

Für die Einführung einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Positionen des Bundesvorstandes der Volkssolidarität
(beschlossen auf der Bundesvorstandssitzung am 04. September 2004)

- Langfassung -

- 1. „Gesundheitsreform“ hat Solidarprinzip geschwächt und Finanzkrise der GKV nicht gelöst**
- 2. Unsere Anforderungen an eine weitergehende Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV**
- 3. Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen?**
- 4. Grundelemente einer Bürgerversicherung**
- 5. Perspektiven einer Bürgerversicherung**

Kommentare und Erläuterungen

Anlage 1 Modellrechnungen:

7 Fallbeispiele für die Auswirkungen der Bürgerversicherung, der Gesundheitsprämie (CDU-Modell) und der Rürup-Kopfpauschale auf die Einkommenssituation von Rentnern

Anlage 2

Zum 1996 in der Schweiz eingeführten Kopfpauschalenmodell in der Krankenversicherung

Anlage 3

Erläuterungen zu den Rechengrößen der Sozialversicherung für das Jahr 2004

1. „Gesundheitsreform“ hat Solidarprinzip geschwächt und Finanzkrise der GKV nicht gelöst

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich – trotz Mängeln in den Strukturen und in der Versorgungsqualität – insgesamt bewährt. Bei allen Problemen und Fehlentwicklungen beruht die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf einem überwiegend hohen Standard, der die wichtigen Bedarfe in guter Qualität abdeckt. Das umlagefinanzierte Beitragssystem, in das Arbeitnehmer und Arbeitgeber paritätisch einzahlen, war dafür die entscheidende Grundlage. Bisher ermöglichte die GKV einen weitgehend freien Zugang aller Versicherten zu den erforderlichen Leistungen der gesundheitlichen Versorgung – unabhängig von Alter, Geschlecht und bestehenden Vorerkrankungen. Auch die in den letzten Jahren durchgeführten „Gesundheitsreformen“, die zu höheren Belastungen für die Versicherten und zu Leistungseinschränkungen führten, haben daran grundsätzlich wenig geändert.

Die zum 01.01.2004 in Kraft getretene „Gesundheitsreform“ führt dagegen zu einem deutlichen Wandel, weil sie durch verschiedene zusätzliche Belastungen für die Versicherten, Kürzungen im Leistungskatalog und die Einführung von Elementen privater Versicherungen das bis dato geltende **Solidarprinzip in der GKV¹** in Frage stellt und schwächt. Dagegen geht diese „Reform“ nicht bzw. nur unzureichend die eigentlichen Probleme an, die **Ursachen²** für anhaltende **Krisenerscheinungen in der finanziellen Basis der GKV**, vor allem auf der **Einnahmeseite**, sind:

- Die **rückläufigen Beitragseinnahmen**, die auf eine stagnierende wirtschaftliche Entwicklung und die anhaltend hohe Massenarbeitslosigkeit zurückzuführen sind, verschärfen die defizitäre Entwicklung in der GKV.
- Das bisherige System der **Erhebung von Beiträgen ausschließlich aus Löhnen und Gehältern** stößt an seine Grenzen und trägt nicht der sich vollziehenden Verschiebung zwischen Einkommen aus nichtselbständiger Erwerbsarbeit und anderen Einkunftsarten, insbesondere Kapitaleinkünften, zugunsten letzterer Rechnung.
- **Strukturelle Defizite**, wie z. B. die strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich, die zu Unter-, Über- und Fehlversorgung führt, werden nicht bzw. nicht konsequent genug abgebaut. Für die Gewährleistung einer integrierten Versorgung³ mit hoher Qualität in der Verbindung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege bestehen immer noch ungenügende Voraussetzungen. Auf eine striktere Regulierung der Versorgung mit Arzneimitteln, z. B. durch eine Arzneimittel-Positivliste, und mit Hilfsmitteln im Interesse der Patienten wird ebenfalls verzichtet. Kostentreibende Monopole werden nicht angetastet. Wirtschaftlichkeitsreserven im System werden unzureichend erschlossen.
- Eine umfassende **Prävention**, die öffentliche Gesundheitsvorsorge einschließt und sich auf Anforderungen des demografischen Wandels einstellt, soll **erst jetzt auf den Weg gebracht⁴** werden. Positive Wirkungen – auch in finanzieller Hinsicht – sind aber durch umfassende Prävention nicht kurzfristig zu erzielen.

Weil auch mit dieser „Gesundheitsreform“ grundlegende Fragen nicht gelöst werden, bleibt die Frage nach Alternativen bzw. weitergehenden Reformschritten auf der Tagesordnung.

2. Unsere Anforderungen an eine weitergehende Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV⁵

Eine weitergehende Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV muss aus Sicht der Volkssolidarität folgenden grundlegenden Anforderungen entsprechen:

- **Soziale Gerechtigkeit**

Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitssystem heißt für uns, dass das **Solidarprinzip** funktionsfähig bleiben muss. In der GKV gilt der Grundsatz, dass die Versicherten ihren Beitrag nach ihrer individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erbringen. Ein Äquivalenzprinzip (wie z. B. in der Rentenversicherung) kann es dabei nicht bzw. nur eingeschränkt⁶ geben, denn in der GKV führen höhere Beiträge nicht zu höheren Leistungen. Grundsätzlich hat jeder Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen – die Starken tragen die Schwachen, die Gesunden die Kranken, die Jungen die Alten. Die GKV muss als eine Gemeinschaft gestärkt werden, die auch künftig eine **solidarische Absicherung individueller Krankheitsrisiken** ermöglicht. Eine Risikoselektion bzw. eine weitere Individualisierung von Krankheitsrisiken muss auch künftig ausgeschlossen bleiben. Das Solidarprinzip darf nicht durch eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen außer Kraft gesetzt werden. Wir sind dagegen, Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog (wie z. B. bei Zahnersatz und Krankengeld) herauszulösen und die Kosten dafür den Versicherten zusätzlich aufzubürden.

