position

Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“:

Bürgerversicherung statt Kopfpauschale

Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft

DGB Bundesvorstand I Abteilung Sozialpolitik I Dezember 2010

Impressum

Herausgeber:
DGB Bundesvorstand
Vorstandsbereich Annelie Buntenbach
Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin
www.dgb.de
verantwortlich: Annelie Buntenbach

Redaktion: Knut Lambertin, Oliver Suchy

Druck: PrintNetwork pn GmbH

Stand: Dezember 2010

Inhalt

1. Auftrag der Reformkommission....Seite 04
2. Grundsätze ....Seite 05
3. Unsere gesetzliche Krankenversicherung: der aktuelle Status ....Seite 07
4. „Kopfpauschalen" sind keine Lösung ....Seite 16
5. Die solidarische GKV-Finanzierung als Alternative zur Kopfpauschale ....Seite 22
6. Mitglieder der Reformkommission....Seite 31

1. Auftrag der Kommission

Auftrag

Die Grundlage der Arbeit der Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft" ist der seit Jahren anerkannte, aber bislang ungelöste Reformbedarf für eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der aktuelle Anlass für die Berufung der Kommission im April 2010 waren die bereits im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP vereinbarten Eckpunkte für eine Gesundheitsreform, die einen Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der GKV bedeuten.

Ausgehend von einer Analyse der Stärken und des Reformbedarfs sowie der Darlegung künftiger Herausforderungen setzt sich die Kommission zum Ziel, auf der Grundlage einer grundsätzlichen Positionsbestimmung für eine nachhaltige, solidarische Weiterentwicklung der GKV Optionen zur konkreten Umsetzung vorzuschlagen.

In diesem Zusammenhang setzt sich die Kommission auch kritisch mit den aktuellen Reformplänen und ihrer Umsetzung im GKV-Finanzierungsgesetz der Bundesregierung auseinander.

2. Grundsätze

Präambel für die Arbeit der Kommission

Ziel der Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft" ist die Weiterentwicklung und nachhaltige Stärkung der solidarischen Finanzierung der selbstverwalteten GKV, damit für jeden Menschen in Deutschland eine hohe, wohnortnahe Versorgungsqualität in der Fläche und ein solidarischer Ausgleich zwischen Allen, insbesondere Gesunden und Kranken, Menschen mit und ohne Familie, Jungen und Alten sowie Gut- und Geringverdienenden gewährleistet ist.

Die Kommission will bestehende Ungerechtigkeiten und einseitige Belastungen der Versicherten überwinden, Verschiebebahnhöfe beenden und auf mehr Qualität und Transparenz in der Versorgung hinwirken. Die Kommission setzt sich dafür ein, dass die Versorgung mit allen notwendigen Gesundheitsleistungen gewährleistet wird sowie der Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit und das Sachleistungsprinzip in der gesundheitlichen Versorgung nicht in Frage gestellt werden. Die Kommission unterbreitet Vorschläge, wie diese Ziele langfristig finanzierbar sind.

Die Kommission unterbreitet in Kapitel 5 Vorschläge für die solidarische Finanzierung der GKV als Alternative zur Kopfpauschale.

Die Kommission lehnt den Systemwechsel in der Finanzierung der GKV in Richtung einer Kopfpauschale ab. Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge werden zu einer Entsolidarisierung, neuen Ungerechtigkeiten und – zumindest mittel- und langfristig – zu hohen, einseitigen Belastungen für die Versicherten führen. Gleiches gilt auch für weitere Privatisierungen wie zum Beispiel eine Ausweitung der Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen.

Die Finanzreform der GKV der Bundesregierung hat zum Ergebnis, dass der GKV Finanzmittel entzogen werden und künftige Kostensteigerungen ausschließlich von den Versicherten zu tragen sind. Zudem werden die Arbeitgeber damit aus der Beteiligung an der Kostendynamik und aus der Verantwortung für die künftige Entwicklung des GKV-Systems entlassen. Damit entfiele auch die Legitimation für die heutige Selbstverwaltung. Deshalb lehnt die Kommission ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags ab. Arbeit ist ein wichtiger Entstehungsfaktor für Krankheit und damit für Behandlungsbedarf und Ausgaben in der GKV. Die Arbeitgeber profitieren von einer hochwertigen Krankenversorgung, weil diese zu einer schnellen Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beiträgt. Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft haben die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ihren Teil der Verantwortung für die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Rahmen der paritätischen Finanzierung zu tragen.

Die Kommission sieht keine Alternative zur grundsätzlichen Beitragsfinanzierung der GKV. Durch eine Ausweitung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen ist eine nachhaltige Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt für Alle am besten gesichert.

Die Kommission setzt sich für einen solidarischen Lastenausgleich zwischen allen Bürgerinnen und Bürgern ein. Dazu gehören einheitliche Rahmenbedingungen und Versicherungsmöglichkeiten für alle Bürgerinnen und Bürger, paritätisch finanzierte, einkommensbezogene Beiträge, die Einbeziehung von hohen Kapitaleinkünften sowie der Abbau bestehender Mehrbelastungen der Versicherten, beispielsweise Zusatz- und Sonderbeiträge. Die Beitragsfinanzierung ist und bleibt Kern einer solidarischen Finanzierung der GKV. Öffentliche Haushalte sind darüber hinaus an der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben im Gesundheitssystem zu beteiligen.

Die Kommission will an einem einheitlichen, solidarisch finanzierten und öffentlichen Krankenversicherungssystem festhalten und dieses systematisch weiterentwickeln. Diese Weiterentwicklung wird vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften, aber auch von Verbänden und Parteien auch unter dem Begriff Bürgerversicherung diskutiert.

