

Der Beitrag wurde verfasst von: Stephan Schilling, Sprecher des Bundesverbands Grüne Jugend; Felix Tintelnot, sozialpolitischer Koordinator der Grünen Jugend; Markus Kurth, sozialpolitischer Sprecher der Grünen-Bundestagsfraktion; Frithjof Schmidt, Grünen-Landesvorsitzender in Nordrhein-Westfalen; Sibyll Klotz, Grünen-Fraktionsvorsitzende im Berliner Abgeordnetenhaus; Malte Spitz, Politischer Geschäftsführer der Grünen Jugend. Das Zehn-Punkte-Papier soll am Montag vom Grünen-Parteirat und am Dienstag von der Bundestagsfraktion diskutiert werden. Anfang Oktober wird ein Parteitag abschließend über die Bürgerversicherung beraten. Der hier dokumentierte Text trägt in der Originalfassung den Titel "Solidarisch - Gerecht - Leistungsfähig - Nachhaltig. 10 Punkte für eine Grüne BürgerInnenversicherung".

Quelle: Frankfurter Rundschau (Netzausgabe), Freitag, 25.06.2004

LANGFASSUNG

Die Solidargemeinschaft erweitern

In eine künftige Bürgerversicherung müssen Besserverdienende und Beamte einbezogen werden / Zehn Vorschläge aus der Grünen-Partei

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist unübersehbar in eine Legitimationskrise geraten. Die Verbindung aus anhaltenden Schwächen der Einnahmeseite, mangelnder Transparenz und ineffizienten Strukturen lassen die Möglichkeit einer grundlegenden Umstellung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung erstmals seit Jahrzehnten realistisch erscheinen. Die zum 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsreform hat die Debatte um die Finanzierung des Gesundheitswesens und seine Binnenstrukturen eher befeuert. Paradox: Die Beiträge mögen stabilisiert sein - die Zukunftsaussichten des Gesundheitswesens sind instabiler denn je.

Dies liegt vor allem an den fortgesetzten Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung (im folgenden GKV), die nicht auf die vermeintliche "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen zurückzuführen sind, sondern auf eine Erosion der Finanzierungsgrundlage. Die beinahe ausschließliche Finanzierung der GKV durch Beiträge auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung führt bei hoher Arbeitslosigkeit und sinkendem Beschäftigungsstand zwangsläufig zu Einnahmeausfällen. Die Einnahmehasis "Arbeitseinkommen" ist jedoch nicht nur bei Konjunkturkrisen anfällig. Auch strukturell bröckelt die Finanzierungsgrundlage: Die Lohnquote, die den Anteil der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen darstellt, geht insgesamt zurück. Demgegenüber steigt der Anteil der Einnahmen, die gegenwärtig nicht zur Finanzierung der GKV herangezogen, d.h. "verbeitragt", werden. Dieser Trend wird sich fortsetzen: Zins- und Kapitaleinkünfte gewinnen in einer alternden Gesellschaft an Bedeutung. Einnahmeprobleme sind im gegenwärtigen System vorprogrammiert.

Nicht nur die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung ist unvollständig, sondern auch die Solidargemeinschaft der Versicherten. Zwar sind 90 Prozent der Gesellschaft Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse: Neben Personen mit abhängiger Beschäftigung, auch nichterwerbstätige Familienangehörige, StudentInnen, RentnerInnen, BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen sowie Arbeitslose und SozialhilfeempfängerInnen. Allen gesetzlich Versicherten steht, mit Ausnahme des Krankengeldes, unabhängig von der Höhe ihrer Beitragszahlungen ein gleiches Leistungsangebot zu. Damit leistet die gesetzliche Krankenversicherung einen wichtigen und anerkannten Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, den gesetzlich versicherten Leistungsstarken und Leistungsschwachen, Jungen und Alten.

Von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreit sind bisher BeamtenInnen, Selbstständige und all die Personen, deren Erwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von 3862,50€ liegt. Von diesen versichert sich der überwiegende Teil in der privaten Krankenversicherungen (PKV). Dadurch entsteht die abstruse Situation, dass sich ausgerechnet die gut verdienenden Bevölkerungsgruppen dem solidarischen Ausgleich entziehen können. Keine Solidargemeinschaft kann jedoch auf Dauer bestehen, wenn ausgerechnet besonders Leistungsstarke ein individuelles Austrittsrecht aus der Gemein-

schaft haben oder wenn bestimmte Gruppen wie die BeamtInnen von vornherein außen vor bleiben.

