

ISA Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarktpolitik

Deutscher
Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

Abteilung
Sozialpolitik

Ausgabe
4/2004 – November 2004

Eckpunkte des DGB für eine solidarische Bürgerversicherung

Entgelt bezahlt, Postvertriebsstück A 45163

DGB

Herausgeber:
DGB-Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Verantwortlich:
Dr. Heinz Stapf-Finé

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Telefon 030 24 060 – 725
Telefax 030 24 060 – 226
E-Mail: Bianca.Webler@bw.dgb.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. DGB-Position für eine solidarische Bürgerversicherung im Überblick	4
I Zielsetzung des DGB	4
II Eckpunkte der solidarischen Bürgerversicherung	4
3. Beschluss des DGB-Bundesvorstands vom 2. November 2004 - Eckpunkte zur Bürgerversicherung	5
I. Die Reform der Krankenversicherung ist und bleibt notwendig	5
II. Normative Gestaltungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung	7
III. Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung im Praxistest	8
IV. Die Bürgerversicherung: Einstieg in die solidarische Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems	9

Einführung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gesetzliche Krankenversicherung ist zukunftsfähig. Dafür muss sie reformiert werden. Die Kostendämpfungspolitik der Vergangenheit hat zu hohen Belastungen für Patienten und Versicherte geführt, aber keine nachhaltigen positiven Effekte erreichen können. Deshalb brauchen wir ein Konzept für die Zukunft. Wir wollen die Bürgerversicherung. Unsere Leitlinien sind: Mehr Qualität und mehr Effizienz für ein besseres Preis-Leistungsverhältnis. Dafür wollen wir einen Wettbewerb unter einheitlichen Bedingungen und eine gerechte solidarische Finanzierung.

Mit dem Konzept für die Bürgerversicherung bleibt der DGB beim bewährten Solidarprinzip: Die Beiträge bemessen sich nach der Höhe des Einkommens und die Leistungen nach dem jeweiligen medizinischen Bedarf. Arbeitgeber bleiben mit ihren Beiträgen für ihre Beschäftigten in der Pflicht, unnötige Ausgaben zu vermeiden. Die Bürgerversicherung stellt somit die konsequente Fortentwicklung des bestehenden Systems dar. Dazu hebt sie die bestehenden Ungerechtigkeiten auf, denn alle Erwerbstätigen werden entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit in die Solidarität einbezogen.

Die willkürliche Trennung von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung soll dafür aufgebrochen werden. Diese Begrenzung der solidarischen Finanzierung führt zu einseitigen Belastungen, die ökonomisch schädlich und sozial ungerecht sind. Die Bürgerversicherung wird die Einkommen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie personalintensive Betriebe entlasten. Zudem gehen die Verteilungswirkungen in die richtige Richtung. Familien, Rentnerinnen und Rentner und die Bezieher von Arbeitseinkommen werden entlastet. Dafür sorgt nicht nur der neue Qualitätswettbewerb, sondern auch die Einbeziehung von Kapitaleinkommen.

Allen Bestrebungen, das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzugeben, erteilt der DGB eine klare Absage. Eine einheitliche, vom Einkommen unabhängige Kopfprämie ist unsolidarisch und ungerecht. Zudem wären Steuermittel in zweistelliger



Milliardenhöhe erforderlich, um den sogenannten Sozialausgleich für Bedürftige zu finanzieren. Große Teile der Bevölkerung würden auf diese Art zu Bittstellern werden, eine neue Bürokratie zur Bearbeitung der Anträge auf Sozialausgleich müsste aufgebaut werden. Schließlich müsste der Leistungskatalog für die Kopfprämie auf Grundleistungen reduziert werden, weil die Steuermittel für die Finanzierung dauerhaft nicht ausreichen. Diese schleichende Privatisierung von Gesundheitsleistungen ist für DGB und Gewerkschaften inakzeptabel.

Der DGB steht für einen zukunftsgerechten Umbau der solidarischen Sicherungssysteme. Das gilt für Gesundheit, Pflege und Rente. Wir werden die kommenden Monate dazu nutzen, die Vorteile der Bürgerversicherung deutlich zu machen und mögliche Bedenken oder Vorurteile auszuräumen.

Die Bürgerversicherung ist eine Perspektive für mehr Sicherheit in unsicheren Zeiten. Dafür werben wir.

Dr. Ursula Engelen-Kefer

2. DGB-Position für eine solidarische Bürgerversicherung im Überblick

I Zielsetzung des DGB

Die solidarische Bürgerversicherung hat das Ziel, die qualitativ hochwertige und solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zu sichern. Dazu umfasst die Bürgerversicherung Lösungsansätze, um sowohl Einnahme- als auch Ausgabenprobleme der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beheben.