Die Kommission beschäftigt sich im vorliegenden Bericht zunächst mit den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kommission hat diesen Problemausschnitt gewählt, weil sie die nachhaltige und solidarische Finanzierung der GKV als notwendige – wenn auch nicht als hinreichende – Bedingung einer an den Problemen und Bedürfnissen der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten orientierten Steuerung und Gestaltung des Versorgungssystems für Medizin, Pflege und Rehabilitation sieht. Zudem bilden die Grundsätze der GKV-Finanzierung auch den Rahmen der anstehenden Reform der Pflegeversicherung und müssen auch den Anforderungen genügen, die von der Europäischen Union an solidarisch finanzierte Sozialversicherungssysteme gestellt werden.

In Nachfolgekonferenzen werden Probleme mit den Strukturen und den Ausgaben der GKV behandelt. Erforderlich ist eine Konzentration auf Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsleistungen. Dabei müssen die Menschen mit ihren gesundheitlichen Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen.

3. Unsere gesetzliche Krankenversicherung: der aktuelle Status

Das Modell der Gesetzlichen Krankenversicherung: bewährt und entwicklungsfähig

Die Qualität jeder Form und jeder Regulierung der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung lässt sich danach bewerten, wie sie die versorgungsbezogenen, sozialpolitischen und wirtschaftspolitischen Systemaufgaben erfüllt. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist von ordnungspolitischem Rang, der über den Gegenstandsbereich „Krankenversorgung" hinaus für die Grundlagen zivilisierten Zusammenlebens von erheblicher Bedeutung („systemrelevant") ist.

Die versorgungsbezogene Aufgabe besteht in der Entwicklung und Verfügbarkeit von Strukturen und Leistungen einer hochwertigen und vollständigen, den medizinischen Fortschritt ermöglichenden und berücksichtigenden Krankenversorgung.

Die sozialpolitische Aufgabe ist erfüllt, wenn alle Menschen im Lande ohne Ansehen ihrer sozialen Lage jederzeit einen durch Rechtsanspruch gesicherten und barrierefreien Zugang zu dieser Krankenversorgung haben.

Die wirtschaftspolitische Aufgabe besteht in der Steuerung von Mengen, Preisen, Qualitäten und Innovationen des großen und differenzierten Wirtschaftszweiges, der Leistungen für die Krankenversorgung hervorbringt, nach den Kriterien Bedarf, Angemessenheit und Effizienz.

Weil diese drei Aufgaben zum Teil in Spannung zueinander stehen und weil sich die zugrunde liegenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Problemlagen beständig wandeln, ist ein wesentliches Kriterium die Steuerbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Systems, also seine beständige Reformierbarkeit.

Gemessen an den Aufgaben hat sich das Modell der GKV auch im internationalen Vergleich hervorragend bewährt. Vor ca. 130 Jahren wurde die GKV mit sehr begrenzten Leistungen (Krankengeld) und für einen sehr begrenzten Versichertenkreis (Industriearbeiterinnen und Industriearbeiter) gegründet. Zwischenzeitlich hat sich die GKV zu einem zentralen und auch von der breiten Mehrheit der Bevölkerung hoch geschätzten Bestandteil der sozialen Sicherung entwickelt. Maßgeblich waren dafür der immer weiter gehende Einschluss von Leistungen (Leistungen zur Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation, soweit ‚ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend') und die Ausdehnung auf fast 90 Prozent der Bevölkerung (Ausnahmen: geschätzte ca. 100.000 Unversicherte, ca. 9 Mio. privat Vollversicherte). Ihren Ursprung hat die GKV im Selbsthilfegedanken der abhängig Beschäftigten und ist damit Ausdruck organisierter Eigenverantwortung.

Der Erfolg der GKV basiert auf einigen, schon bei der Gründung getroffenen, noch heute im Grundsatz gültigen Entscheidungen zur Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung.

a. Die letzte Verantwortung für die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung liegt beim Staat. Regierung und Parlament setzen die Regeln für die Akteure und Versicherten der GKV, der Staat übt die Rechtsaufsicht aus und versucht auch darüber hinaus Einfluss zu nehmen; er bleibt letztendlich Garant der Gesundheitsversorgung. Diese Rolle des Staates unterscheidet das System der Sozialversicherung von marktlich orientierten Systemen und betont den Stellenwert einer allgemein zugänglichen, vollständigen und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung in einem entwickelten Sozialstaat.

b. Der Staat entlastet sich vom – vielfach im Streit zwischen Partialinteressen zu organisierenden – operativen Management der Krankenversorgung, indem er dieses an jene beiden gesellschaftlichen Kräfte delegiert, die – aus unterschiedlichem Blickwinkel – ein genuines und elementares Interesse an einer guten Krankenversorgung haben und auch für ihre Finanzierung sorgen: Kapital und Arbeit in der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen. Diese Delegation unterscheidet die GKV von steuerfinanzierten und vom Staat betriebenen Systemen und sorgt für eine breitere Verankerung von Funktionen in der Gesellschaft und damit für eine Stärkung der Zivilgesellschaft und für größere Legitimation.

c. Die Finanzierung erfolgt – im Gegensatz zu Systemen mit marktlicher Steuerung – nicht nach dem Risiko und nicht nach individuellem Bedarf, sondern nach der jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Form eines für alle Mitglieder einheitlichen Prozentsatzes vom Arbeits-Bruttoeinkommen, im Grundsatz paritätisch von Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinen und Arbeitnehmer aufzubringen. Bei Empfängerinnen und Empfängern von Transferleistungen übernimmt die zahlende Stelle die Funktion der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers. Mit diesen Mechanismen ist ein beständiger und quasi automatischer Ausgleich nicht nur – wie bei allen Versicherungen – zwischen Krank und Gesund, sondern auch zwischen Singles und Familien, zwischen Alt und Jung, unterschiedlichen Gesundheitsrisiken sowie zwischen Gut- und Geringverdienern in das System der Mittelaufbringung eingebaut. Dies unterscheidet die GKV von allen auf Gewinn orientierten Versicherungs- und Versorgungssystemen.