Verschärft wird dieses Problem durch die individuelle Risikoprüfung, die private Krankenversicherungen vornehmen dürfen. Personen mit Vorerkrankungen und erhöhten Gesundheitsrisiken erhalten den Versicherungsschutz nur zu einem so hohen Tarif, dass es für sie von vornherein unattraktiv - wenn nicht gar unmöglich - ist, sich privat zu versichern. Die private Versichertengemeinschaft ist also nicht nur ein Club der Einkommensstarken, sondern auch ein Club der Gesunden, d.h. der guten Risiken.

Das Nebeneinander von PKV und GKV wird häufig mit einem effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den beiden Systemen begründet. Aber: Der viel zitierte Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ist ein Ammenmärchen. Die überwiegende Mehrheit der BürgerInnen kann an diesem Wettbewerb überhaupt nicht teilnehmen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen PKV und GKV haben nur die 2,5 Mio. Menschen, deren Bruttomonatsentgelt mehr als die 3862,50 € der Versicherungspflichtgrenze beträgt, sowie die die Selbstständigen, nicht aber die über 61 Millionen Pflichtversicherten in der GKV. Die BeamtInnen besitzen aufgrund der Finanzierung über Beihilfe faktisch ebenfalls keine Wahlmöglichkeit.

Im Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV spielen also ausschließlich die Interessen derer eine Rolle, die aufgrund ihres Einkommens und ihres Gesundheitszustandes aus der Solidargemeinschaft der GKV ausscheren können, nicht aber die der Kranken und Schwachen. Der Systemwettbewerb leistet somit keinen Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Noch nicht einmal zwischen der Privaten Versicherungsunternehmen findet ein echter Wettbewerb statt. Da Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Versicherung nicht mitgenommen werden können, sind langjährig Privatversicherte in ihrem Versicherungsverhältnis gefangen.

Vorschlag für eine Grüne BürgerInnenversicherung

Unser Vorschlag für ein Grünes BürgerInnenversicherungsmodell setzt bei einer umfassenden Strukturreform der Finanzierungsseite an. Es verwirklicht eine nachhaltige und gerechte Finanzierung, erweitert die Solidargemeinschaft und schafft einen funktionalen Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und PatientInnenorientierung in der Gesundheitsversorgung. Davon profitieren alle BürgerInnen als Versicherte und PatientInnen.

Dies alleine reicht nicht aus. Steuerungselemente wie die Positivliste für Medikamente, die Aufhebung des Vertragsmonopols der kassenärztlichen Vereinigungen und die Liberalisierung des Arzneimittelhandels, die bei der letzten Gesundheitsreform auf Betreiben der Unionsparteien den Lobbyinteressen geopfert wurden, müssen mit einer Reform der Finanzierungsseite einhergehen.

1. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und der Abschaffung der Möglichkeit des Herausoptierens für Selbstständige und BeamtInnen wollen wir die Entsolidarisierung gerade der Leistungsstärksten beenden. Alle ständig in Deutschland lebenden Personen werden in die BürgerInnenversicherung und in den Solidarausgleich einbezogen. Die Einbeziehung ehemals privat Versicherter in den Solidarausgleich würde im Saldo klar zu einer Entlastung führen, da die bisher in der PKV Versicherten in der Regel eine höhere ö-

ökonomische Leistungsfähigkeit und ein geringeres (Krankheits-)Risiko als der durchschnittlich GKV-Versicherte haben.

Wenn alle Gruppen unter Beibehaltung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze von 3487,50€ sofort in eine BürgerInnenversicherung überwechseln, ergäbe sich nach Berechnungen des IGES-Instituts daraus eine Beitragssatzsenkung von 0,6%. Auch für die öffentlichen Haushalte würden sich langfristig Entlastungen ergeben, wenn die BeamtInnen als EmpfängerInnen der Beihilfe in die BürgerInnenversicherung einbezogen werden. Ein Gutachten für die Bündnisgrüne Bundestagsfraktion hat mögliche langfristige Einsparungen bei einem Umstieg auf ungefähr 700 Millionen Euro geschätzt, das sind 10% der bisherigen Beihilfezahlungen. Die Einsparungen ergeben sich vor allem aufgrund des niedrigeren Preis- und Leistungsniveaus in der BürgerInnenversicherung im Vergleich zu den Beihilfeleistungen, sowie durch die allgemeine Beitragssatzsenkung.