Kernelement der solidarischen Bürgerversicherung ist ein neuer Qualitätswettbewerb auf der Basis einer gesamtgesellschaftlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Eine effiziente Steuerung und zukunfts-gerechte Erhebung des Beitragsaufkommens wird dazu beitragen, dass die Beiträge insgesamt sinken, ohne die Gesundheitsleistungen einzuschränken.

Die Trennung von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung sowie die begrenzte Finanzierung allein durch Beiträge auf Arbeitseinkommen schränkt die Finanzierungsbasis der GKV ein. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie beschäftigungsintensive Betriebe werden dadurch einseitig belastet. Diese Belastungen steigen sowohl aufgrund ineffizienter Versorgungsstrukturen als auch durch den Rückgang von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.

Die Politik hat in der Vergangenheit versucht, die Beitragssätze mit erhöhten Belastungen für die Patienten und Versicherten (Leistungsausgliederungen, Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen und einseitige Beitragssatzsteigerungen zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) zu senken. Durch die sinkende Massenkaufkraft weitet sich die ohnehin schwerwiegende Konjunkturschwäche im Inland aus und gefährdet einen Aufschwung auf dem Arbeitsmarkt.

Die Erfolglosigkeit der Kostdämpfungspolitik im Gesundheitswesen zeigt, dass eine Weiterentwicklung der Krankenversicherung in Deutschland zur solidarischen Bürgerversicherung ohne Alternative ist. Das gilt auch für das Konzept der CDU zur Finanzierung der GKV über eine einheitlich Kopfpauschale. Die CDU will die Beiträge der Arbeitgeber von der Entwicklung der Gesundheitskosten

abkoppeln und dafür das Solidarprinzip aufgeben. Dazu plant die CDU ein reines Umverteilungsmodell, das allein Arbeitgeber und Besserverdiener entlastet, ohne die bestehenden Einnahme- noch die Ausgabenprobleme zu lösen. Auch die Finanzierung des so genannten Sozialausgleichs über Steuern ist bislang ungelöst. Mit der einseitigen Belastung der versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, der Deckelung der Beiträge und der fehlenden Finanzierungsgrundlage zeigt sich, dass die von der CDU gewollte Entlastung der Arbeitgeber zu Lasten der Behandlungsqualität geht. Eine Tendenz zur weiteren Privatisierung von Gesundheitsleistungen ist damit vorgezeichnet.

II Eckpunkte der solidarischen Bürgerversicherung

1. Wettbewerb und Wahlfreiheit

Bürgerinnen und Bürger können ihre Kasse in der Bürgerversicherung frei wählen. Zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen wird ein Wettbewerb unter gleichen Bedingungen hergestellt. Diese Bedingungen sind einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein morbiditätsorientierter Finanzausgleich zwischen den Kassen.

Das Wettbewerbsprinzip soll durch ein einheitliches Vertragsrecht ausgebaut werden. Neben der Möglichkeit, direkte Versorgungsverträge mit einzelnen Leistungsanbietern abzuschließen, soll allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen erlaubt werden, qualitätsorientierte Vergütungen auszuhandeln. Weiterhin sollen die Integrierte Versorgung und spezielle Behandlungsprogramme ausgebaut werden, um bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

2. Eine Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger

Die Bürgerversicherung versichert alle Bürgerinnen und Bürger. Die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen bleiben beitragsfrei mitversichert. Wer neu krankenversichert wird, kommt sofort in die Bürgerversicherung. Für bisher privat Versicherte wird Bestandschutz gewährt. Bestandsbeamte erhalten ein Wahlrecht, ob sie in die Bürgerversicherung eintreten oder in der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleiben wollen.

3. Einkommensbezogene Finanzierung

Die Krankenversicherung soll weiterhin über einkommensabhängige Beiträge finanziert werden. Die Arbeitgeber bleiben durch paritätische Finanzierung der Beiträge auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung in der Verantwortung.

4. Zukünftige Finanzierungsbasis

Für die zukünftige Finanzierung hochwertiger Gesundheitsleistungen schlagen wir ein Zwei-Säulen-Modell vor. In der ersten Säule werden dabei Arbeitseinkommen und daraus abgeleitete Einkommen wie bisher verarbeitet. Daneben soll eine zweite Säule eingeführt werden, um Erträge anderer Einkommensarten in die Finanzierung der Bürgerversicherung einzubeziehen. Die Einnahmen aus diesem Anteil an einer Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge sollen zweckgebunden in die Bürgerversicherung fließen und von allen Steuerpflichtigen erhoben werden. Durch angemessene Freibeträge wird sichergestellt, dass Sparer nicht überfordert werden und die Altersvorsorge nicht zusätzlich belastet wird. Im Rahmen dieser Steuerlösung entfällt eine Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen. Dies ermöglicht eine sofortige Senkung der Beiträge zur Krankenversicherung auf Lohneinkommen.