- **Höhere Qualität in der gesundheitlichen Versorgung**

Höhere Qualität in der Versorgung bedeutet für uns, im Interesse der Versicherten Strukturen effektiver zu gestalten und leistungsfähiger zu machen. Dazu gehört vor allem, die integrierte Versorgung zu entwickeln und den Wettbewerb der Leistungsanbieter vorrangig auf die Qualität der Versorgung der Patienten auszurichten. Wir begrüßen Ansätze zur besseren Versorgung chronisch kranker Menschen, Bemühungen zum Ausbau der integrierten Versorgung und zur Stärkung des Hausarztprinzips.

Gerade ältere Menschen müssen auf eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung vertrauen können. Altersorientierte Prävention, altersgerechte medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege sind als fester Bestandteil eines leistungsfähigen Gesundheitssystems deutlich auszubauen.

- **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit heißt für uns, eine langfristig stabile materielle Grundlage für die umfassende gesundheitliche Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten. Dabei sind Entwicklungen zu berücksichtigen, die zu steigenden Kosten führen können (wissenschaftlicher und technischer Fortschritt, Änderungen in der Alters- und Morbiditätsstruktur). Nachhaltigkeit bedeutet zugleich, eine hochwertige gesundheitliche Versorgung auf einer Finanzierungsbasis zu sichern, die die Bürgerinnen und Bürger gerecht und nur in einem zumutbaren Umfang belastet. Die bisher ausschließlich an den Faktor Arbeit gebundene Erhebung von Beiträgen bietet keine Gewähr, diesen Anforderungen auch künftig gerecht zu werden.

3. Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen?

In der öffentlichen Diskussion stehen vor allem zwei Modelle im Vordergrund: Bürgerversicherung und Kopfpauschalen⁷. Beiden ist gemeinsam, dass sie die Finanzierung der Gesundheitskosten auf (fast) alle Bevölkerungskreise ausdehnen wollen. Angesichts der durch Politik und Wirtschaft verursachten Situation erscheint das als der einzig vernünftige Weg, um die Misere in der Finanzierung der Krankenversicherung zu überwinden. Beide Modelle haben jedoch recht erhebliche, grundlegend verschiedene Umverteilungswirkungen (siehe auch Anlage 1)

Wir halten eine Bürgerversicherung für den besseren, solidarischen Weg und engagieren uns daher für ihre baldige Einführung.

Für die Bürgerversicherung spricht vor allem, dass sie für eine leistungsfähige GKV eine gerechte Finanzierungsgrundlage ermöglicht. Dazu gehört,

- dass sich künftig alle Bürgerinnen und Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung beteiligen
- dass der Beitrag jedes Einzelnen auch in Zukunft nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit bemessen wird und
- dass durch die Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten der Faktor Arbeit entlastet werden kann.

Je nach konkreter Ausgestaltung einer Bürgerversicherung werden hohe Einkommen stärker als bisher belastet, während niedrige Einkommen (und Renten) entlastet werden.

Zu einer Bürgerversicherung gehört, dass sie eine hochwertige gesundheitliche Versorgung für alle Versicherten gewährleistet, den effektiven Einsatz der vorhandenen Ressourcen sichert und Spielräume für die wirtschaftliche Entwicklung ermöglicht. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass bei Einführung einer Bürgerversicherung auch die erforderlichen Strukturreformen durchgesetzt werden.

Im Unterschied dazu lehnen wir Modelle zur Umstellung auf Kopfpauschalen (bzw. Gesundheitsprämien) ab.

Dieser Weg befördert aus unserer Sicht eine weitere **Entsolidarisierung**, weil er von einer Versichertengemeinschaft weg und hin zu einer Individualisierung gesundheitlicher Risiken führen würde. Die „Gleichheit“ der Beteiligten wäre nur scheinbar. Ein sozialer Ausgleich wäre zwar formal möglich, würde aber die öffentlichen Haushalte nach Einschätzung der Bundesregierung mit zusätzlichen Kosten zwischen 25 und 50 Milliarden € belasten⁸.

Der im Kopfpauschalenmodell vorgesehenen Auszahlung „eingefrorener“ Arbeitgeberbeiträge⁹ würde gegenüberstehen, dass vor allem aus dem Steueraufkommen der Arbeitnehmer die Kompensationen finanziert werden müssten, die zur Deckung der Fehlbeträge bei allen Beteiligten mit geringen Einkommen erforderlich wären, damit sie die Kopfpauschale bezahlen können. Eine derartige Abhängigkeit von Zuschüssen aus Steuermitteln ließe befürchten, dass Leistungen der Gesundheitsversorgung nach haushalterischen Gesichtspunkten jeweils gewährt oder beschnitten werden können.

Das Kopfpauschalenmodell bringt nicht mehr soziale Gerechtigkeit: es entlastet die Besserverdienenden und belastet einkommensschwache Familien und Rentnerhaushalte noch stärker als bisher.

4. Grundelemente einer Bürgerversicherung

Für die Volkssolidarität als Sozial- und Wohlfahrtsverband stehen bei allen Reformschritten die ***Interessen der Versicherten und Patienten im Vordergrund***. Aus dieser Sicht setzt sich die Volkssolidarität für eine ***solidarische Bürgerversicherung*** ein, die nachfolgenden Grundelemente beinhalten soll:

(1) Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger in den Versichertenkreis

Eine Bürgerversicherung soll gewährleisten, dass alle Bevölkerungsgruppen in den Versichertenkreis einbezogen werden, auch Besserverdienende, Selbständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete und Minister. Durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze soll eine Abwanderung von Besserverdienern in die Private Krankenversicherung (PKV) künftig unterbunden werden. Es ist nicht einzusehen, dass fast 90 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger ihren Beitrag im Solidarsystem der GKV leisten, während entsprechend hohe Einkommen die Flucht aus dem Solidarsystem in eine private Versicherung ermöglichen¹⁰.