d. Das Sachleistungsprinzip gewährleistet, dass eine finanzielle Beteiligung der Versicherten/Patienten im unmittelbaren Versorgungsgeschehen grundsätzlich nicht erforderlich ist und zudem die Institutionen der GKV (und nicht die/der einzelne Versicherte) die Ansprüche auf hohe Qualität gegenüber den Leistungserbringern zu definieren und mit einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis durchzusetzen haben. Auch dieser effektive Verbraucherschutz für die Versicherten sowie Patientinnen und Patienten unterscheidet die GKV von der PKV.

e. Die Steuerung der Versorgung erfolgt auf der Grundlage der Gesetze (SGB V etc.) durch Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Durch diese Rollenverteilung werden die Interessen vieler Beteiligter in die Aushandlung eingebracht. Im Falle, dass eine Einigung nicht zustande kommt, berechtigt dies den Staat zur Ersatzvornahme.

Diese Erfolgsgeschichte verpflichtet dazu, die GKV behutsam an ein gewandeltes gesellschaftliches und wirtschaftliches Umfeld anzupassen. Eine soziale Weiterentwicklung ist auch anzustreben, weil Strukturmerkmale wie die allein Erwerbseinkommen berücksichtigende Beitragsfinanzierung sowie die Beitragsbemessungsgrenze zu ungerechten Verteilungswirkungen führen. Die Reformkommission macht deswegen Vorschläge zu einer solidarischen Weiterentwicklung der GKV, die ihre positiven Seiten bewahrt.

Wo das GKV-Modell geschwächt worden ist

Sowohl die Rollenverteilung als auch die Aufgabenzuweisung im GKV-System wurden in der Vergangenheit immer wieder modifiziert bzw. weiterentwickelt. Zum Teil trugen diese Änderungen dem Wandel der medizinischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen Rechnung, immer wieder kam es aber auch zu Versuchen, Regelungen in das GKV-System einzubringen, die die Funktionsfähigkeit der GKV einschränken bzw. angemessene Weiterentwicklungen blockieren.

Im Ergebnis all dieser politisch beeinflussten Entwicklungen weist die GKV heute vor allem folgende Schwächen auf:

a. Seit Jahren wird die Einnahmeseite der GKV als Folge der Arbeitslosigkeit durch einen Rückgang sozialversicherungspflichtiger Vollerwerbsarbeit zugunsten von Teilzeitarbeit und prekärer Beschäftigung sowie eine dadurch sinkende Lohnquote geschwächt. Ein Grund dafür sind gesetzliche Regelungen, die die Umwandlung regulärer Arbeitsplätze in prekäre Jobs sowie Lohndumping in diesem Ausmaße möglich gemacht haben. Durch die negativen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt entstehen für die GKV außerdem hohe Kosten, die durch arbeitsbedingte Erkrankungen hervorgerufen werden.

b. Die verfestigte Arbeitslosigkeit und die verschlechterte Absicherung im Falle von Arbeitslosigkeit führen zu einer beständigen Unterfinanzierung der Krankenversorgung für Arbeitslose, die andererseits ein erheblich höheres Krankheitsrisiko tragen als Beschäftigte.

c. Immer wieder und zunehmend verstärkt hat sich der Staat zu seiner eigenen Entlastung aus der Beitragsmasse der GKV bedient (sog. Verschiebebahnhöfe). Vielfach wurden Kosten bei den Ausgabenträgern schlicht verlagert, insbesondere von staatlichen Ebenen auf die Sozialversicherungen und damit auf die Beitragszahlerinnen und -zahler.

d. Generell wird die Finanzierung der solidarischen GKV durch die Konkurrenz zu ungleichen Bedingungen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen geschwächt, die – eine Besonderheit des deutschen Systems – Vollversicherungen anbieten können. Für Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen und geringeren Gesundheitsrisiken bietet die PKV auf Grund der dort fehlenden Umverteilungsmechanismen häufig ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis, was sich in den letzten Jahren an der Abwanderung vieler freiwillig GKV-Versicherter in die PKV ablesen ließ. Die prägenden Elemente wie Versichertenselektion, Beitrag nach Risiko und Privilegierung bei Service und Behandlung entzieht der GKV notwendige Ressourcen und bietet „guten Risiken" (junge, gesunde, gut verdienende Arbeitnehmer) die Möglichkeit, sich dem Solidarsystem zu entziehen. Allein zwischen 1996 und 2009 ist die Zahl der GKV-Versicherten von 72 Mio. auf 70 Mio. Personen gesunken und die Zahl der PKV-Kunden von 7 Mio. auf 8,8 Mio. Personen gestiegen.

e. Die durch den Gesetzgeber eingeführten wirtschaftlichen Anreize für die Krankenkassen in Richtung einer Bevorzugung „guter Risiken" und damit von jungen, gut und sicher beschäftigen Menschen zulasten gesundheitlich besonders bedürftiger Gruppen mit den schlechtesten Versorgungschancen sind problematisch. Obwohl mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (morbiRSA) diese Fehlanreize abgemildert wurden, wird der Wettbewerb um die sog. guten Risiken durch die Bundesregierung weiter befördert, indem sie den morbiRSA nicht weiter ausbaut und ihrem Koalitionsvertrag zufolge abbauen will. Gleichzeitig werden durch die Wahltarife (Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt) neue Anreize zur Risikoselektion geschaffen.