5. Ausweitung der Steuerfinanzierung

Die Krankenkassen müssen von der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entlastet werden. Dazu gehört auch der Familienlastenausgleich, da von der Erziehungsarbeit der Eltern alle Bürger profitieren und nicht nur die Versicherten der GKV. Diese Leistungen sind über Steuermittel zu finanzieren, sie dürfen nicht weiter allein den Beitragszahlern aufgebürdet werden.

3. Beschluss des DGB-Bundesvorstands vom 2. November 2004 – Eckpunkte zur Bürgerversicherung

I. Die Reform der Krankenversicherung ist und bleibt notwendig

Es ist unstrittig, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichzeitig ein Einnahme- und ein Ausgabenproblem gibt. Die Beseitigung des Ausgabenproblems ist aufgrund der Gleichzeitigkeit von Über-, Unter- und Fehlversorgung eine politische Daueraufgabe. Der DGB strebt vorrangig eine Reform des Gesundheitswesens an, die die vorhandenen Versorgungsdefizite, Unwirtschaftlichkeiten und überholten Organisationsstrukturen abbaut. Leider hatte die Politik in der letzten Reformrunde nicht den nötigen Mut, mehr Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern auch gegen den Widerstand mächtiger Interessengruppen durchzusetzen und damit unnötige Kosten zu reduzieren. Die Verbesserung des Verhältnisses von Qualität der Gesundheitsleistungen zu ihren Kosten ist ein Kernpunkt zur Begrenzung der Ausgaben.

Allerdings muss auch eine Lösung für das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden werden. Eine Finanzreform darf aber keinesfalls dazu führen, dass lediglich zusätzliche Mittel für das Gesundheitswesen erhoben und die nötigen Strukturreformen weiter verschoben werden.

Der durchschnittliche Beitragssatz von 10,5% im Jahr 1975 ist über 13,2% im Jahr 1995 auf heute 14,3% gestiegen. Dieser Anstieg ist vor allem auf Veränderungen auf der Einnahmenseite zurückzuführen. Die beitragspflichtigen Einnahmen leiden seit Mitte der 70er Jahre unter einer Wachstumsschwäche. Sie ist ein Ergebnis des vergleichsweise geringen Anstiegs der Löhne und Gehälter sowie der stark gestiegenen Arbeitslosenzahlen. Hinzu kommen politisch bedingte Beitragsausfälle, da zum Beispiel der Bund die Beitragszahlungen für Arbeitslosenhilfeempfänger drastisch zurückgefahren hat bzw. die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse erheblich angestiegen sind und reguläre Beschäftigung mit voller Sozialversicherungspflicht verdrängen. Die vielfach

beklagte Kostenexplosion gab es hingegen nicht. Der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist trotz der Ineffizienzen im System relativ stabil geblieben. Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen verläuft weitgehend synchron zum wirtschaftlichen Wachstum.

Wer die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung reformieren will, muss beachten, dass mit den Arbeitseinkommen ein geringer werdender Anteil am Volkseinkommen zur Finanzierung der GKV herangezogen wird. Erforderlich ist also eine Finanzierung, die durch den Einbezug anderer Einkünfte zu einer Kostenentlastung des Faktors Arbeit führt. Darüber hinaus sollen auch andere Personengruppen neu in die Solidargemeinschaft der GKV eingebunden werden.

Ein erweiterter Versichertenkreis trägt mit dazu bei, dass alle Menschen in gleichem Maße am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben können. Hinzu kommt, dass in modernen Erwerbsverläufen häufiger als früher zwischen abhängiger und selbständiger Beschäftigung gewechselt wird. Die bisherigen Schutzsysteme können darauf nicht flexibel genug reagieren. Zudem nehmen neue Formen der Selbständigkeit zu, die für die Betroffenen risikoreich sind und somit eine Einbeziehung in die Versicherungspflicht nahe legen.

Die Kopfpauschale ist ungerecht

Das Konzept der CDU zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über Kopfpauschalen verschärft bestehende Ungerechtigkeiten. Zwar soll hiermit vordergründig eine Entlastung des Faktors Arbeit erfolgen. Wenn aber der Arbeitgeberbeitrag (sofern das rechtlich zulässig ist) an die Arbeitnehmer ausbezahlt wird, sind die gesamten Lohnkosten für die Arbeitgeber nach der Ausbezahlung gleich groß wie vorher. Sie würden allenfalls langfristig von der künftigen Ausgabendynamik abgekoppelt. Die sich daraus ergebende höhere Belastung für Arbeitnehmer geht zu Lasten der quantitativen und qualitativen tarifpolitischen Gestaltungsspielräume. Insgesamt würde die Kopfprämie die Arbeitgeber aus der Verantwortung für ein kostengünstiges und effizientes Gesundheitssystem entlassen. Demgegenüber haben Berechnungen zu unterschiedlichen Varianten der Bürger-

versicherung nachgewiesen, dass ein unmittelbar entlastender Effekt auf den Beitragsatz zu erwarten ist.

