eine sehr sorgfältige Folgenabschätzung vorzunehmen.

Auch in der Übergangsphase, die je nach politischer Konstellation in Bund und Ländern, weit mehr als zehn Jahre in Anspruch nehmen wird, muss gelten, dass gute Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung stehen, bezahlbar für alle, die sie benötigen.

4.2 FÜNF ELEMENTE ZUR BÜRGERVERSICHERUNG

4.2.1 GUTE QUALITÄT VERLÄSSLICH FINANZIEREN

Eine bessere Finanzierung guter Qualität kann nur in einem einheitlichen Versorgungssystem für alle Bürger_innen sichergestellt werden. Von der Versicherungswirtschaft und einigen

Gesundheitsökonom_innen wird behauptet, die PKV übe mit ihrer „Innovationsoffenheit“ (Ulrich/Pfarr 2013: 5) Druck auf die GKV aus, ohne den deren Versorgungsniveau niedriger wäre. Das ist falsch. Die Leistungen der GKV müssen dem Stand des medizinischen Wissens entsprechen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)³ entscheidet auf Basis des Grundsatzes der „evidenzbasierten Medizin“. Seine wissenschaftlichen Institute bewerten, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arzneimittel und Medizinprodukte tatsächlich ein medizinischer Fortschritt sind und welche nicht. Solche Instrumente der Qualitätssicherung und Nutzenbewertung in der Medizin hat die PKV nicht.

Sie beteiligt sich im Unterschied zur GKV auch nicht am Innovationsfonds für neue Versorgungsformen oder am Strukturfonds für die Krankenhäuser. Diese werden nur von den gesetzlich Versicherten finanziert. Sie kommen aber allen Bürger_innen zugute. Sie gehören, wie auch die Prävention, zur allgemeinen Daseinsvorsorge, die eine grundgesetzliche Aufgabe der Länder ist. Die Länder müssen daher mehr Verantwortung übernehmen und sich gemeinsam mit dem Bund stärker an der Finanzierung beteiligen. Investitionen in die Sicherstellung der medizinischen Versorgung sowie in die Gesundheitsförderung und in die Prävention sind nicht zwangsläufig mit einer höheren Staatsverschuldung verbunden. Sie rechnen sich und haben positive Wirkungen auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Die Modernisierung der Versorgungsstrukturen und die Förderung der Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die über Steuern zu finanzieren sind. Die Länder und der Bund müssen sich daran stärker beteiligen.

4.2.2 MIT PARITÄTISCHER BETEILIGUNG DER ARBEITGEBER_INNEN DIE VERSORGUNG VERBESSERN

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung hat nicht nur eine Entlastungswirkung für Versicherte. Vielmehr nimmt sie die Arbeitgeber_innen in Verantwortung für die Gesundheit ihrer Beschäftigten und beteiligt sie an der Entwicklung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

Die Arbeitgeber_innen bilden zusammen mit den Versicherten die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen. Sie müssen gemeinsam dafür Sorge tragen, dass mit den Beiträgen der Versicherten Prävention und Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet sind. Das funktioniert aber nur dann gut, wenn Versicherte und Arbeitgeber_innen wieder je zur Hälfte (paritätisch) die Beiträge zahlen.

Hinzu kommt, dass negative Wirkungen im Wettbewerb der Krankenkassen vermieden werden. Der Zusatzbeitragsatz führt zu einer Preisdominanz. Stattdessen wird der Fokus stärker auf einen Wettbewerb um eine gute und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung gelegt.

Arbeitgeber_innen bzw. die Rentenversicherung zahlen die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags. Ein Zusatzbeitrag wird nicht erhoben.

³ Der GBA besteht aus Vertreter_innen von Krankenhäusern, Krankenkassen Ärzt_innen, Zahnärzt_innen und Patient_innen. Er beschließt im Rahmen der Gesetze Richtlinien zum Leistungsumfang und der Versorgungsqualität in der GKV.