f. Die sektorale Abschottung der Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Arzneimittel …) behindert eine wirtschaftliche und qualitativ gute Versorgung. Unterschiedliche Formen der integrierten Versorgung können die Effektivität, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität verbessern. Dazu bedarf es der Weiterentwicklung der Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

g. Obgleich der Staat in den letzten Jahren die Verhandlungsposition der Kassen gegenüber den Leistungsanbietern und auch seine eigenen Kontroll- und Eingriffsrechte gestärkt hat, haben die gesetzlichen Krankenkassen bei den größten Ausgabenblöcken (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel) immer noch zu wenig Einfluss auf das Mengen-, Preis- und Qualitätsverhalten der Leistungserbringer. Maßstab müssen hier die Versicherten und ihr Schutz sein, als Verbraucher wie auch als Patient (Patienten- und Versichertenorientierung).

h. Untersuchungen zeigen immer wieder, dass die beabsichtigten Wirkungen von Direktzahlungen in Richtung auf eine „rationale" Inanspruchnahme auf diesem Wege nicht zu erzielen sind. Dazu zählen auch neue Wahltarife (Selbstbehalte, Boni für Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen, Kostenerstattung). Obwohl die GKV im Hinblick auf die Höhe der Direktzahlungen in der Krankenversorgung („Selbstbeteiligung") nicht über dem EU-Durchschnitt liegt, wird deutlich, dass viele, vor allem ärmere (und damit im Durchschnitt auch kränkere) Versicherte auf diese Weise von sinnvoller Inanspruchnahme abgehalten werden.

Belastung der Versicherten und Verschiebebahnhöfe durch Änderungen an der GKV in den vergangenen Jahren

Eine Weiterentwicklung der GKV muss den Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtungen rücken. Durch die bereits geschilderten Entwicklungen sind die GKV-Mitglieder bereits vielfach belastet.

a. Die Versicherten/Haushalte sind in mehrfacher Hinsicht an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben beteiligt: als Beitragszahler, in geringerem Maße als Steuerzahler und als Träger von Zuzahlungen, Aufzahlungen und direkten Käufen. Die finanzielle Belastung der Versicherten hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verstärkt. Dies betrifft die Höhe der Beiträge/des Beitragssatzes, die Lastenverteilung zwischen Versicherten und Arbeitgebern sowie den Umfang der Zuzahlungen. Darüber hinaus müssen auch der Umfang der Aufzahlungen (Bedeutungszuwachs von Festzuschüssen) sowie der Umfang der direkten Käufe (Leistungsausschlüsse, informelle Rationierung wg. Budgets/Mengensteuerung, individuelle Gesundheitsleistungen) berücksichtigt werden. Seit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz zahlen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Mit Blick auf die Beitragsfinanzierung besteht damit keine volle Parität mehr, das Verhältnis der Beiträge von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern beträgt 46 zu 54 Prozent.

Eine Betrachtung dieser Beiträge allein verschleiert allerdings die tatsächlichen Belastungen der Versicherten, die noch höher liegen:

- Kassenindividuelle Zusatzbeiträge bis zu einer Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinkünfte müssen jetzt schon von den Versicherten allein getragen werden.

- Die Versicherten werden durch Zuzahlungen belastet. 2009 erreichten bei 0,5 Mio. Versicherten die Zuzahlungen die generelle 2-Prozent-Grenze, wobei die Bezugsgröße die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sind. 6,4 Mio. chronisch kranke Versicherte erreichten die 1-Prozent-Grenze.

- Im Jahr 2008 beliefen sich die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit auf 35,34 Mrd. Euro, die Ausgaben der Privathaushalte sind seit 1992 schneller gestiegen als die Ausgaben der GKV, während der Anteil der öffentlichen Haushalte (ohne Sozialversicherungen) sogar gesunken ist.

Berücksichtigt man den Abschied von der Beitragsparität, die Zuzahlungen und die Aufzahlungen (ohne die direkten Käufe), hat die Lastenverteilung zwischen Versicherten und Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern das Verhältnis 60:40 erreicht.

b. Die Finanzen der GKV stehen in engen Wechselwirkungen mit den anderen Systemen der sozialen Sicherung, da für Leistungsempfänger Beiträge an die GKV geleistet werden. Dieser Zusammenhang ist teils auch als „Verschiebebahnhof" genutzt worden: Die Finanztransfers bestimmen sich nicht aufgrund der Bedarfe der GKV, sondern der Bedürfnisse der anderen Systeme und des Bundes. Die geleisteten Beiträge aus den anderen Systemen liegen unter den durchschnittlichen Kosten pro Versicherten. Die Finanzen der GKV sind sowohl von direkten Gesetzesänderungen betroffen (Bemessung der Beiträge für Arbeitslose), als auch indirekt von Änderungen in anderen Systemen (Nullrunden bei der Rente) und Problemen in anderen Systemen (die Lohnentwicklung schlägt über die an sie gebundene Anpassung/Höhe von Lohnersatzleistungen wiederum auf die GKV durch). Schätzungen gehen davon aus, dass durch Gesetzesänderungen von 1989-2008 die GKV mit bis zu 11 Mrd. Euro jährlich belastet wird.

Die Kommission stellt fest:

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat sich bewährt, bietet grundsätzlich allen Menschen in Deutschland eine hohe, wohnortnahe Versorgungsqualität und sorgt für einen solidarischen Finanzausgleich zwischen den GKV-Mitgliedern und Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern sowie innerhalb der Versicherten zwischen Gut- und Geringverdienern, Krank und Gesund, unterschiedlichen Gesundheitsrisiken, Alleinstehenden und Familien sowie Jung und Alt.