Grundsätzlich sollte man bei der Einbeziehung der privat Krankenversicherten davon ausgehen, dass die bestehenden Vertragsverhältnisse verfassungsrechtlich geschützt sind und somit nur eine sukzessive Lösung möglich ist. Wir wollen allen bisher privat Krankenversicherten im Übergang ein individuelles Rückkehrrecht in die BürgerInnenversicherung einräumen, dabei müssen diese im Falle einer Rückkehr ihre individuellen Altersrückstellungen in den Risikostrukturausgleich der BürgerInnenversicherung überführen. Für die privaten Krankenversicherungen sollte sich aus dieser Regelung keine Gefährdung ergeben, da davon auszugehen ist, dass jedes Versicherungsverhältnis individuell durchgeführt und abgesichert wird und der individuellen Risikovorsorge entsprechende Beiträge erhoben und Kapitalrückstellungen gemacht werden (vgl. Bieback).

2. Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten ausweiten

Auch wenn die Beitragshöhe zur gesetzlichen Krankenversicherung einkommensabhängig ist, entscheidet gegenwärtig nicht das Gesamteinkommen, sondern die Einkommensquelle über die Höhe der monatlichen Beiträge des Versicherten. Wer sein Einkommen überwiegend als abhängig Beschäftigter erzielt, wird gegenüber BezieherInnen von Kapitaleinkommen schlechter gestellt. Eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten ist also aus Gründen der Gerechtigkeit, dem Ziel einer nachhaltigen Finanzierungsbasis der GKV und aus beschäftigungspolitischen Gründen dringend geboten.

Um KleinsparerInnen nicht zusätzlich zu belasten, schlagen wir die Anwendung einer Freibetragsregelung analog zum Steuersystem von 1340 EUR im Jahr für Kapitaleinkünfte vor. Eine Verrechnung von positiven und negativen Erträgen aus verschiedenen Einkommensarten muss dabei ausgeschlossen werden.

Insgesamt ermöglicht die Einbeziehung weiterer Einkommensarten eine Beitragssatzsenkung um 0,8 Beitragssatzpunkte. Das Prinzip der individuellen und ökonomische Leistungsfähigkeit wird durch die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage umfassend verwirklicht und die Finanzierung der GKV von der konjunkturellen und demographischen Entwicklung unabhängiger.

3. Einkommensausgleich im System erhalten

Eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und eine Einbeziehung aller Einkommensarten ließen sich auch in einem Prämien- oder Kopfpauschalensystem verwirklichen. Dies würde die vollständige Herauslösung des Einkommensausgleichs aus dem Sozialversicherungssystem und seine Übertragung ins Steuersystem bedeuten. Aus mehreren Gründen kann dies keine Alternative sein:

Die Einführung von Kopfpauschalen erfordert je nach Höhe dieser Pauschale ein zusätzliches staatliches Transfervolumen von mindestens 30 Milliarden EUR pro Jahr. Ein Teil dieses Transfervolumens kann über die Besteuerung der ausgezahlten ArbeitgeberInnenbeiträge finanziert werden. Dennoch gehen Berechnungen von einer zusätzlichen Belastung der öffentlichen Haushalte von ca. 10 Milliarden EUR pro Jahr aus.

Insbesondere Familien mit geringerem und mittlerem Einkommen wären auf staatliche Zuschüsse angewiesen. Nach Schätzungen würden so annähernd 40% der Gesamtbevölkerung zu Empfängern staatlicher Transferzahlungen.

Die Anfälligkeit der sozialen Sicherungssystemen auf konjunkturelle Krisen würde weiter verschärft: Bei steigender Arbeitslosigkeit werden die Steuereinnahmen sinken, gleichzeitig steigt der Transferbedarf für den finanziellen Lastenausgleich. Als Reaktion auf eine solche Entwicklung wären neben Steuererhöhungen auch weitere Leistungseinschränkungen die Folge.