Auch die Argumente, die Kopfpauschale sei unabhängig von demographischen und konjunkturellen Entwicklungen, entpuppen sich als leere Versprechungen. Denn die Finanzierung der Kopfpauschale ist schließlich untrennbar mit der allgemeinen Einkommensentwicklung verbunden. Die mögliche Steuerfinanzierung des Solidarausgleichs macht diesen zu stark von der Kassenlage der jeweiligen Bundesregierung abhängig. Konjunkturelle Krisen haben sinkende Einkommen und erhöhte Arbeitslosigkeit zur Folge. Dies würde den Transferbedarf erhöhen und gleichzeitig die Steuereinnahmen senken. Folglich müssen entweder die Krankenversicherungsleistungen gekürzt oder die Steuern erhöht werden.

Parität und Selbstverwaltung sichern

Der DGB spricht sich entschieden gegen eine einseitige Überwälzung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus und erteilt allen Vorstellungen zum Einfrieren oder Umwälzen des Arbeitgeberanteils eine Absage. Die paritätische Finanzierung des Beitrags auf den Lohnanteil des Einkommens ist ein Gebot der Solidarität. Es ist in der Verantwortung der Arbeitgeberseite für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit begründet. Weitblickende Arbeitgeberfunktionäre legen selbst großen Wert darauf, weiter in der Selbstverwaltung der Krankenkassen vertreten zu sein. Dort wollen sie sich selbst entlasten und auf einen Bereich Einfluss nehmen, der für die Entwicklung der Lebenshaltungskosten (und davon abgeleiteten Lohnforderungen) von großer Bedeutung ist. Diese Beteiligung an der Selbstverwaltung wird durch die paritätische Finanzierung legitimiert.

Ein Ziel der Sozialversicherung und speziell der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die finanziellen Lasten der Lebensrisiken sowohl für den Einzelnen als auch für die Versichertengemeinschaft tragbar zu machen. Daraus leitet sich auch der Auftrag an die Selbstverwaltung ab, die wirtschaftliche Verwendung der Mittel zu kontrollieren. Aus dieser Verpflichtung zur wirtschaftlichen Mittelverwendung heraus ist das Gesundheitswesen aber nicht nur für die Behand-

lung und Heilung von Krankheiten zuständig, sondern hat auch den Auftrag, zur Förderung von Gesundheit und damit zur Steigerung von Lebensqualität beizutragen. Dafür braucht es Anreize für wirtschaftliches Verhalten der einzelnen Beteiligten, insbesondere der Versicherten und der Leistungserbringer. Sie zu schaffen ist eine wesentliche Aufgabe des Vergütungssystems.

II. Normative Gestaltungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

Gewerkschaftliches Engagement in der Gesundheitspolitik wird vom Leitbild der Gerechtigkeit getragen. Wesentliche Grundlagen für eine neue Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind die gesellschaftspolitischen und moralischen Werte, vor allem aber die Gerechtigkeitsvorstellungen, die sich in den Gestaltungsprinzipien der GKV ausdrücken.

Typisch für die Sozialversicherung deutscher Prägung ist eine Kombination zwischen Versicherungsprinzip und sozialem Ausgleich. Prägend für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Gewährung von Sachleistungen nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit und die Finanzierung der Leistungen gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Soziale Chancengleichheit

Chancengleichheit bedeutet, dass die notwendige Gesundheitsversorgung unabhängig von Einkommen, Alter und Geschlecht erfolgen und jeder und jede in einer vergleichbaren Problemlage die gleichen Leistungen erhalten muss. Wir setzen uns für eine Wahlmöglichkeit der Versicherten sowohl bezüglich ihrer Krankenkasse als auch bezüglich des für sie adäquaten Versorgungsangebots ein. Damit wollen wir auf der Ebene der Leistungserbringer einen produktiven Wettbewerb um die Qualität der Versorgung entfachen. Um dabei eine Selektion von Risiken auszuschließen, ist der Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert weiter zu entwickeln.