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

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

Diese arbeitsmarktbedingte Finanzschwäche wird verstärkt durch den Abbau von Leistungen in anderen sozialen Sicherungssystemen (Verkürzung Arbeitslosengeld oder Einschnitte bei der Gesetzlichen Rentenversicherung) sowie die unzureichende Kompensation für die GKV-Finanzierung hinsichtlich der Bezieherinnen und Bezieher von Transferleistungen.

Neben den politisch induzierten und arbeitsmarktbedingten Einnahmeproblemen wird die Finanzierung der GKV durch die Konkurrenz der PKV zu ungleichen Rahmenbedingungen zusätzlich geschwächt. Die Versicherungspflichtgrenze führt zu einer politisch willkürlichen Einschränkung der solidarischen Finanzierung für die Gesundheitsversorgung von 90 Prozent der Bevölkerung. Gleichzeitig schränkt auch die Beitragsbemessungsgrenze die solidarische Finanzierung der GKV ein. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger haben unabhängig von ihrem Einkommen de facto keine Möglichkeit, die private Krankenvollversicherung zu verlassen.

Die Lasten der Finanzierung sind zwischen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern, Versicherten und Patientinnen/Patienten ungleich verteilt: Heute zahlen die Haushalte der GKV-Mitglieder fast 60 Prozent der Gesundheitskosten, die Arbeitgeber nur noch 40 Prozent. Der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, diverse Zuzahlungen sowie die absehbar steigenden kassenindividuellen Zusatzbeiträge belasten ausschließlich Versicherte sowie Patientinnen und Patienten.

Auch innerhalb der Versichertengemeinschaft ist ein Gerechtigkeitsdefizit bei der Finanzierung nicht zu übersehen. So wird bei der Bemessung des Versichertenbeitrags die höhere wirtschaftliche Leistungskraft nur in begrenztem Umfang berücksichtigt (Beitragsbemessungsgrenze 2010: 3.750 Euro). Zuzahlungen sowie die Beitragsbemessungsregeln führen insgesamt zu einer degressiven Belastung der Versicherten. Hinzu kommt: Andere Einkunftsarten haben im Vergleich zum Arbeitseinkommen inzwischen eine größere

Bedeutung, werden aber bei der Finanzierung der GKV bislang nicht ausreichend berücksichtigt (= strukturelle Einnahmeschwäche).

Die seit Jahren wiederkehrenden Finanzprobleme der GKV sowie die steigenden Belastungen für die GKV-Mitglieder und Leistungsausgrenzungen zeigen aber, dass ein dringender Reformbedarf für eine nachhaltige und solidarische Finanzierung der GKV besteht.

Eine alternde Gesellschaft muss nicht zwangsläufig zu höheren finanziellen Defiziten der GKV führen, ist jedoch ein Grund mehr für eine wirklich nachhaltige und solidarische Stabilisierung der GKV-Finanzen.

Angesichts der strukturellen Defizite im System der GKV-Finanzierung stellen Kopfpauschalen keine Lösung der Probleme dar.

4. „Kopfpauschalen" sind keine Lösung

Generell bringt jedes Kopfpauschalenmodell mit sich, dass die positiven sozialen Umverteilungswirkungen im Beitragssystem weitgehend entfallen. Durch die Kopfpauschale werden Höherverdienende finanziell entlastet, niedrige und mittlere Einkommensbezieher jedoch belastet. Für Bedürftige sollen staatliche Transfers die Belastung ausgleichen, was schnell zu einem neuen Bedürftigkeitssystem führt.

Die Bundesregierung treibt die Umstellung der solidarischen GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen systematisch voran. Alle künftigen Kostensteigerungen sollen – über die Beiträge der Versicherten in Höhe von 8,2 Prozentpunkten hinaus – in Form von nach oben offenen pauschalen Zusatzbeiträgen hauptsächlich von den Versicherten getragen werden. Diese Form der Kopfpauschale ist ein endgültiger Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der GKV.

Ein Festschreiben des Arbeitgeberbeitrages ist ein Bruch mit dem seit 60 Jahren bewährten Grundsatz der paritätischen Finanzierung und führt dazu, dass die einseitigen Belastungen der Versicherten stark ansteigen. Durch die Finanzierung über Zusatzbeiträge oder Kopfpauschalen werden die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zusätzlich entlastet.

Die von der Bundesregierung postulierten Vorteile ihres Systemwechsels halten einer Überprüfung nicht stand – sie bedeuten vor allem:

Weniger Gerechtigkeit

Die Kopfpauschale wird einkommensunabhängig erhoben. Der angebliche Solidarausgleich für die Kopfpauschale entpuppt sich als Mogelpackung. Zunächst soll ein steuerfinanzierter Zuschuss von 2 Mrd. Euro dafür ausreichen. Erst im Jahr 2014 soll festgelegt werden, in welcher Höhe ab 2015 Steuermittel zur Verfügung gestellt werden. Und ab 2016 soll die Schuldenbremse in der Verfassung wirksam werden. Zwischen dem theoretischen Wert, dem sog. durchschnittlichen Zusatzbeitrag, und der tatsächlich zu zahlenden Kopfpauschale, kassenindividueller einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag genannt, wird für viele Versicherte ein Defizit entstehen. Und die Pauschale wird im Laufe der Jahre immer größer werden. Die Pauschale verwandelt sich faktisch in einen immer größer werdenden Zusatzbeitrag auf das Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner.