(2) Einbeziehung zusätzlicher Einkünfte und Einkunftsarten

Als ein erster, dringend notwendiger Schritt sollte die Beitragsbemessungsgrenze für die GKV auf die Höhe der in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze (gegenwärtig 5.150 Euro - West) angehoben werden. Auf diese Weise könnten die über der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze von 3.487 Euro liegenden und bisher beitragsfreien Einkommen zusätzlich in die Erhebung der Beiträge zur GKV einbezogen werden. Dieser Schritt würde zu einer größeren, aber zugleich auch gerechteren und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit besser angemessenen Belastung hoher Einkommen führen.¹¹

Eine Bürgerversicherung muss weitere Einkommensarten in die Beitragserhebung einbeziehen – insbesondere Kapitaleinkünfte (Erträge aus Aktienvermögen, Zinsen etc.), Mieten und Pachten. Gleichzeitig sind für diese Einkunftsarten *ausreichend hohe Freibeträge* (z. B. in Höhe der bis 31.12.2003 geltenden Sparerfreibeträge von 1.550 Euro für Ledige bzw. 3.100 Euro für Verheiratete) vorzusehen, um kleine und mittlere Einkommen nicht bzw. nicht zusätzlich zu belasten. Eine Verrechnung negativer Einkünfte mit positiven Einkünften (wie im Steuerrecht) lehnen wir ab. Zusätzliche Alterseinkünfte dürfen nur mit dem hälftigen Beitragssatz¹² belegt werden, wenn sie aus Einkünften angespart wurden, für die bereits in der Vergangenheit Beiträge bezahlt wurden (z. B. Betriebsrenten, Altersversorgungsbezüge, private Altersrenten).

Wir plädieren für eine einheitliche Beitragsbemessungsgrenze, die Versicherte mit der gleichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gleich behandelt und die verschiedenen Einkunftsarten gleichstellt.

Bei Umsetzung der unter (1) und (2) genannten Maßnahmen wäre nach Schätzung von Experten eine Absenkung des durchschnittlichen Beitragssatzes auf bis zu 11,8 Prozent möglich.¹³

(3) Paritätische Finanzierung bewahren

Wir sind dafür, dass bei dem Beitragsanteil, der auch künftig aus Erwerbseinkommen unselbständig Beschäftigter in das Gesamtbeitragsaufkommen einer

Bürgerversicherung eingeht, die paritätische Finanzierung durch einen entsprechenden Beitragsanteil der Arbeitgeber beibehalten wird. Eine Herauslösung der Arbeitgeberseite aus der paritätischen Finanzierung hätte zur Folge, dass sie aus ihrer Mitverantwortung für das Solidarsystem der GKV entbunden würde.

Da bei Einführung einer Bürgerversicherung unter Einbeziehung zusätzlicher Einkunftsarten mit insgesamt niedrigeren Beitragssätzen gerechnet werden kann, würde dies selbst bei Beibehaltung der paritätischen Finanzierung zu einer deutlichen Reduzierung der Lohnkosten führen. Damit würde eine Bürgerversicherung zur Entlastung des Faktors Arbeit beitragen.

(4) GKV zur Regelversicherung für alle ausgestalten

Schrittweise sollte die GKV zur Regelversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger ausgestaltet werden. Dazu gehört für uns,

- einen Leistungskatalog zu gewährleisten, der alle medizinisch notwendigen Leistungen beinhaltet (Vollversicherung)¹⁴ und einen diskriminierungsfreien Zugang aller Versicherten zu gesundheitlichen Leistungen ermöglicht¹⁵,
- eine familienfreundliche Komponente, die eine beitragsfreie Familienversicherung für Kinder, Zeiten der Kinderbetreuung und der Pflege von Angehörigen ermöglicht, aber die bisherige Privilegierung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern durch ein Ehegattensplitting beseitigt¹⁶
- die demokratische Mitwirkung der Versicherten weiter zu stärken und auszubauen – nicht nur durch Mitsprache in der Selbstverwaltung der Krankenkassen und im Gemeinsamen Bundesausschuss, sondern auch bei den eigentlichen Entscheidungen über den Leistungskatalog, Heil- und Hilfsmittel, Richtlinien etc.¹⁷,
- die gesundheitliche Versorgung durch eine umfassende und wirksame gesundheitliche Prävention für alle Bevölkerungsgruppen und -schichten zu verbessern
- die GKV effizienter und transparenter zu gestalten, die Anzahl der Kassen weiter zu reduzieren, den bürokratischen Verwaltungsaufwand abzubauen, unnötige Verwaltungskosten einzusparen sowie freiwerdende Mittel für die gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu erschließen¹⁸.

(5) Neubestimmung des Verhältnisses von GKV und PKV

Die Ausgestaltung der GKV als Regelversicherung für alle erfordert eine Neubestimmung der Rolle und Aufgaben der PKV¹⁹. Wir plädieren dafür, dass sich die PKV künftig vorrangig auf Zusatzversicherungen konzentriert.

Soweit GKV und PKV auch weiterhin unter Bedingungen eines geregelten Wettbewerbs agieren sollen, müssen einer solidarischen Bürgerversicherung mindestens die gleichen Chancen im Wettbewerb eingeräumt werden. Die PKV sollte als Anbieter zu den gleichen (und nicht zu privilegierten) Bedingungen tätig sein können wie die GKV. Dies erfordert,

- eine Risikoselektion nach Alter, Geschlecht und individuellem Gesundheitszustand auszuschließen,
- die vorhandenen Unterschiede in den Vergütungen nach dem Prinzip „gleiche Leistungen – gleiche Vergütungen“ auszugleichen,
- sie in einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einzubeziehen.

Für die Mitglieder der PKV, die ihren gesundheitlichen Schutz vollständig privat abgesichert haben – dies betrifft etwa 8 Prozent aller Bürger –, müssen Übergangs- und Wahlmöglichkeiten ermöglicht werden.