4.2.3 PASSGENAUE LEISTUNGEN, UNABHÄNGIG VOM EINKOMMEN ERMÖGLICHEN

Bislang hat das duale System die Versorgungsunterschiede zementiert. Unterschiedliche Vergütungen vor allem bei ambulanten ärztlichen Leistungen, die allein durch den Versicherungsstatus bedingt sind, tragen zu diesen unerwünschten Versorgungsunterschieden bei. Ein Gesundheitswesen für alle Bürger_innen braucht den gleichen Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen. Dies setzt voraus, dass die Vergütungsunterschiede für die Leistungserbringung zwischen PKV und GKV nicht noch weiter vertieft, sondern angenähert werden müssen.

Die unterschiedlichen Vergütungsordnungen von GKV und PKV werden in eine einheitliche Vergütungsordnung überführt.

4.2.4 WAHLRECHTE DER VERSICHERTEN STÄRKEN

Bislang werden Versicherte abhängig von Einkommen und Status einem Versicherungssystem zugeordnet und können diesem auch nur schwer entfliehen. Wer ein Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze hat, kann sich nur gesetzlich versichern, kann jedoch zwischen den derzeit 117 Krankenkassen⁴ weitgehend problemlos wechseln.

Der Zugang zur privaten Krankenversicherung hängt vom Einkommen oder Status (Beamt_innen, Selbstständige) ab. Da es dort keinen Kontrahierungszwang gibt, ist ein Wechsel zu einer anderen Versicherung ohne erhebliche Beitragssteigerung kaum möglich. Wer ein hohes Einkommen hat, kann einmalig entscheiden, ob er freiwillig gesetzlich versichert bleiben will. Beamt_innen haben schon seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 prinzipiell keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist erforderlich, im Rahmen der Einführung der Bürgerversicherung diese Wahlrechte anzugleichen. Dabei sind Übergangsmöglichkeiten auch für die bisher bereits Versicherten vorzusehen.

Das Wahlrecht einer Krankenversicherung wird unabhängig vom beruflichen Status und vom Einkommen für alle Bürger_innen in gleicher Weise gewährleistet.

4.2.5 MEHR GESUNDHEITSLEISTUNGEN DURCH GERECHTE LASTENTEILUNG ZUSICHERN

Trotz steigender finanzieller Beteiligung der Versicherten an den GKV-Ausgaben sind die Qualität und der Umfang der GKV-Leistungen in den letzten Jahren nicht im selben Maße gestiegen. Einige Leistungen wurden sogar vollständig gestrichen oder nur noch begrenzte Zuschüsse gewährt. Wenn die Schere zwischen Beitragshöhe und Gesundheitsleistungen weiter auseinandergeht, sinkt das Vertrauen der Bürger_innen in die GKV. Deshalb ist zu prüfen, ob Leistungen, wie z. B. Sehhilfen, Hörgeräte oder Zahnersatz wieder als Sachleistung in den Katalog der GKV aufgenommen werden sollten, auch wenn das mit höheren Ausgaben verbunden ist. Dafür wird eine gerechtere Lastenteilung benötigt.

⁴ Stand September 2016.

Wer viel verdient, muss in der GKV nur Beiträge aus Einkünften bis zur Beitragsbemessungsgrenze (50.850 Euro pro Jahr) zahlen. Versicherte unterhalb dieser Grenze zahlen also einen höheren Anteil, als diejenigen, die darüber liegen. Dass Löhne bis zu 4.237,50 Euro monatlich vollständig verbeitragt werden, darüber hinausgehende Gehälter jedoch nicht, wird von der großen Breite der Bevölkerung als ungerecht angesehen. Als gerecht wird ein gleicher Anteil unabhängig von einer Einkommensgrenze und aus allen Einkünften empfunden. Dies wird verfassungsrechtlich jedoch sehr kritisch beurteilt. Ein langjähriger Streit wäre vorprogrammiert. Es ist daher ein Vorgehen zu empfehlen, mit einer moderaten Anhebung der BBG auf die Höhe der Rentenversicherung (6.200 Euro monatlich/74.400 Euro pro Jahr). Die Anhebung der BBG sollte mehrere positive und deutlich spürbare Effekte mit sich bringen. Zum einen muss sie mit einer Leistungsverbesserung verknüpft werden. Bessere Beratung und mehr Geld für pflegerische und therapeutische Leistungen könnten solche Verbesserungen sein. Zum Zweiten könnte in Verbindung mit der paritätischen Finanzierung der Beitragssatz für die Versicherten sinken. Je nach Ausgestaltung wäre dann bei Einkommen über der heutigen BBG allenfalls mit einer moderaten Beitragserhöhung zu rechnen.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf das Niveau der Rentenversicherung erhöht. Der Beitragssatz für alle wird entsprechend gesenkt.