Mit der Kopfpauschale gilt die regressive Belastung mit GKV-Beiträgen zunächst einmal, d.h. ohne Berücksichtigung möglicher Zuschüsse aus Steuermitteln, auch für Pflichtversicherte unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Dies bedeutet, dass bei einem unterstellten durchschnittlichen Zusatzbeitrag

von 16 Euro im Jahr 2014 (gemäß Schätzung durch das Bundesversicherungsamt) die Gesamtbelastung für Personen mit einem Einkommen von 800 Euro monatlich 10,2 Prozent beträgt, bei 1.000 Euro 9,8 Prozent, bei 2.000 Euro 9,0 Prozent, bei 3.000 Euro 8,7 Prozent und bei 3.750 Euro 8,6 Prozent. Wer 8.000 Euro verdient, zahlt etwa 4,0 Prozent.

Die Vermeidung übermäßiger Belastungen der Versicherten würde in kurzer Zeit einen massiven Einsatz von Steuermitteln erfordern. Das bedeutet nach wissenschaftlichen Berechnungen: Beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 20 Euro, so werden 14,8 Mio. Haushalte Anspruch auf Sozialausgleich haben. Dies sind insbesondere auch Rentnerhaushalte (31 Prozent aller Ausgleichsfälle). Jedoch werden in diesen Haushalten auch 3,1 Mio. Kinder unter 16 Jahren leben. Insgesamt werden rund 35 Prozent aller Mitglieder der GKV in einem Haushalt leben, der vom Sozialausgleich betroffen ist.

Eine Folge des Systemwechsels ist, dass weite Teile der Bevölkerung einen steuerfinanzierten Beitragszuschuss erhalten müssten (s. etwa die Niederlande oder die Schweiz), um sich ihre Krankenversicherung leisten zu können. Das stellt einen Bruch mit dem bisherigen Sozialversicherungsprinzip dar. Angesichts der im Grundgesetz verankerten Schuldenbremse und der vorrangig an Wirtschschaftsinteressen orientierten Bundesregierung ist ein dauerhafter und künftig stark steigender steuerfinanzierter Zuschuss zur GKV unwahrscheinlich. Damit würde erneut der Druck auf die GKV-Finanzierung wachsen – mit den bekannten Begleiterscheinungen Kostendämpfung und Leistungsausgliederungen.

Umverteilung statt Beschäftigungsförderung

Die Bundesregierung behauptet, dass die Einführung einer Kopfpauschale durch die damit verbundene Senkung der Arbeitskosten für die Unternehmen („Entlastung des Faktors Arbeit") zu positiven Auswirkungen auf Wirtschaft und Arbeitsmarkt führt. Diese Auswirkungen sind aber alles andere als sicher. Statt einer positiven Entwicklung von Wirtschaft und Arbeitsmarkt, von der alle profitieren, findet eine Umverteilung zu Lasten der Arbeitnehmer statt.

Die „Entlastung des Faktors Arbeit", insbesondere die Festschreibung der Beitragssätze der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber zur GKV (die nun allerdings zunächst einmal durch einen Anstieg auch des Arbeitgeberbeitrags belastet werden), wird in erster Linie mit dem Argument „zu hoher Lohnnebenkosten" bzw. „zu hoher Arbeitskosten" als Beeinträchtigung der deutschen

Wettbewerbsfähigkeit begründet. Dieses Argument ist nicht stichhaltig. So ist nicht die absolute Höhe der Arbeitskosten maßgeblich für die Wettbewerbsposition der Unternehmen, sondern es ist insbesondere die Entwicklung der Lohnstückkosten. In diesen werden zusätzlich die Produktivitätsentwicklungen berücksichtigt. Und gerade bei der Entwicklung der Lohnstückkosten zeigt sich im internationalen Vergleich eine andauernde Verbesserung der deutschen Wettbewerbsposition auf Kosten seiner Handelspartner.

Aber auch wenn man nur die absolute Höhe der Arbeitskosten betrachtet, ist Deutschland im vergangenen Jahrzehnt im Vergleich mit anderen europäischen Ländern zurückgefallen. Damit überzeugen Argumente, dass in Deutschland die sog. „Lohnnebenkosten" gesenkt werden müssten, nicht.

Der Gesetzgeber erhofft sich positive Beschäftigungswirkungen einer Abkopplung von Gesundheits- und Arbeitskosten auf das Arbeitskräfteangebot und die Arbeitskräftenachfrage: Da Arbeit billiger wird, wird sie auch stärker nachgefragt, so die Annahme. Dieser positive Arbeitsmarkteffekt ist jedoch hoch sensibel in Hinblick auf die getroffenen Annahmen. Denn zukünftig wird ein Ausgabenwachstum über das Wachstum der Lohnsumme hinaus ausschließlich von den Versicherten getragen werden müssen – was ihre Konsummöglichkeiten an anderer Stelle beeinträchtigt und damit wiederum das Wirtschaftswachstum und die Arbeitsmarktentwicklung beeinträchtigen kann. Es ist außerdem zu bedenken, dass durch Kopfpauschalen gerade unteren Einkommensschichten relativ weniger „Netto vom Brutto" bleibt. Dadurch steht die Einführung einer Kopfpauschale im Widerspruch zu den von der Bundesregierung selbst vorgebrachten arbeitsmarktpolitischen Thesen, wonach gerade in unteren Einkommensschichten eine hohe Brutto-Netto-Differenz ein negativer Anreiz für sozialversicherungspflichtige reguläre Beschäftigung sei und darüber hinaus der Wahrung des Lohnabstandsgebots eine hohe Bedeutung zukomme.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei einer Einführung von Kopfpauschalen keinen Anreiz mehr haben werden, sich für Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen stark zu machen, zumal die Arbeitgeberseite auch Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen ist. Auch vermeidbare Kostensteigerungen werden damit auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgewälzt.