Wir halten eine Beteiligung von langjährigen PKV-Bestandskunden (Vollversicherte) an einer Bürgerversicherung für sinnvoll und wünschenswert. Ihr Beitragsanteil sollte wie der aller anderen Versicherten in die Bürgerversicherung eingehen²⁰. Für viele bisher privat Versicherte können sich damit auch vorteilhafte Lösungen ergeben, die ihnen bisher verschlossen sind²¹.

Zugleich geht es darum, vernünftige Lösungen dafür zu finden, wie von diesem Personenkreis erworbene Rechte und Ansprüche erhalten werden können (z. B. bei den Altersrückstellungen). Der Vertrauensschutz muss gewährleistet bleiben.

4. Perspektiven für eine Bürgerversicherung

Die Volkssolidarität setzt sich nicht für irgendeine, sondern für eine **solidarische Bürgerversicherung** ein, die die aufgeführten Grundelemente beinhaltet.

Modelle, die sich zwar als Bürgerversicherung bezeichnen, aber Elemente der Kopfpauschalenmodelle einschließen, werden wir ebenso wenig unterstützen, wie die Einführung von Gesundheitsprämien mit Beitragskomponente²². Hier besteht die Gefahr, dass früher oder später doch Lösungen zugunsten reiner Kopfpauschalenmodelle – mit den entsprechenden negativen Folgen auf die Verteilungsverhältnisse und für den Umfang des GKV-Leistungskatalogs – zuungunsten der gesetzlich Versicherten durchgesetzt werden.

Wir übersehen nicht, dass die Einführung einer Bürgerversicherung mit einer Reihe von **Problemen und Streitfragen** verbunden ist. Dazu gehören insbesondere

- Der Platz der **Privaten Krankenversicherung** im Gesundheitssystem

Die Neubestimmung der Rolle der PKV ist mit einem Spektrum von Problemen verbunden. Dazu gehört neben wirtschaftlichen Risiken bei den privaten Krankenkassen²³ auch, dass zu diesem Bereich der Versicherungswirtschaft tausende von Arbeitsplätzen gehören, die nicht durch die Einführung einer Bürgerversicherung aufs Spiel gesetzt werden sollten.

- Die **Einbeziehung der Beamten** in eine Bürgerversicherung

Neben den rechtlichen Fragen, die sich vor allem aus dem Status von Beamten ergeben, sind auch die Folgen für die öffentlichen Haushalte zu berücksichtigen. Eine sofortige Einbeziehung aller Beamten könnte z. B. in der Anfangsphase zu erheblichen Belastungen für die öffentlichen Haushalte führen²⁴.

- Eine vollständige **Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze**

Eine völlige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die von einigen Befürwortern der Bürgerversicherung gefordert wird, stößt auf verfassungsrechtliche Bedenken²⁵.

Wir sind dafür, diese und andere strittige Fragen im Interesse der großen Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger zu lösen, die ein grundlegendes Interesse an einer solidarischen und leistungsfähigen gesundheitlichen Versorgung haben.

Wir sprechen uns dafür aus, die **politische Grundsatzentscheidung über die Einführung einer Bürgerversicherung möglichst bald zu treffen**, einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen und ihn mit allen Betroffenen zu konsultieren.

Wir fordern die Regierungskoalition dazu auf, **die Weichen für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung noch in der 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestages zu stellen**.

Es ist zu erwarten, dass die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung auf den entschiedenen Widerstand einflussreicher Interessengruppen stoßen wird. Daher wird sich die Volkssolidarität an Aktivitäten im Sinne einer **Bürgerbewegung für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung** im Rahmen ihrer Möglichkeiten beteiligen.

Kommentare und Erläuterungen

¹ Solidarprinzip

Mit der Einführung der Praxisgebühr, der Streichung der Härtfallklausel für Sozialhilfeempfänger und sozial Benachteiligte, den erhöhten Zuzahlungen, Streichung der Kostenerstattung für Leistungen der GKV werden Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für einen großen Teil der Bevölkerung erheblich teurer. Trotz der eingeführten Belastungsgrenzen für Zuzahlungen von 2 bzw. 1 Prozent für chronisch Kranke entstehen auf diese Weise **höhere Zugangsbarrieren für die gesundheitliche Versorgung.**

Mit dem ungleichen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung wird das Solidarprinzip verletzt, nach dem alle Versicherten – unabhängig von ihrem Einkommen – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen haben. Verstärkt wird diese Entwicklung ab 01.01.2005 durch die Einführung von Elementen der privaten Versicherungen in die GKV beim Zahnersatz und die Wahlmöglichkeit (für „Besserverdienende“) der Kostenerstattung. Die Belastung der Arbeitnehmer und Rentner mit dem vollen Beitragsanteil für das Krankengeld (zusätzlich 0,5 Prozent ab 01.01.2005) ist ein weiterer Bestandteil der Entsolidarisierung.

² Finanzielle Belastungen der GKV

Neben den aufgeführten strukturellen Ursachen ist auch zu berücksichtigen, dass die GKV durch diverse Bundesregierungen seit 1996 mit Kosten in Höhe von rund 30 Milliarden € belastet wurde. Im Wesentlichen handelte es sich um Verschiebungen zur Entlastung des Bundeshaushalts.

³ Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (IV) zielt auf eine patientenorientierte interdisziplinäre Versorgung quer durch die einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems. Durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer (z.B. Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze) sollen neue integrierte Anbieterstrukturen jenseits der Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in der ambulanten Versorgung entstehen bzw. gefördert werden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden dafür Regelungen getroffen. So ist u. a. vorgesehen, dass die Krankenkassen zur Anschubfinanzierung bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütung in den Jahren 2004 bis 2006 für Angebote der IV einbehalten (ca. 700 Millionen Euro).