Bedarfsgerechtigkeit

Bedarfsgerechtigkeit heißt, dass in der gleichen Lebenslage die gleiche Versorgung für alle sichergestellt werden soll. Das erfordert einen einheitlichen Leistungskatalog, der im Bedarfsfall allen Betroffenen wohnortnah zur Verfügung steht. Zu einer bedarfs-

gerechten Versorgung gehört auch, dass sich die Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Deshalb unterstützen Gewerkschaften besonders den Aufbau integrierter Versorgung, von medizinischen Versorgungszentren, Disease-Management-Programmen (Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten) und von hausarztzentrierter Versorgung (Hausarztmodell). Bedarfsgerechtigkeit kann aber auch zu einer ungleichen Verteilung kollektiv verfügbarer Güter und Ressourcen führen. Typisches Beispiel: Kranke und Behinderte benötigen mehr Ressourcen als Gesunde, um eine vergleichbare Stufe persönlichen Wohlergehens zu erreichen.

Leistungsfähigkeit

Den Leistungen gehen Versicherungsbeiträge voraus. Die Beiträge orientieren sich am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Da die Beitragsbemessung am Arbeitsentgelt ansetzt, die Bereitstellung der Leistungen aber – mit Ausnahme des Krankengeldes – dem medizinischen Bedarf folgt, ist die GKV stärker als die anderen Zweige der bundesdeutschen Sozialversicherung dem Solidaritätsprinzip verpflichtet. Die solidarische Finanzierung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit verlangt von den Arbeitgebern eine paritätische Beteiligung an der Finanzierung. Diese Verpflichtung ergibt sich auch aufgrund ihrer Verantwortung für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt.

Solidarprinzip

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein sozialer Ausgleich entlang der Kategorien Einkommen, Geschlecht, Familie, Alter vorgenommen.

Einkommensausgleich

Das Sachleistungsprinzip dominiert, gewährte Leistungen sind von der Höhe der gezahlten Beiträge unabhängig. Daher ist das Umverteilungspotential höher als in anderen Zweigen der Sozialversicherung. Risikoausgleich: Gesunde stehen in dem Bewusstsein für Kranke ein, dass das Risiko der Krankheit für den Einzelnen nicht vorhersehbar ist.

Ausgleich zwischen den Geschlechtern:

Es gelten gleiche Kriterien für die Beitragsbemessung bei Männern und Frauen.

Familienlastenausgleich: Dieser erfolgt durch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.

Alterslastenausgleich: Die Höhe der Beiträge steigt, anders als in der privaten Krankenversicherung, trotz ansteigender Inanspruchnahme nicht mit dem Lebensalter.

Selbstverantwortung

Wenn alle Gesellschaftsmitglieder das Recht auf gleiche Gesundheits- und Behandlungschancen haben, hat der Einzelne auch eine Verpflichtung, im Rahmen seiner Möglichkeiten zu einem guten Gesundheitszustand beizutragen. Das betrifft insbesondere die Inanspruchnahme angebotener Vorsorgeleistungen. Wir unterstützen daher den Versuch, das Verhalten des Einzelnen z. B. durch die Gewährung von Anreizen zu steuern.

In krassm Widerspruch zu diesem Verständnis von Selbstverantwortung wird diese in der gesundheitspolitischen Debatte häufig herangezogen, um Selbstzahlungen der Versicherten zu begründen. Damit geht in der Regel ein Bruch mit dem Prinzip der solidarischen Finanzierung einher – zu Lasten der Versicherten und der Kranken. Wir bezweifeln auch die steuernde Wirkung von Selbstzahlungen. Und wir sehen die Gefahr der Verschleppung von Krankheiten, wenn Leistungen nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden.

III. Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung im Praxistest

Bedarfsgerechtigkeit

Die Versorgung nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit wird gefährdet, wenn durch zunehmende Privatisierung von Gesundheitsausgaben Barrieren für Geringverdiener im Zugang zu Gesundheitsleistungen aufgebaut werden. Die Chancen, gesund zu sein und zu bleiben, sind also ungerecht verteilt und von Einkommen und Bildung abhängig. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (er drückt sich in Faktoren wie Bildung- und Einkommen aus) weisen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand auf und haben eine geringere Gesundheitszufriedenheit als Menschen mit einem höherem Status. Schichtspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung vergrößern sich sogar wegen der wachsenden Einkommensunterschiede noch weiter. Daneben sind für gesundheitliche Ungleichheit auch Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Bedeutung.

Hinzu kommt: Seit der Einführung der Praxisgebühr in Deutschland mehren sich die Anzeichen, dass vorwiegend gering Verdienende von einem Arztbesuch abgehalten werden. Auswertungen der Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin und Bremen, die durch eine Untersuchung der AOK bestätigt wurden, belegen dies. Zu befürchten ist dadurch das Verschleppen von Krankheiten, was für die Betroffenen größeres Leiden und die Versichertengemeinschaft höhere Ausgaben bedeutet.