Dieses Positionspapier wurde auf Grundlage der Beratungen einer Projektgruppe im Rahmen des FES-Arbeitskreises „Bürgerversicherung“ verfasst, die im Jahr 2016 mehrfach in der FES in Berlin getagt hat. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

Teilnehmende des Arbeitskreises

Genster, Grit > Leiterin des Bereichs Gesundheitspolitik der ver.di Bundesverwaltung

Prof. Dr. Greß, Stefan > Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Hochschule Fulda

Klemm, Anne-Kathrin > Abteilungsleiterin Politik des BKK-Dachverbandes

Lambertin, Knut > Referatsleiter Gesundheitspolitik beim DGB-Bundesvorstand

Prof. Dr. Lungen, Markus > Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomie der Hochschule Osnabrück

Mattheis, Hilde > Mitglied des Deutschen Bundestages, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

Reiners, Hartmut > Ökonom und Publizist

Schmidt, Severin > Leiter GK Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Weisbrod-Frey, Herbert > Mitglied im Bundesvorstand der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Abbildungsverzeichnis

- 7 Abbildung 1
GKV-Einnahmen und -Ausgaben
- 7 Abbildung 2
Wie der GKV-Beitragssatz den/die Arbeitgeber_in belastet
- 9 Abbildung 3
Ausgabensteigerung bei GKV und PKV

Abkürzungsverzeichnis

ALG II	Arbeitslosengesetz II
BBG	Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte für Privatpatient_innen
HVV	Honorarverteilungsvertrag
MGV	morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
PKV	private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
VPG	Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Tabellenverzeichnis

- 8 Tabelle 1
Neue Gesetze aus 2015
- Tabelle 2
- 13 **Elemente eines ärztlichen Vergütungssystems in einer Bürgerversicherung**
- Tabelle 3
- 13 **Erträge von Arztpraxen nach Abzug der Praxiskosten 2011 (ohne MVZ)**

Literaturverzeichnis

Bormann, René et al. 2013: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung: Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

BT-Drucksache 15/3444: Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/3444 vom 29.6.2004, Gesetzesentwurf der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur wirkungsgleichen Übertragung von Regelungen der sozialen Pflegeversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung auf dienstrechtliche Vorschriften.

Buntenbach, Annelie 2010: Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ DGB Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik (Dez. 2010).

Greß, Stefan; Bieback, Karl-Jürgen 2014: Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit, in GGW 2014 14 (4) (November), S. 7–14.

Handwerkskammer Region Stuttgart 2015: Wie viel kostet eine Handwerkerstunde?, Broschüre, Stuttgart, <http://www.hwk-stuttgart.de/downloads/wie-viel-kostet-einen-handwerkerstunde-67,272.pdf> (16.11.2016).

Haun, Dietmar; Jacobs, Klaus 2016: Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar, in GGW 2016 16 (1) (Januar), S. 22–30.

Kingreen, Thorsten 2014: Wandel durch Annäherung: Perspektiven für eine integrierte Krankenversicherungsordnung, in: I. Ebsen/A. Wallraabenstein (Hrsg.): Stand und Perspektiven der Gesundheitsversorgung: Optionen und Probleme rechtlicher Gestaltung, S. 13–35.

Lambertin, Knut 2013: BürgerInnenversicherungskonzepte in den Wahlprogrammen (in synoptische Übersicht), DGB-Bundesvorstand Abteilung Sozialpolitik.

Lang Armin 2011: Wann kommt die Bürgerversicherung? Positionen und Argumente, Vortrag auf der Konferenz des SPD-Parteivorstands und der ASG, Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger, Oktober 2011.