Die Volkssolidarität unterstützt diese Entwicklung, die an die in den neuen Bundesländern bekannten Poliklinik-Strukturen anknüpft. „Wir halten den Auf- und Ausbau von medizinischen Versorgungszentren im Sinne des Poliklinikmodells für einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu wirklichen strukturellen Veränderungen in der medizinischen Versorgung, die auch eine Qualitätsentwicklung implizieren. Auch die Volkssolidarität vertritt die Auffassung, dass die Gesundheitszentren bzw. medizinischen Versorgungszentren den Patientinnen und Patienten rasch und ohne lange Wege eine fachübergreifende Behandlung auf hohem Niveau garantieren und Mehrfachuntersuchungen eingeschränkt werden können. Viele ihrer Mitglieder im Seniorenalter wissen solche Vorzüge der Gesundheitszentren zu schätzen. Gesundheitszentren sind auch ein wichtiges Element integrierter ambulanter medizinischer Versorgung. Ihre mögliche Anbindung an Krankenhäuser wäre ein weiteres positives Signal im Sinne der integrierten Versorgung...“(Presseerklärung der Volkssolidarität vom 06.08.2004)

4 Präventionsgesetz

Für das seit längerer Zeit geforderte **Präventionsgesetz** wurden im Juni 2004 zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Spitzenverbänden der GKV **Eckpunkte** vereinbart (siehe Pressemitteilung des BMGS vom 15.06.2004). Es ist davon auszugehen, dass ein Präventionsgesetz frühestens ab 2005 in Kraft treten kann.

5 Anforderungen an eine Gesundheitsreform

Die Volkssolidarität hat ihre Positionen zu einer grundlegenden Reform der gesundheitlichen Versorgung mehrfach ausführlich dargestellt, insbesondere in den nachfolgend aufgeführten Grundsatzmaterialien:

- **Gesundheit und Soziales fördern – Zukunft gestalten / Gesundheitspolitische Reformpositionen der Volkssolidarität** vom März 2002
- **Sozialpolitischen Positionen der Volkssolidarität (Diskussionsmaterial)** vom März 2003 sowie
- **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)** im September 2003.

6 Äquivalenzprinzip in der GKV

Eine Ausnahme bildet lediglich die Zahlung von Krankengeld, weil sie an das jeweilige individuelle Einkommen gebunden ist. Auch die Beitragsbemessungsgrenze soll eine Verhältnismäßigkeit zwischen Beitragsleistung und ggf. erhaltener Leistung verkörpern. Eine „lineare“ Äquivalenz wird dadurch aber nicht bewirkt.

7 Debatte: Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen

Diese Debatte wird im Zusammenhang mit den jeweils von der Bundesregierung bzw. der CDU/CSU gebildeten Kommissionen zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“ bzw. „Herzog-Kommission“) und den von ihnen vorgelegten Berichten seit 2003 intensiv geführt.

Für eine Bürgerversicherung – in unterschiedlichen Varianten – sprechen sich seit längerer Zeit vor allem Gewerkschaften (DGB, ver.di u. a.), Sozial- und Wohlfahrtsverbände (SoVD, Volkssolidarität, DPWV), Bündnis 90/DIE GRÜNEN, SPD und PDS aus. Die drei genannten Parteien fassten dazu entsprechende Beschlüsse auf ihren Parteitag (SPD im November 2003, B 90/DIE GRÜNEN im September 2003) bzw. durch den Parteivorstand (PDS im November 2003).

Die Volkssolidarität hat bereits im März 2003 in ihren **Sozialpolitischen Positionen** wichtige Elemente einer Bürgerversicherung eingefordert, ohne zu diesem Zeitpunkt den Begriff Bürgerversicherung zu benutzen. Siehe dazu in diesem Material insbesondere die Punkte 2, 3, 14, 15, 16, 17 und 22 auf den Seiten 13 bis 23.

Für die Einführung von Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien, die für alle Bürger gleich hoch sein sollen, setzt sich die CDU ein, die ein entsprechendes Modell auf ihrem Leipziger Parteitag im Dezember 2003 beschlossen hat. Die CSU hat diesem Modell nicht zugestimmt; vom CSU-Gesundheitspolitiker Horst Seehofer wird es abgelehnt. CDU und CSU wollen sich bis Ende Oktober 2004 auf ein gemeinsames Konzept einigen.

Die FDP lehnt die Bürgerversicherung ab, unterstützt aber auch nicht ausdrücklich das Kopfpauschalenmodell der CDU. Sie fordert statt dessen die Abschaffung der Gesetzlichen Krankenversicherung, deren Aufgaben künftig vollständig durch die Private Krankenversicherung übernommen werden sollen (Beschluss des Dresdener FDP-

Parteitages im Juni 2004, siehe Ärzte-Zeitung vom 07.06.2004 „FDP setzt bei der GKV nun voll auf Privatisierung“).

⁸ Kopfpauschalen: sozialer Ausgleich aus Steuermitteln

Alle seriösen Experten stimmen darin überein, dass ein sozialer Ausgleich mit einem Finanzierungsaufwand zwischen 20 und 50 Milliarden Euro durch die öffentlichen Haushalte weder gegenwärtig noch längerfristig zu leisten ist. Selbst ein prominenter Befürworter des Kopfpauschalensystems, Prof. Bert Rürup, plädiert daher seit kurzem für eine zusätzliche beitragsfinanzierte Komponente, die die Kopfpauschalen ergänzen soll. Das von den Prof. Rürup und Wille am 15.07.2004 vorgestellte Modell zur Finanzierung des „sozialen Ausgleichs“ bei der Einführung von Kopfpauschalen über Steuererhöhungen (Mehrwertsteuer von 16 auf 18,5 Prozent oder „Solidarbeitrag“ zur Einkommenssteuer von 5,5 auf 17,4 Prozent) belastet vor allem kleine und mittlere Einkommen (siehe Frankfurter Rundschau „Rürup bringt höhere Steuern ins Gespräch“ vom 16.07.2004), einschließlich Renten. Zusätzlich brachten Rürup und Wille erneut eine beitragsfinanzierte Komponente in Höhe von 1,7 Prozent in die Diskussion ein.

Die Volkssolidarität hat sich daher mehrfach ablehnend zu diesem Modell geäußert (siehe z. B. „Bürgerversicherung ja, Kopfpauschalen nein“ von Dr. Bernd Niederland in Neues Deutschland vom 05.08.2003).