Insgesamt zeigt sich damit, dass der Erwartung positiver wirtschaftlicher Effekte durch die Einführung von Kopfpauschalen handfeste Bedenken gegenüberstehen. Insgesamt tragen die Kopfpauschalen und die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zu einer Umverteilung zwischen Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern bei und dürften die wirtschaftliche Entwicklung nicht stärken, sondern schwächen.

Mehr Effizienz durch Preiswettbewerb fraglich

Die Einführung der Kopfpauschale wird seitens der Bundesregierung u. a. mit einer Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen gerechtfertigt. Hintergrund ist das Argument, dass absolute Eurobeträge für Versicherte transparenter und leichter vergleichbar seien als Beitragssätze und damit der Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen intensiviert werde. Dieses Argument verkennt die Tatsache, dass vor Einführung des Gesundheitsfonds lebhafter Beitragssatzwettbewerb zwischen den Krankenkassen herrschte und zumindest ein nennenswerter Teil der Versicherten ihre Wechselmöglichkeiten durchaus wahrgenommen hat. Wichtiger aber erscheint etwas anderes: Je mehr Aufmerksamkeit und Energie die Gestaltung und Wahrnehmung des Preiswettbewerbs der Krankenkassen erfordert, desto weniger Energie und Kreativität verbleiben für die Gestaltung des Qualitätswettbewerbs. Dieser aber ist unverzichtbar, um das Potenzial der Krankenkassen zum Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung zur Geltung zu bringen. Der entscheidende Unterschied zur Beitragssatzkonkurrenz der Krankenkassen bis zur Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes im Zuge des Gesundheitsfonds besteht jedoch darin, dass der künftig festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag zum Maßstab der Attraktivität für Krankenkassen und GKV-Mitglieder gemacht wird und sich der Kassenwettbewerb vorwiegend auf die Vermeidung von (überdurchschnittlich hohen) pauschalen Zusatzbeiträgen orientieren soll. Dieser Druck wird durch das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge gezielt erhöht. Zur Realisierung eines Qualitätswettbewerbs benötigen die Krankenkassen vor allem adäquate Instrumente. Der Ausbau einer konsistenten, im Sozialrecht verankerten Wettbewerbsordnung ist jedoch im Koalitionsvertrag ebenso wenig zu erkennen wie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in einen Finanzausgleich.

Fehlende Nachhaltigkeit

Eine nachhaltige Finanzreform setzt voraus, dass die strukturellen Einnahmeprobleme der GKV gelöst oder solidarisch kompensiert werden. Dafür müssen die Erosion der beitragspflichtigen Einkommen gestoppt und die Finanzierungsbasis stabilisiert werden. Nach den Plänen der Bundesregierung ist ein solcher Lösungsweg jedoch nicht zu erkennen. Im Gegenteil: Durch das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge beabsichtigt die Bundesregierung, künftig einen wesentlichen Finanzierungszweig von der weiteren Entwicklung der GKV abzukoppeln. Dies ist angesichts der bestehenden Finanzierungsschwäche und nicht zuletzt aufgrund der demographischen Herausforderungen nicht geeignet, die solidarische Finanzierung zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Die Bundesregierung behauptet zwar, dass durch die Einführung der Kopfpauschale durch das GKV-Finanzierungsgesetz und vor allem durch die Steuerfinanzierung des

sozialen Ausgleichs die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine breitere Basis gestellt und damit die Nachhaltigkeit der Finanzierung erhöht werde. Diese Behauptung verkennt jedoch, dass durch einen solchen Systemwechsel die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht stabilisiert, sondern in doppelter Weise von Steuermitteln abhängig wird: zum einen zur Finanzierung von Leistungsausgaben und zum anderen zur Finanzierung des Sozialausgleichs. Die Frage der Finanzierbarkeit des sozialen Ausgleichs stellt sich nicht nur in der statischen, sondern auch in der dynamischen Perspektive. Das Ausgabenvolumen hierfür ist eng an die Dynamik des Ausgabenwachstums der GKV-Ausgaben gekoppelt. Steigende GKV-Ausgaben führen demnach zu steigenden Kopfpauschalen und letztendlich zu steigenden Ansprüchen der Anspruchsberechtigten für den sozialen Ausgleich. Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist dieser Zusammenhang noch virulenter als z. B. in den Niederlanden, weil steigende Ausgaben gemäß den Vereinbarungen der Regierungskoalition zukünftig alleine von den Versicherten getragen werden müssen. Konsequenz dieser Dynamik wären aller Voraussicht nach zunächst eine Erhöhung der für den Sozialausgleich verwandten Steuermittel und direkt daraus folgend politische Forderungen nach einer Reduzierung des Leistungskatalogs sowie nach einer Ausweitung von Zuzahlungen für die Patientinnen und Patienten.

Die Kommission stellt fest:

Die Maßnahmen der Bundesregierung zur künftigen Finanzierung der GKV (GKV-Finanzierungsgesetz) tragen nicht zu einer sozial gerechten oder nachhaltigen Lösung der Probleme bei. Im Gegenteil: Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wie auch die Einführung von pauschalen Zusatzbeiträgen widersprechen dem Grundsatz der Beitragsgestaltung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und stellen somit einen Bruch mit dem Solidarprinzip der GKV dar.

Durch das geplante Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge sollen die finanziellen Belastungen einseitig zu Lasten der Versicherten verschoben werden. Die Versicherten müssten danach alle künftigen Kostensteigerungen alleine tragen. Dabei werden Geringverdienende sowie die meisten Rentnerinnen und Rentner durch die Einführung von – ausschließlich pauschal zu erhebenden – Zusatzbeiträgen überproportional belastet.