Lauterbach, Karl; Lungen, Markus 2010: Finanzierung und Versorgungsqualität, spw 179 (4).

Rothgang, Heinz; Arnold, Robert 2013: Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem progressiven Beitragssatz, WSI-Diskussionspapier Nr. 187, Dezember 2013.

SPD-Bundestagsfraktion 2016: Mehr Solidarität im Gesundheitswesen! GOÄ-Novelle verhindern und paritätische Finanzierung der GKV wiederherstellen, Beschluss der SPD-Bundestagsfraktion vom 08.01.2016, http://www.spd-fraktion.de/system/files/documents/beschluss_gesundheit.pdf (16.11.2016).

SPD-Parteivorstand 2004: Eckpunkte für eine solidarische Bürgerversicherung, Beschluss auf seiner Klausur am 28./29.8.2004, https://assets05.nrwspd.net/docs/doc_5126_20049213478.pdf (16.11.2016).

SPD-Parteivorstand 2011: Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger, Leitantrag für den Bundesparteitag, Beschluss vom 26.9.2011, https://www3.spd.de/scalableImageBlob/17698/data/20110926_pv_leitantrag_gesundheit-data.pdf (16.11.2016).

Statistisches Bundesamt 2013: Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, 2011, Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2016: Solo-Selbstständige, Indikatoren, Anteil der Solo-Selbstständigen an allen Erwerbstätigen.

Statistisches Bundesamt 2016: Gesundheitsausgabenrechnung, Datenquelle Stand 18.5.2016, Wiesbaden.

Ulrich, Volker; Pfarr, Christian 2013: Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV, Studie im Auftrag des Verbands der privaten Krankenversicherung in Berlin (PKV), in: Gesellschaftspolitische Kommentare 9-10 (2013), S. 1-7.

ver.di Bundesvorstand 2015: Gesetzliche Krankenversicherung: Kosten für medizinischen Fortschritt und besserer Versorgung können nicht allein von Versicherten aufgebracht werden, Pressemitteilung vom 18.12.2015.

Walendzik, Anke; Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen 2008: Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen.

Impressum:

© 2016

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-675-2

Titelmotiv: Robert Kneschke – fotolia
Gestaltungskonzept: www.stetzer.de
Gestaltungsumsetzung: www.zumweissenroessl.de
Druck: www.bub-bonn.de

Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel
WISO DISKURS – 23/2016

Qualität und Quantität, bitte!: Einstellungen zur staatlichen
Verantwortung in der Kindertagesbetreuung
GUTE GESELLSCHAFT – SOZIALE DEMOKRATIE #2017PLUS – 2016

Verhaltensökonomie: (kein) Thema für die lebensverlaufsorientierte
Sozialpolitik?
WISO DISKURS – 20/2016

Excessive Expectations: OECD and EU Commission Should Revise
Their Return Assumptions
WISO DISKURS – 18/2016

Überhöhte Erwartungen: OECD und EU-Kommission sollten ihre
Renditeannahmen korrigieren
WISO DISKURS – 17/2016

Social investment – Impuls für eine moderne Sozialpolitik?
WISO DIREKT – 23/2016

Pflege in Sozialräumen: Was muss eine Strukturreform Pflege
und Teilhabe leisten?
WISO DIREKT – 20/2016

Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen:
Vorschläge zur Umsetzung der jüngsten Reformen
WISO DIREKT – 19/2016

Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum:
Wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt
Gute Gesellschaft – soziale Demokratie 2017plus

Pflegestützpunkte in Deutschland: die Sicht der Mitarbeitenden –
der rechtliche Rahmen – die politische Intention
WISO DISKURS – 07/2016

Über den Schatten springen!: Arbeitsbeziehungen und Care-Arbeit
WISO DIREKT – 09/2016

Menschen mit Migrationshintergrund in der Rehabilitation:
Zugänglichkeit und Ergebnisse
WISO DIREKT – 06/2016

Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates – Hohe Verantwortung,
verlorenes Vertrauen?
GUTE GESELLSCHAFT – SOZIALE DEMOKRATIE 2017PLUS – 2016