Das Schweizer Modell der Krankenversicherung, das seit 1996 auf Kopfprämien basiert, bestätigt bereits in der Praxis wesentliche Kritikpunkte und Bedenken, die in Deutschland gegen die Einführung von Kopfpauschalen bzw. Gesundheitsprämien geäußert werden. Dazu ist insbesondere auf die Untersuchungen der Arbeitsgruppe „Public Health“ des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) hinzuweisen (siehe Anlage 2).

⁹ Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge im Kopfpauschalenmodell

Auf der am 07.07.2004 durchgeführten Fachkonferenz des DGB und der AG Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) zur Bürgerversicherung wurde darauf hingewiesen, dass die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge nicht nur zum kompletten Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung führt, sondern auch nicht die Belastung des Faktors Arbeit reduzieren würde. Insofern liegt die Annahme nahe, dass das Kopfpauschalenmodell auch darauf hinausläuft, neue Einstiegsmöglichkeiten für Arbeitgeberverbände zu schaffen, um das Niveau der Erwerbseinkommen abzusenken. In diesem Fall müssten zusätzlich entweder weitere Steuermittel für den sozialen Ausgleich eingesetzt oder GKV-Leistungen weiter gekürzt werden.

Bisher ist die Rede davon, dass die Arbeitgeberbeiträge auf dem Niveau eingefroren werden sollen, auf dem sie bei Einführung von Kopfpauschalen ausbezahlt wären. Auf diese Weise würde aber längerfristig der Arbeitgeberanteil in der Relation zu den anderen Beitragsanteilen zurückgefahren.

¹⁰ Verluste GKV durch Übergang freiwillig Versicherter in PKV

Mit jedem Mitglied, das die gesetzliche Krankenkasse als so genannter freiwillig Versicherter verlässt, weil er die gegenwärtig geltende Versicherungspflichtgrenze von 3.862,50 Euro (2004) mit seinem Einkommen überschreitet, verliert die GKV nach Berücksichtigung der Kosten des Mitglieds etwa 3.500 Euro jährlich (siehe Pressemitteilung des Sozialministeriums von Mecklenburg-Vorpommern vom 07.06.2004).

¹¹ Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die z. B. der Paritätische Wohlfahrtsverband (so die Präsidentin des DPWV Gesamtverbandes, Barbara Stolterfoht, in der Anhörung des „Netzwerks Gesundheit“ beim DGB und der ASG am 16.01.2004) und die Grüne Jugend in

ihren Vorschlägen vom Juni 2004 fordern, wird dagegen vom DGB und von der ASG (Ursula Engelen-Kefer, Prof. Martin Pfaff) gegenwärtig abgelehnt (so auf der gemeinsamen Fachkonferenz von DGB und ASG zur Bürgerversicherung am 07.07.2004 in Berlin). Diese Ablehnung wird damit begründet, dass auch die Lohnnebenkosten auf Arbeitgeberseite zu hoch belastet würden und daher ein solcher Schritt – zumindest gegenwärtig – nicht gegangen werden sollte.

Diese Begründung ist aus unserer Sicht nicht schlüssig. So wurde im Beitrag von Frau Prof. Anita Pfaff auf der genannten Fachkonferenz am 07.07.2004 erneut deutlich, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ein wichtiges Element ist, um die Beitragsbelastung und damit auch die Belastung des Faktors Arbeit insgesamt abzusenken. Natürlich könnte es in bestimmten Fällen dazu kommen, dass diese Entlastung durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.150 Euro teilweise kompensiert wird. Aber mit einer deutlich höheren Belastung der Arbeitskosten wäre nur dort zu rechnen, wo in größerem Umfang gut bezahltes Personal tätig ist und ggf. mit Rationalisierungseffekten reagiert werden kann (z. B. Banken, Versicherungen).

Personalintensive Bereiche mit vorwiegend geringen oder mittleren Einkommen unterhalb der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze (z. B. Pflege, bestimmte Gesundheitsbereiche, Einzelhandel) wären dagegen durch die Entlastung der Arbeitskosten positiv betroffen. Für diese Bereiche würde der Verzicht auf eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die Entlastung eher vermindern. Auch unter diesem Aspekt sollte die Volkssolidarität daran festhalten, dass die Beitragsbemessungsgrenze schon beim Einstieg in eine Bürgerversicherung angehoben werden muss.

¹² **Beitragssatz für Betriebsrenten und Altersversorgungsbezüge**

Durch die Gesundheitsreform werden Betriebsrenten und Versorgungsbezüge (z. B. VBL-Leistungen) seit dem 01.01.2004 oberhalb niedriger Freibeträge mit dem vollen Beitragssatz zur GKV belastet. Vom Sozialverband Deutschland (SoVD) wurde durch ein Rechtsgutachten festgestellt, dass diese Maßnahme, die für die Betroffenen zu einer de facto – Rentenkürzung führt, verfassungswidrig sei (siehe Presseerklärung des SoVD vom 29.04.2004).

Zu dieser Neuregelung wurden im Februar 2004 durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Sozialverband VdK Deutschland, den DGB und weitere Verbände Musterstreitverfahren in Gang gesetzt, in denen die Rechtslage „für die wesentlichen Sachverhalte verbindlich geklärt“ werden (siehe Presseerklärung des VdK vom 13.02.2004). Die Volkssolidarität teilt die Position des SoVD und des VdK, dass diese Maßnahme der „Gesundheitsreform“ unsozial ist und rückgängig gemacht werden muss.

¹³ **Entlastung der GKV-Beitragszahler**

Diese Angaben wurden durch Modellrechnungen des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) ermittelt und im Frühjahr 2004 vorgelegt.

Andere Modellrechnungen kommen, je nach gewählten Grundannahmen, zu abweichenden Ergebnissen. Prof. Lauterbach geht von einem Beitragssatz von 12,4 Prozent aus, wenn die Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 Euro festgelegt würde. Die SPD Hessen hat einen Beitragssatz von lediglich 9 Prozent errechnet, falls die Beitragsbemessungsgrenze gänzlich abgeschafft würde.