Zudem sind Steuerneinnahmen nicht zweckgebunden. Der Umfang des finanziellen Lastenausgleichs hängt somit immer von der jeweiligen haushaltspolitischen Situation und dem parlamentarischen Kräfteverhältnis ab. Die ständige Auseinandersetzung über die Höhe der steuerfinanzierten Sozialhilfe lassen von einer Steuerfinanzierung der Sozialversicherungen abraten.

Der derzeit praktizierte Einkommensausgleich im Gesundheitssystem hat in der Bevölkerung eine Zustimmung von über 80%. Es ist unwahrscheinlich, dass eine Systemumstellung mit den beschriebenen Konsequenzen eine ähnlich hohe Anerkennung erhalten würde.

4. BürgerInnenversicherung gerecht gestalten - Beitragsbemessungsgrenze anheben

Die Orientierung an der ökonomischen Leistungsfähigkeit müsste - stringent angewendet - zu einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze führen. In einem solchen Modell würden alle einen Beitrag zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos entsprechend ihrer wirklichen finanziellen Leistungsfähigkeit leisten. Dies gilt umso mehr, da in der Krankenversicherung das Prinzip der Beitragsäquivalenz mit Ausnahme des Krankengeldes keine Anwendung findet und durch den medizinischen Fortschritt Behandlungskosten in fast unbegrenzter Höhe entstehen können.

Das Prinzip "Reichere unterstützen Ärmere" genießt nach Ergebnissen des "Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" in der Gesellschaft und sogar in den obersten Einkommensklassen eine hohe Akzeptanz. Eine völlige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde dies gefährden. Zudem würde eine Abgrenzung zum Steuersystem zunehmend schwieriger. Unserer Meinung nach ist eine solidarische Absicherung gemeinsamer Risiken Aufgabe der Sozialversicherungen, soziale Umverteilung jedoch vor allem Aufgabe des Steuersystems.

Ohne eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde jedoch die BürgerInnenversicherung den bisherigen Solidarausgleich zwischen Leistungsstarken und Leistungsschwachen innerhalb der Krankenversicherung in eine Schiefelage bringen. In diesem Fall hätte die Einbeziehung anderer Einkommensarten den ungerechten Effekt, dass ausschließlich

die BezieherInnen kleiner und mittlerer Einkommen zusätzlich belastet würden, während die BezieherInnen höherer Einkommen durch die insgesamt sinkenden Beiträge entlastet würden. Zur Durchsetzung weiterer Beitragssatzsenkungen und zur Verbreiterung der Einnahmehasis muss die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in einem progressiven BürgerInnenversicherungsmodell Hand in Hand mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze gehen. Wir schlagen eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3487,50€ auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (5150€) vor.

Die Einführung einer zusätzlichen Beitragsbemessungsgrenze für die anderen Einkommensarten ist nicht sinnvoll. In einem solchen Modell würde wieder die Einkommensart und nicht die Höhe des Gesamteinkommens über den Umfang der zu entrichtenden Beiträge entscheiden. Somit würde dieses Modell einen entscheidenden Gerechtigkeitsaspekt der BürgerInnenversicherung nicht verwirklichen, nämlich die Gleichstellung der verschiedenen Einkommensarten und die Gleichbehandlung von Personen mit der gleichen ökonomischen Leistungsfähigkeit.

Die vorgeschlagene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die damit verbundenen Mehreinnahmen wollen wir zu einer weiteren Absenkung des Beitragssatzes verwenden. Gegenüber einem BürgerInnenversicherungsmodell mit der alten Beitragsbemessungsgrenze kann der Beitragssatz um weitere 0,9% entlastet werden, das bedeutet eine Senkung von insgesamt 2,5% im Vergleich zum Status quo. Dies erscheint uns beschäftigungspolitisch sinnvoll: Arbeitsentgelte von mehr als 4200€ im Monat werden zwar stärker belastet, bei diesen spielt die Frage der Lohnnebenkosten jedoch nach allgemeiner Einschätzung eine nur geringe Rolle. Das Segment kleiner und mittlerer Arbeitsentgelte kann dadurch jedoch stärker entlastet werden, was zu positiven Beschäftigungs- und Konjunkturimpulsen führen wird.