Der Trend zu mehr Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen und einseitigen Beitragssatzsteigerungen zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verstärkt die Ungerechtigkeit. Er ist ungebrochen, obwohl die internationale Forschung keine plausiblen Steuerungswirkungen solcher Maßnahmen nachweisen kann.

Auch die freie Arztwahl und die wohnortnahe Versorgung stehen nicht allen gleichermaßen zur Verfügung. Die Transparenz des Systems und die Information der Patientinnen und Patienten muss verbessert werden. Die Hausärzte werden künftig stärker ihre Rolle als Lotsen und Berater im Gesundheitswesen ausfüllen müssen.

Unser überwiegend auf Behandlung angelegtes Gesundheitssystem hat Nachholbedarf bei präventiven und sozialkompensatorischen Angeboten. Die Anstrengungen zur Beratung und Prävention müssen dringend verstärkt werden, gerade auch um schichtspezifische Schwierigkeiten des Zugangs zum Gesundheitssystem auszugleichen. Gesundheit sollte auch stärker in den Bildungseinrichtungen – vom Kindergarten bis zur Hochschule – zum Thema gemacht werden. Es gibt einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Qualität des Arbeitsplatzes. Daher müssen die Bemühungen intensiviert werden, durch besseren Arbeitsschutz zu einer humanen, d.h. gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitswelt beizutragen. Die inhaltlichen Anforderungen an ein Präventionsgesetz, beschlossen vom DGB-Bundesvorstand am 8. Juni 2004, werden bekräftigt.

Grundlage einer solidarischen Krankenversicherung ist ein einheitlicher Leistungskatalog, der auch in Zukunft die Gewähr für die Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt bietet und eine

ausreichende, zweckmäßige und notwendige Versorgung erhält. Zudem muss die Honorierung der Ärzte und anderer freier Gesundheitsberufe nach einem einheitlichen Vergütungssystem erfolgen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit von der Vergütung unterschiedlich ausfällt.

Dies weist auf eine weitere Gefährdung der Bedarfsgerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem hin: die Trennung des Versicherungssystems in gesetzliche und private Krankenversicherungen. Durch sie entstehen in bestimmten Fällen große Unterschiede in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Privat Versicherte können teilweise auf bessere Dienstleistungen bzw. einen erweiterten Leistungsumfang zugreifen – diese müssen allerdings hinzugewählt und durch höhere Beiträge bezahlt werden. Trotzdem können bestimmte Personenkreise für geringere Beiträge bessere Leistungen als gesetzlich Krankenversicherte erhalten. Es sollte aber allen in der gleichen Lebenslage die gleiche, möglichst optimale Versorgung ermöglicht werden.

Leistungsfähigkeit

Auf den ersten Blick richtet sich der Beitrag zur GKV an der finanziellen Leistungsfähigkeit aus. Der Einkommensausgleich findet aber seine Grenze nach oben durch die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze. Erwerbseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben vom Solidar Ausgleich befreit. Beziehler höherer Erwerbseinkommen haben nicht nur den Vorteil, einen geringeren Anteil der Erwerbseinkünfte einbringen zu müssen. Sie können die Solidargemeinschaft (je nach Einschätzung der eigenen Kosten-Nutzen-Beziehung) sogar verlassen.

Die Finanzierung der GKV entspricht nur in Teilen dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Sowohl Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit als auch Vermögenseinkünfte bleiben unberücksichtigt. Ungleichheiten verstärken sich noch, wenn, wie zur Zeit zu beobachten, Kapitaleinkommen gegenüber Lohneinkommen an Gewicht gewinnen und auch die Streuung verschiedener Haushaltseinkommensarten zunimmt.

Die Finanzierung der GKV wird nicht von konsistenten verteilungspolitischen Zielsetzungen getragen. Und: Bisher ergriffene

Reformmaßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzes gingen überwiegend und eindeutig zu Lasten der Versicherten und Kranken im Sinne der Beschränkung des Leistungskatalogs und der Erhöhung von Zuzahlungen.

Aus diesen Gründen formulierte das DGB-Grundsatzprogramm schon 1996: „Die Gewerkschaften fordern ein System der Kranken- und Pflegeversicherung, das die Chancen der medizinischen und pflegerischen Betreuung unabhängig von der individuellen Einkommens- und Vermögenssituation gewährleistet. Dies erfordert eine solidarische Teilung der Lasten. Daher sollten die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung aufgehoben, die Beitragsbemessungsgrenzen in der Kranken- und Pflegeversicherung erhöht werden.“

Und weiter: „Um Lücken im sozialen Sicherungssystem zu schließen, fordern die Gewerkschaften, dass die Versicherungspflicht und der Versicherungsschutz alle Formen von Erwerbsarbeit einschließt.“

Folgerichtig fordert der DGB heute die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Bürgerversicherung. Sie kann mehr Gerechtigkeit und Solidarität in der GKV durchsetzen helfen.