Weitere Modellberechnungen wurden von Frau Prof. Anita Pfaff auf der Fachkonferenz zur Bürgerversicherung am 07.07.2004 vorgestellt. Sie verdeutlichten ebenfalls, dass sich Entlastungen je nach konkreter Ausgestaltung einer Bürgerversicherung im Bereich zwischen 1,4 bis etwa 3 Prozent Beitragssatzpunkte bewegen könnten.

¹⁴ **GKV-Leistungskatalog: medizinisch notwendige Leistungen**

Durch die Gesundheitsreform wurde der Leistungskatalog der GKV erheblich, teilweise sogar unzumutbar reduziert. Der GKV-Leistungskatalog 2004 stellt aus unserer Sicht ein Minimum

dar, das nicht unterschritten werden darf, wenn eine Bürgerversicherung bei den Versicherten und Patienten überhaupt glaubwürdig und ernsthaft eingeführt werden sollte.

Wir sehen bei Einführung einer Bürgerversicherung sogar die Notwendigkeit, bestimmte Einschnitte im GKV-Leistungskatalog wieder rückgängig zu machen (z. B. Praxisgebühr, Streichung nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Kostenerstattung etc.). Leistungen der Grundversorgung dürfen nicht weiter in den Bereich der privat zu versichernden Zusatzleistungen verschoben werden (wie z. B. beim Zahnersatz ab 2005)

¹⁵ Härtefallregelungen für besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Die Volkssolidarität fordert (ebenso wie z. B. der DPWV und der Sozialverband Deutschland) für besonders benachteiligte Gruppen – Sozialhilfeempfänger, sozialhilfebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen, Obdachlose – Härtefallregelungen einzuführen. Damit soll vor allem verhindert werden, dass dieser Personenkreis von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung *de facto* ausgeschlossen wird.

¹⁶ Familienfreundliche Komponente in der Beitragserhebung

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (Kinder, Ehepartner) ist ein großer Vorteil des Solidarsystems der GKV, der im Grundsatz auch künftig erhalten bleiben sollte.

Allerdings führt die gegenwärtige Ausgestaltung der beitragsfreien Familienversicherung zu einer Ungleichbehandlung von Ein- und Zweiverdiener-Familien bei der Beitragserhebung. Dadurch werden vor allem Einverdiener-Haushalte mit hohen Einkünften privilegiert, in denen ein Ehepartner aus keinem spezifischen Hinderungsgrund (Krankheit, Arbeitslosigkeit, Erziehung von Kindern, Pflege von Familienangehörigen, Aus- oder Weiterbildung) nicht erwerbstätig ist.

Im IGES-Gutachten „Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell“ wird daher vorgeschlagen, Kinderfreibeträge von jährlich 3.688 Euro durch eine „negatives Ehegattensplitting“ zu ergänzen, so die Beitragssatzbelastung durch die Kinderfreibeträge zu kompensieren und die o. a. Ungleichbehandlung aufzuheben.

¹⁷ Mitwirkungsrechte der Patienten

Die „Gesundheitsreform“ hat zwar die Mitwirkungsrechte der Patienten im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss verbessert, aber nach wie vor hat die Patientenseite keine Mitentscheidungsrechte. Insofern ist auch die Forderung der Selbsthilfe- und Patientenverbände nach einer „dritten Bank“ im Bundesausschuss nicht umgesetzt.

¹⁸ Effizienzreserven der GKV

Effizienzreserven sind nicht nur unter reinen „Einsparungspotentialen“ zu betrachten, sondern vielmehr unter dem Aspekt, wie z. B. eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung und Prävention Kosten (bzw. Folgekosten) vermeiden können. Nach Expertenschätzungen könnten allein durch eine umfassende Prävention bis zu 25 Milliarden Euro jährlich eingespart werden.

Bisher gibt es wenig gesicherte Erkenntnisse, in welchem Umfang Effizienzreserven der GKV tatsächlich zu erschließen und in die gesundheitliche Versorgung umzulenken sind. Die oft geäußerte Annahme, eine „Einheitskasse“ würde drastische Einsparungen ermöglichen, ist wissenschaftlich nicht belegt. Andererseits ist die Behauptung, durch eine „Einheitskasse“ und fehlenden Wettbewerb würden sich der bürokratische Aufwand und die Kosten weiter erhöhen, ebenfalls nicht bewiesen.

Die Verwaltungskosten der GKV lagen im Jahre 2002 bei 5,6 Prozent der Gesamtausgaben für die gesundheitliche Versorgung (8,02 Milliarden Euro von Gesamtausgaben in Höhe von 143,63 Milliarden Euro). 2003 lag der Anteil der Verwaltungskosten ebenfalls bei 5,6 Prozent. Im Vergleich dazu beliefen sich die Verwaltungskosten der PKV 2002 bei 12,8 Prozent der Gesamtausgaben für die gesundheitliche Versorgung, also etwa doppelt so hoch wie in der GKV (siehe auch Ärzte Zeitung vom 14.07.2004).

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass in der öffentlichen Diskussion zwar das Problem der GKV-Verwaltungskosten thematisiert wird, aber andere Bereiche fast völlig unberücksichtigt bleiben. Aus Sicht der Volkssolidarität haben z. B. auch die Kassenärztlichen Vereinigungen erheblichen Reformbedarf, sowohl im Hinblick auf ihre Effizienz als auch bei der Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags bei der ärztlichen Versorgung, z. B. in den neuen Bundesländern.

19 Rolle und Aufgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Die Rolle und das Gewicht der PKV werden in der Öffentlichkeit oft überschätzt. Nur etwa 8 Prozent aller Bürger sind ausschließlich PKV-Versicherte (Vollversicherung). Etwa die Hälfte aller privaten Krankenversicherungen sind Zusatzversicherungen – gegenwärtig vor allem im Krankenhausbereich, z. B. Chefarztbehandlung, Einzelzimmer etc. Der Zukunftsmarkt der PKV könnte ohne Einbußen in den Bereich der ambulanten und wellness-Dienstleistungen orientiert werden.