5. Paritätische Finanzierung der Beiträge auf die Arbeitsentgeltebeibehalten

Innerhalb der BürgerInnenversicherung wollen wir bei Erwerbseinkommen an dem Grundsatz der paritätischen Beitragssatzzahlung durch ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen festhalten.

Eine Auszahlung des ArbeitgeberInnenanteils als Anhebung des Bruttolohns - wie von der CDU in ihrem Parteitagbeschluss zur Kopfpauschale gefordert - ist weder gerecht noch sachlich begründbar. Wenn es gelänge den ausgezahlten ArbeitgeberInnenanteil dauerhaft als Lohnbestandteil zu sichern würde dessen Auszahlung die Arbeitskosten kaum verändern, da die ArbeitgeberInnen auf den zusätzlichen Bruttolohn Renten- und Pflegeversicherungsbeiträge bezahlen müssen.

Die Auszahlung des ArbeitgeberInnenanteils ist für Unternehmen nur dann wirklich interessant, wenn sie damit kalkulieren, dass die Anhebung des Bruttolohns nicht dauerhaft erfolgt. Angesichts der derzeitigen Machtverteilung im Tarif- und Arbeitsmarktgefüge werden die ArbeitgeberInnen die Anhebung des Bruttolohns mit Sicherheit wieder einkassieren. Dies kann der Gesetzgeber aufgrund der Tarifautonomie nicht verhindern. Somit wären die ArbeitnehmerInnen durch eine langfristige Reallohnsenkung die alleinigen VerliererInnen einer Auszahlung. Gleichzeitig müssten die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den ausgeschütteten ArbeitgeberInnenanteil zusätzlich versteuern

Die Notwendigkeit einer Fixierung des ArbeitgeberInnenanteils erschließt sich uns nicht. Grundsätzlich halten wir es zwar für notwendig, die Abgabenbelastung gerade bei kleinen und mittleren Einkommen zu senken. Mit der Einführung der Grünen BürgerInnenversi-

cherung wird dies allerdings durch eine starke Beitragssatzabsenkung verwirklicht. Auch der langfristige Anstieg der Beiträge fällt in der BürgerInnenversicherung durch die Ausweitung der Finanzierungsgrundlage deutlich geringer aus als bisher prognostiziert und wird wahrscheinlich kaum Relevanz für den Arbeitsmarkt entwickeln.

Die Parität hat jedoch jenseits der Finanzierungssicherheit eine zentrale Steuerungsfunktion für das Gesundheitssystem: Die ArbeitgeberInnen sind an der Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens beteiligt. Damit ist gewährleistet, dass die ArbeitgeberInnen weiterhin ein Interesse an effizienzsteigernden Strukturreformen haben, die sich ohne ihre Unterstützung nur erheblich schwerer durchsetzen ließen. Ein Beispiel für die gelungene Beteiligung der ArbeitgeberInnen ist die Gesetzliche Unfallversicherung über die Berufsgenossenschaften: Von Kostensteigerung in diesem Bereich ist kaum die Rede. Dagegen werden Fortschritte bei der Verbesserung der Gesundheit im Betrieb und dem Rückgang der Unfälle gemacht. Die ArbeitgeberInnen zahlen dort alleine. Dies zeigt, dass der finanzielle Druck auf die ArbeitgeberInnen dazu beiträgt, Qualität in der Gesundheitsversorgung zu fördern und Effizienzreserven zu heben.

Die Einbeziehung der ArbeitgeberInnen als Versicherte würde hingegen keinen vergleichbaren Druck entfalten. Beitragssatzsteigerungen fallen individuell für Gutverdienende - und dazu gehören die meisten ArbeitgeberInnen - wenig ins Gewicht. Eventuellen Versorgungsmängeln des Systems kann diese Gruppe durch private Zusatzversicherungen entgehen.