IV. Die Bürgerversicherung: Einstieg in die solidarische Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems

Der DGB setzt sich für die Bürgerversicherung ein. Wir wollen die Bürgerversicherung auf folgenden Grundsätzen bauen:

Einkommensbezogene Finanzierung beibehalten

Wir setzen uns dafür ein, dass es bei einer einkommensbezogenen Finanzierung über Beiträge bei den Einkommen aus abhängiger und selbständiger Arbeit bleibt. Damit wird der Finanzierung gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Rechnung getragen.

Arbeitgeber müssen ihren Beitrag leisten: Wir wollen an der paritätischen Finanzierung festhalten und die Arbeitgeber auch in Zukunft dabei in die Pflicht nehmen. Damit bleibt ihr Interesse an der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhalten. Schließlich stehen die Arbeitgeber

in einer besonderen Verantwortung für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitswelt.

Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben ausweiten

Wir wollen die Krankenkassen ähnlich wie die gesetzliche Rentenversicherung von der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entlasten. Dazu gehört zuallererst der Familienlastenausgleich, da von der Erziehungsarbeit der Eltern alle Bürger profitieren und nicht nur die Versicherten der GKV. Diese Leistungen sind über Steuermittel zu finanzieren, sie dürfen nicht weiter allein den Beitragszahlern aufgebürdet werden.

Verschiebepolitik zu Lasten der Krankenkassen beenden

Wir wollen die Verschiebepolitik in der Sozialversicherung zu Lasten der Krankenkassen beenden. So werden zum Beispiel für arbeitslose Menschen reduzierte Kassenbeiträge gezahlt. Bei einer sachgerechten Finanzierung könnte der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung um 0,5 Prozentpunkt gesenkt werden.

Personenkreis erweitern

Wir wollen die Finanzierungsbasis solidarisch erweitern. Deshalb wollen wir die Versicherungspflichtgrenze abschaffen und die Versicherungspflicht auf die ganze erwerbstätige Bevölkerung ausweiten. Wir erfassen damit auch neue Formen der Selbständigkeit. Sie sind für die Betroffenen mit Risiken behaftet und legen die umgehende Einbeziehung in die Versicherungspflicht nahe.

Beamtinnen und Beamte, die neu in den öffentlichen Dienst eintreten, sollen in das System der solidarischen Krankenversicherung einbezogen werden. Der Dienstherr übernimmt dann den hälftigen Beitrag. Dies muss auch für Beamtinnen und Beamte gelten, die bereits freiwillig Mitglieder in einer gesetzlichen Krankenkasse sind oder sich zum Wechsel in die Bürgerversicherung entscheiden. Bestandsbeamte erhalten ein Wahlrecht, ob sie in die Bürgerversicherung eintreten oder in der Privaten Krankenversicherung bleiben wollen.

Wir wissen: Durch den Einbezug der neu eintretenden BeamtInnen in die Bürgerversicherung entsteht für die öffentliche Hand vorübergehend eine höhere finanzielle

Belastung, da neben der Beihilfe für die „Bestandsbeamten“ die Beiträge für die neuen BeamtInnen zu finanzieren sind. Aber der selbe finanzielle Aufwand für den Fiskus entstünde auch, wenn anstatt neuer BeamtInnen Angestellte oder ArbeiterInnen eingestellt würden, für die ebenfalls der hälftige KV-Beitrag zu entrichten wäre.

Andere Einkunftsarten erfassen

Wir schlagen ein Zwei-Säulen-Modell der Beitragsbemessung vor. In der ersten Säule würden dabei Arbeitseinkommen und daraus abgeleitete Einkommen wie bisher verbeitragt. Daneben würde eine zweite Säule für andere Einkommensarten eingeführt. Durch angemessene Freibeträge muss sichergestellt werden, dass verantwortungsbewusste Sparer nicht überfordert werden und die Altersvorsorge angemessen berücksichtigt bleibt.

Der DGB favorisiert den Einbezug von Kapitaleinkünften in der zweiten Säule in Form eines Anteils an einer Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge. Deren Einführung wird im europäischen Kontext diskutiert. Die Einnahmen aus diesem Steueranteil sollen zweckgebunden in die Bürgerversicherung fließen und von allen Steuerpflichtigen, also auch den privat Versicherten, erhoben werden. Im Rahmen einer solchen „Steuerlösung“ bleiben kleine und mittlere Sparvermögen durch den Sparerfreibetrag unbelastet, während eine Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen entfällt. Diese Lösung vermeidet die regressiven Verteilungswirkungen einer individuellen Verbeitragung von Kapitaleinkünften und ermöglicht eine sofortige Senkung der Beiträge zur Krankenversicherung auf Lohneinkommen.