Zu prüfen wäre, ob die privilegierte Stellung der PKV gegenüber der GKV auch dadurch abgebaut werden sollte, dass grundsätzlich gleiche Leistungen mit den gleichen Vergütungssätzen entgolten werden (wie z. B. vom DGB gefordert). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass höhere Vergütungen der PKV teilweise die niedrigeren Vergütungen durch die GKV mittragen bzw. erst ermöglichen (siehe Prof. Dr. Axel Azzola und Prof. Dr. Ernst Bienert „Vorschläge zur Reform der sozialen Sicherungssysteme“).

20 Einbeziehung von bisher PKV-Vollversicherten in eine Bürgerversicherung

Eine Einbeziehung der bisher PKV-Vollversicherten in die Bürgerversicherung ist wünschenswert. Da sich durch breitere Grundlagen für die Erhebung der Beiträge deren Höhe absenken ließe, sollten sie mit dem in der Bürgerversicherung für alle gültigen Beitragsanteil einbezogen werden. Der dann – im Vergleich zum gegenwärtigen Stand – verbleibende Restanteil sollte zur Abdeckung zusätzlicher Leistungen innerhalb der PKV dienen.

Ein besonderes Problem stellt die Einbeziehung der Beamten dar, da die öffentlichen Haushalte bei einer Einbeziehung dieses Personenkreises in die Bürgerversicherung zwar keine Beihilfeleistungen mehr erbringen müsste, aber zur Zahlung von (Arbeitnehmer- und) Arbeitgeberanteilen verpflichtet wäre. Dies könnte in einer Übergangsphase zu erheblichen Haushaltsbelastungen führen. Deshalb sollten die Auswirkungen auf die Haushalte, vor allem der Gebietskörperschaften, vor Einführung einer Bürgerversicherung genauestens geprüft werden. (siehe auch Fußnote 20)

21 Vorteile für bisher privat Versicherte

Unter den heutigen Bedingungen ist vielen privat Versicherten ein Wechsel zur GKV nicht möglich. Vor allem für ältere Versicherte der PKV führt dies bei steigenden Beiträgen im Alter zu hohen finanziellen Belastungen. Derartig hohe Belastungen würden bei einem Wechsel in ein solidarisch finanziertes Umlagesystem entfallen.

Es darf auch nicht übersehen werden, dass PKV-Unternehmen – im Unterschied zur GKV – gewinnbringend arbeiten müssen und daher ihre Beiträge nach dem jeweiligen gesundheitlichen Risiko des PKV-Versicherten kalkulieren. Dies führt in vielen Fällen zu Aussonderungen „schlechter“ Risiken bzw. zu Prämiensystemen, die auf Grund bestimmter

Merkmale wie z. B. Geschlecht, Alter, Behinderung diskriminierenden Charakter tragen. Derartige Diskriminierungen könnten mit einer Bürgerversicherung abgebaut und beseitigt werden.

²² Kombinationen „Bürgerversicherung“/ Kopfpauschalen

In der öffentlichen Diskussion werden immer wieder kombinierte oder Mischmodelle von Bürgerversicherung und Kopfpauschalen ins Gespräch gebracht.

So z. B. von Prof. Rürup, der in jüngster Zeit ein Kopfpauschalenmodell mit einer beitragsfinanzierten Komponente befürwortet (siehe Die Zeit, 25/2004) und entsprechende Vorstellungen der CDU unterstützt, die im Juni 2004 bekannt wurden (siehe „Merkels Delta Force“ in DER SPIEGEL, 25/2004).

Ende 2003 hat Bundesaußenminister J. Fischer eine vom Einkommen aus abhängiger Beschäftigung abgekoppelte Bürgerversicherung ins Spiel gebracht und angeregt, den Arbeitgeberbeitrag mit dem Lohn auszuzahlen. Statt der von Rürup geforderten Pauschale soll der Beitrag linear bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze steigen. Es sollen alle Bürger gesetzlich pflichtversichert und auch Einkunftsarten wie Mieten und Zinsen einbezogen werden.

²³ PKV: wirtschaftliche Risiken

In der Anhörung des „Netzwerks Gesundheit“ beim DGB zur Bürgerversicherung am 16.01.2004 verwies Robert Paquet als Vertreter des Verbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) darauf, dass bei privaten Krankenkassen erhebliche wirtschaftliche Risiken lägen (z. B. auf Grund von Kursverlusten bei spekulativen Anlagen).

²⁴ Einbeziehung der Beamten in eine Bürgerversicherung

Im IGES-Gutachten „Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell“ wird darauf hingewiesen, dass bei einer schrittweisen Übernahme der Beamten (nur Neubeamte) bei fortgesetzter Beihilfe der erforderliche Beitragszuschuss für Dienstbezüge und Pensionen um bis zu 11 Prozent steigen würde. Dies würde eher für eine Übernahme aller Beamten in die Bürgerversicherung sprechen.

Die Einbeziehung der Beamten und ihrer Familienmitglieder würde dem IGES-Gutachten zufolge eine Reduzierung des GKV-Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte ermöglichen. Dem könnten entsprechende Mehrkosten für die öffentlichen Haushalte gegenüberstehen, die sich aus der Umstellung des bisherigen Beihilfesystems auf die dann in die GKV einzuzahlenden Beiträge ergeben.

²⁵ Völlige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

In ihrem Papier „Vorschläge zur Reform der sozialen Sicherungssysteme“ kommen A. Azzola und E. Bienert zu der Einschätzung, dass die Aufhebung „dieser Grenze wegen der konfiskatorischen Wirkung dieser Maßnahme und der damit einhergehenden Angleichung der Beitragserhebung an eine Steuerschöpfung verfassungswidrig“ wäre.