Der Vorschlag, den ArbeitgeberInnenbeitrag einzufrieren muss wie die Auszahlung auch im weiteren Kontext der Evolution der Sozialversicherung gesehen werden. Eine Verabschiedung von der paritätischen Finanzierung hätte zweifellos Signalwirkung für die gesetzliche Rentenversicherung und stellte das Vorspiel zum weiteren Abbau der Finanzierungsbeteiligung der ArbeitgeberInnen dar. Vorschläge wie der nach dem Absenken des fixierten Beitrags ließen nicht lange auf sich warten.

Der Grundsatz der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherungen soll auch in der BürgerInnenversicherung beibehalten werden. Gegenwärtig findet jedoch keine Beteiligung außerhalb der organisierten korporatistischen Interessen statt. So weiß z.B. von der Existenz von Sozialwahlen kaum jemand, geschweige denn von Verfahren der Listenaufstellung oder anderen Details.

Wir wollen die Selbstverwaltungsorgane demokratisieren und transparenter machen. An der gleichberechtigten Einbeziehung von ArbeitgebernInnen und der Versicherten wollen wir festhalten.

6. Leistungskatalog der BürgerInnenversicherung

Wir schlagen vor, in der BürgerInnenversicherung den derzeitig bestehenden Leistungskatalog der GKV zu übernehmen. Die Ausgliederung von Leistungen und die Privatisierung von Risiken muss verhindert werden, da sie den solidarischen Charakter der BürgerInnenversicherung unterlaufen würden.

Mit der Einführung der BürgerInnenversicherung steht auch eine Neuregelung der Finanzierung des Krankengeldes als letzte beitragsäquivalente und lohnbezogene Leistung an. Wir schlagen vor, das Krankengeld aus dem Leistungskatalog der BürgerInnenversicherung auszugliedern. In Zukunft könnte das Krankengeld entweder analog zur gesetzlichen Unfallversicherung allein über die ArbeitgeberInnen finanziert werden oder der Weg

des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes fortgeführt werden, indem das Krankengeld über eine private Zusatzversicherung finanziert wird, Für die Finanzierung über die ArbeitgeberInnen spricht, dass ihr Interesse an Prävention und Gesundheitsschutz zur Vermeidung langwieriger Erkrankungen steigen würde. Hinzu kommt, dass die ArbeitnehmerInnen ab 2005 durch die private Absicherung des Zahnersatzes stärker belastet werden.

7. Familienmitversicherung neu gestalten

Die generelle beitragsfreie Mitversicherung von nicht-erwerbstätigen EhepartnerInnen oder LebenspartnerInnen ist ungerecht und nicht mehr zeitgemäß. In der BürgerInnenversicherung sollen nur noch Personen beitragsfrei mitversichert werden, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle andern Ehepaare und Lebensgemeinschaften wollen wir ein "negatives Ehegatten-Splitting" einführen. Dabei wird das Einkommen der Ehe- bzw. LebenspartnerInnen auf beide PartnerInnen verteilt und jeweils bis zur Beitragsbemessungsgrenze verbeitragt. Mit dem negativen Ehegatten-Splitting wird die Subventionierung gutbetuchter Alleinverdienerehen durch Krankenversicherte mit geringem oder durchschnittlichem Einkommen beendet. Gleichzeitig der größte Teil der Ehepaare mit einem Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze nicht zusätzlich belastet. Die zusätzlichen Einnahmen werden für eine weitere Senkung des Beitragssatzes verwendet, möglich ist mindestens die Absenkung um 0,2 Beitragssatzpunkte. Kinder sollen wie bislang in der GKV beitragsfrei mitversichert werden. Bei Ausbildung und Studienzeiten verlängert sich diese beitragsfreie Mitversicherung entsprechend der heutigen Regelungen.

8. Einbeziehung der privaten Krankenversicherungen in die BürgerInnenversicherung

Wir wollen mit der BürgerInnenversicherung einen funktionalen Wettbewerb um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung herbeiführen, von dem alle BürgerInnen als Versicherte und PatientInnen profitieren. Wie eingangs bereits gezeigt, erfüllt der bestehende Systemwettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen diese Bedingung keineswegs und wird deshalb durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze beendet.