Bei allen Debatten über die Einbeziehung weiterer Einkommensarten müssen die verteilungspolitischen Wirkungen anhand konkreter Modellvarianten analysiert und beurteilt werden. Wir wollen ungewollte Auswirkungen auf die Einkommensverteilung vermeiden.

Stellschraube

Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze ist eines der Elemente, die über die Verteilungs- und Belastungswirkung des Beitragssystems entscheiden. Wer über ihre Höhe diskutiert, muss auch Akzeptanzeinschätzungen in

Politik und Bevölkerung sowie die Auswirkungen auf Arbeitskosten und damit die wirtschaftliche Situation bedenken. Der DGB spricht sich deshalb für zwei Säulen der Beitragsbemessung aus, um negative Verteilungseffekte zu vermeiden. Im Ein-Säulen-Modell würde der Einbezug anderer Einkommensarten bedeuten, dass nur diejenigen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze höhere Beiträge erbringen müssten. Besserverdienende würden jedoch nicht stärker zur solidarischen Finanzierung herangezogen. Unser Ziel ist aber gerade die Entlastung der Beiträge auf Arbeitseinkommen, indem wir die Finanzierung stärker an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausrichten.

Wettbewerb um die Qualität ausbauen

Mit der neuen Finanzierung der GKV wollen wir auch die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erweitern und die wettbewerbliche Steuerung der Gesundheitsversorgung um die beste Qualität stärken. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hin zu einer Morbiditätsorientierung ist hierfür eine wesentliche Voraussetzung und kann verhindern, dass sich der Wettbewerb um gute Risiken fortsetzt.

Das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat einen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten und Patienten verhindert. Der größte Teil der Versicherten verfügt nicht über eine Wechselmöglichkeit zu einer privaten Krankenversicherung. Ähnlich verhält es sich mit den Beamten, die sich freiwillig in der GKV versichern wollen. Sie müssten dafür einen hohen Preis zahlen, nämlich den vollen Beitrag – also den Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil gleichermaßen.

Auch innerhalb der privaten Krankenversicherungsunternehmen gibt es bisher nur einen Wettbewerb um Neuverträge. Ein Wettbewerb um Bestandsversicherte findet nicht statt, weil Altersrückstellungen nicht mitgenommen werden können.

Wir wollen eine Stärkung des Wettbewerbs und eine Ausweitung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Dafür muss die Politik den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und privaten Krankenversicherungsunternehmen endlich zulassen. Voraussetzung dafür ist, die Versicherungs-

pflichtgrenze aufzuheben und die privaten Krankenversicherungsunternehmen so zu verändern, dass ein Wettbewerb unter gleichen Bedingungen stattfinden kann.

Ein solcher Wettbewerb umfasst einen einheitlichen Leistungskatalog, den Kontrahierungszwang (d.h. die Verpflichtung der Krankenversicherung, jede(n) aufzunehmen, unabhängig vom Einkommen und gesundheitlichen Risiko), einheitliche Regeln zur Vergütung der Leistungserbringer und die gleiche Möglichkeit zu Vertragsbeziehungen mit Ärzten und Krankenhäusern.

Ein solcher Wettbewerb funktioniert nur bei Gleichbehandlung der Kontrahenten. Deshalb muss ein fairer Finanzausgleich unter Berücksichtigung des Krankheitsrisikos zwischen gesetzlichen Krankenkassen untereinander und zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen erfolgen. Außerdem müssen die PKV-Unternehmen im Bürgerversicherungstarif einkommensbezogene Beiträge erheben.

Darüber hinaus kann die PKV eine wichtige Funktion bei der Vereinbarung von über den Bedarf hinausgehenden Leistungen haben.

Reform und Wettbewerb

Wir setzen uns mit Nachdruck für einen breiten gesellschaftlichen Konsens über die Weiterentwicklung der Krankenversicherung und ihrer solidarischen Finanzierung ein. Die GKV genießt in der Bevölkerung hohe Wertschätzung und leistet einen Beitrag zur sozialen Stabilität unseres Landes. Sie wollen und werden wir erhalten.

Wir wollen mit der Finanzierungsreform der GKV nicht mehr Geld ins System pumpen. Wir wollen vielmehr, dass auch weiterhin alle Anstrengungen unternommen werden, die Versorgung wirtschaftlicher zu gestalten und so die Ausgaben auf das nötige Maß zu begrenzen. Die Ausweitung direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist die zentrale strukturelle Reformaufgabe. Sie duldet keinen Aufschub und muss auch unabhängig von der Finanzierungsreform vorangebracht werden.