Trotzdem ist die grüne BürgerInnenversicherung alles andere als eine bürokratische Staats- oder Einheitskasse. Im Gegenteil: es soll ein intensiver Wettbewerb aller am gemeinsamen Markt vertretenden Krankenversicherungen um alle BürgerInnen unter einheitlichen Bedingungen stattfinden. Einheitliche Bedingungen sind nach unserer Vorstellung einkommensbezogene Beiträge, Umlageverfahren, Kontrahierungszwang (Pflicht der Krankenversicherungen zum Vertragsabschluss ohne individuelle Risikoprüfung) und Teilnahme am Risikostrukturausgleich. An diesem Wettbewerb können dann natürlich auch die Privaten Krankenversicherungen teilnehmen.

In diesem Zusammenhang soll auch der Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert gestaltet werden, um Risikoselektion zu vermeiden und den Wettbewerb auf qualitativ hochwertige und dabei kostengünstige Versorgung zu lenken.

9. BürgerInnenversicherung auch bei der Pflege einführen

Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist in den wesentlichen Merkmalen an die der Krankenversicherung angelehnt. Alle Mitglieder der GKV sind automatisch in der gesetzli-

chen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte hingegen unterliegen der Versicherungspflicht in einer privaten Pflegeversicherung.

Die Probleme der Pflegeversicherung sind denen der gesetzlichen Krankenversicherungen unter vielen Gesichtspunkten ähnlich. So kann auch in der Pflege eine Solidargemeinschaft auf Dauer nur schwer funktionieren, wenn ausgerechnet die Gesunden und Leistungsstarken sich dieser entziehen können. Wegen der Verengung der Beitragsbasis auf Arbeitseinkommen und Lohnersatzleistungen ist die Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung genauso angeschlagen und ungerecht wie die der GKV. Deshalb gilt es auch in der Pflegeversicherung alle Einkommensarten und -Gruppen zur Absicherung des Pflegerisikos heranzuziehen. Zudem treten wir auch bei der Pflegeversicherung für das Anheben der Beitragsbemessungsgrenze auf 5150 EUR ein.

Es gibt jedoch auch deutliche Unterschiede bei der Übertragung des BürgerInnenversicherungsmodells auf die Pflegeversicherung. So ist die Pflegeversicherung heute bereits unterfinanziert und wird insbesondere bei einer alternden Bevölkerungsstruktur mit voraussichtlich höherem Pflegerisikos neue Finanzmittel benötigen, um eine Grundsicherung - anders als in der GKV gilt in der Pflegeversicherung nicht das Bedarfsprinzip, sondern die Leistungen decken als Grundsicherung nur einen Teil der im Pflegefall entstehenden Kosten - im Pflegefall für die Versicherten gewährleisten zu können. Deshalb schlagen wir vor, die bei einem Systemwechsel zur BürgerInnenversicherung anfallenden zusätzlichen Einnahmen nicht zur kurzfristigen Beitragssatzsenkung, sondern zu einer Anpassung des Leistungskatalogs (Demenz) und einer Dynamisierung der Leistungen zu verwenden.

Die Einführung einer BürgerInnenversicherung in der Pflege kann zudem auch ein Weg der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Pflegeversicherung sein. Die zusätzlichen Beitragsmittel würden Spielraum für die Einführung von Kinderfreibeträgen in der Pflegeversicherung geben. So könnten Kindererziehende gegenüber Kinderlosen besser gestellt und gleichzeitig entlastet werden.

10. Umlagefinanzierung ist die richtige Lösung

Schon seit längerem wird diskutiert, inwieweit man innerhalb der GKV oder der Pflegeversicherung Vorkehrungen im Hinblick auf die demographischen Herausforderungen treffen muss, insbesondere ob ein Umstieg in der Finanzierung auf das System der Kapitaldeckung sinnvoll ist. Grundsätzlich ist sowohl eine BürgerInnenversicherung mit reiner Umlagefinanzierung als auch mit reiner Kapitaldeckung oder mit Mischformen denkbar.

Aus unserer Sicht spricht vieles für eine Beibehaltung der Umlagefinanzierung. Kapitalgedeckte Versicherungen bieten keinen größeren Schutz vor der demographischen Entwicklung. So gelingt es auch den PKVen nicht, die tatsächliche Ausgabenentwicklung über einen Zeitraum von 30 oder 50 Jahren verlässlich zu prognostizieren, was sich in chronischen Unterschätzungen des erforderlichen Kapitalstocks niederschlägt. Dies führt zu steigenden Beiträgen bei älteren Versicherten und zu einer verdeckten Form der Umlagefinanzierung auch in der PKV.

Hinzu kommt, dass die Kapitaldeckung schon alleine deshalb nicht demographiefest ist, weil Kapitalanlagen nur rentabel sind, wenn mindestens so viel gespart, wie entspart wird. Auch die Kapitaldeckung krankt also an dem Problem, dass zukünftige kleinere junge Generationen Werte in dem Umfang erwirtschaften, sparen und auf Konsum verzichten müssen, indem die Älteren ihre Kapitalanlagen verkaufen und verbrauchen wollen, um von den Erlösen ihren Ruhestand zu finanzieren.

Gleichzeitig ist die Kapitaldeckung jedoch nicht nur vom demographischen Wandel betroffen, sondern auch von den Risiken an den Finanzmärkten. So haben die Ereignisse auf dem amerikanischen Rentenmarkt, wo ein Großteil der Altersvorsorge privat erfolgt, zu verheerenden sozialen Zerwürfnissen als Folge des Zusammenbruchs der New Economy geführt.

Zudem muss man die beträchtlichen Umstellungskosten beim Systemwechsel in Betracht ziehen - die mittlere Generation müsste gleichzeitig per Umlage für die Älteren aufkommen und für sich selbst Rückstellungen bilden.

BürgerInnenversicherung: Reform mit Zukunft!

Die genannten 10 Punkte für ein Grünes BürgerInnenversicherungsmodell verwirklichen eine umfassende und gerechte Gesundheitsversorgung und schaffen eine nachhaltige Finanzierung. Die Eingriffstiefe der vorgeschlagenen Maßnahmen bedeutet eine historische Zäsur, die vergleichbar ist mit der Einführung der bismarckschen Sozialversicherung. Insgesamt wird im vorgeschlagenen Modell eine Beitragssatzsenkung von ca. 2,5 Beitragssatzpunkten möglich.

Die Einbeziehung aller Einkommensgruppen und -arten führt zu einer dauerhaften Stabilisierung der Einnahmen, der Wegfall der Versicherungspflichtgrenze vollendet die Solidargemeinschaft. Auch in der Krankenversicherung gilt das Prinzip: Starke Schultern können mehr tragen als schwache. Die Anhebung der Beitragbemessungsgrenze auf 5150€ verwirklicht dieses Prinzip im Vergleich zu anderen BürgerInnenversicherungsmodellen. Da mit der Einführung der BürgerInnenversicherung die zusätzlichen Einnahmen ausschließlich der Senkung des Beitragssatzes dienen, trägt eine Anhebung der Beitragbemessungsgrenze zu einer Absenkung der Beschäftigungsschwelle gerade im Bereich der unteren Einkommen bei.

Die gemeinsame Finanzierung der Krankenversicherung durch ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen hat sich bewährt. Die BürgerInnenversicherung darf nicht der Deckmantel für eine Demontage bewährter Finanzierungsprinzipien in den Sozialversicherungen werden.

Eine arbeitsmarktpolitisch begründete Aufgabe der paritätischen Finanzierung in der Krankenversicherung könnte sich als überaus effektiver Hebel zur stillen Durchsetzung von Reallohnkürzungen erweisen. Während die ArbeitgeberInnenseite Strategien der Arbeitszeitverlängerung ohne Lohnausgleich - wenn überhaupt - nur mit großen Konflikten durchsetzen könnte, böten sich bei einer Auszahlung der ArbeitgeberInnenbeiträge unterhalb der Schwelle von Tarifauseinandersetzungen vielfältige Gelegenheiten zur Senkung von Arbeitseinkommen.

Das deutsche Gesundheitssystem steht am Scheideweg. Wir wollen nicht, dass einem Abbröckeln der Finanzierungsgrundlage nun ein Abschmelzen der Gesundheitsleistung folgt. Unser Vorschlag für eine Grüne BürgerInnenversicherung verwirklicht deshalb den Dreiklang aus nachhaltiger und gerechter Finanzierung, positiven Beschäftigungsimpulsen und Reduzierung der Abgabenlast auf kleinen und mittleren Einkommen.