Der im GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene „Sozialausgleich" kann den heutigen Solidarausgleich weder ersetzen noch sinnvoll ergänzen, da er sich nicht an den tatsächlichen Mehrbelastungen der Versicherten, sondern nur an einem statistischen Durchschnittswert orientiert und allenfalls einen Bruchteil der einseitigen Belastungen ausgleicht.

Der theoretische Ausgleich für die – über zwei Prozent des Einkommens hinausgehenden – Belastungen der Versicherten würde in kurzer Zeit einen massiven Einsatz von Steuermitteln erfordern. Gleichzeitig müssten Durchschnittsverdienende mit einem Einkommen von 2.500 Euro Zusatzbelastungen von bis zu 600 Euro pro Jahr ohne Ausgleich leisten.

5. Die solidarische GKV-Finanzierung als Alternative zur Kopfpauschale

Eine nachhaltige und solidarische Finanzreform der GKV muss an den strukturellen Ursachen der Finanzierungsschwächen ansetzen und die soziale Nachhaltigkeit sicherstellen. Oberstes Ziel ist die nachhaltige Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung aller Bürgerinnen und Bürger. Dazu gehört die Entwicklung und Verfügbarkeit von Strukturen und Leistungen einer hochwertigen und vollständigen, den medizinischen Fortschritt ermöglichenden und berücksichtigenden Krankenversorgung. Zweitens sollen einseitige finanzielle Belastungen der GKV-Mitglieder überwunden werden. Dafür ist es erforderlich, das Sachleistungs- und Solidarprinzip in der GKV zu stärken. Das trägt dazu bei, dass alle Menschen im Lande ohne Ansehen ihrer sozialen Lage jederzeit einen durch Rechtsanspruch gesicherten und barrierefreien Zugang zu dieser Krankenversorgung haben.

Die GKV als Solidarsystem für Alle

Die folgenden Punkte sind als Weiterentwicklung der GKV als einheitliches, solidarisch finanziertes und öffentliches Krankenversicherungssystem zu verstehen. Vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften, aber auch von Verbänden und Parteien wird diese Weiterentwicklung auch mit dem Begriff Bürgerversicherung verbunden. Leitgedanke ist eine Ausweitung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen, so dass sich alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit am Solidarausgleich beteiligen.

Für die Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems ist es erforderlich, die bislang außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen nach und nach in ein einheitliches Versicherungssystem einzubeziehen. Das Geschäftsmodell „Private Krankenvollversicherung" der PKV-Unternehmen entzieht den gesetzlichen Krankenkassen wichtige Beitragseinnahmen. Außerdem sind beihilfeberechtigte Personen (Beamtinnen und Beamte) faktisch Zwangskunden der PKV-Unternehmen, die in weiten Einkommensbereichen auch den über der GKV liegenden Kostensteigerungen nahezu schutzlos ausgeliefert sind.

Da für die vollständige Realisierung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems ein langer Übergangszeitraum erforderlich ist, sollte möglichst umgehend eine Einbeziehung der PKV-Unternehmen in einen systemübergreifenden Finanzausgleich erfolgen. Dadurch würden sofort deutlich mehr Finanzierungsgerechtigkeit hergestellt und positive Beitragssatzeffekte erzielt werden.

Für eine Integration eines einheitlichen Krankenversicherungssystems sind folgende Schritte denkbar:

- Ab einem Stichtag werden Berufseinsteigerinnen und -einsteiger bzw. Neugeborene bei einem solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherungsträger versichert, der den Regelungen des SGB als solidarisches System unter öffentlicher Kontrolle, insbesondere mit Blick auf Beiträge und Leistungen, unterliegt.

- Falls eine verpflichtende Überführung von bisherigen PKV-Versicherten in die GKV rechtlich nicht möglich ist (Bestandsschutz), wird ihnen erstens eine Wahlmöglichkeit gegeben: Ein Wechsel in die GKV soll ermöglicht werden, wobei der Weg der Mitnahme der Altersrückstellungen rechtlich zu prüfen ist. Für Beamtinnen/Beamte und Versorgungsempfängerinnen/Versorgungsempfänger tragen die Dienstgeberinnen und Dienstgeber den Arbeitgeberbeitrag zur GKV. Zweitens werden diejenigen, die in der PKV verbleiben möchten, an der solidarischen Finanzierung des GKV-Systems und der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben beteiligt, indem die PKV-Unternehmen in den RSA einbezogen werden. Die Unternehmen und damit mittelbar ihre Versicherten müssen (für den Leistungsumfang der erweiterten GKV) einkommensabhängige Zahlungen in den RSA leisten. Diese kommen wiederum nach Maßgabe des GKV-Solidarprinzips bestimmten PKV-Kunden wieder zugute, etwa indem die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen und etwaige Risikoprämien bei Vorerkrankungen übernommen werden. Die Probleme mit der Tarifvielfalt der PKV-Branche (u.a. Selbstbeteiligungen, freiwillige Leistungsausschlüsse) sind lösbar, wenn RSA-Zahlungen an die PKV-Bestandskunden in voller Höhe erfolgen und bei vereinbarten Selbstbeteiligungen oder Leistungsausschlüssen zur Finanzierung des vom jeweiligen Versicherten zu tragenden Eigenanteils dienen. Diese Vorgehensweise kann aus dem Anspruch abgeleitet werden, den PKV-Bestands-kunden über den RSA an der erweiterten GKV haben. Für PKV-Bestandskunden würde die Trennung in GKV und PKV als Systeme auf absehbare Zeit bestehen bleiben. Dies erscheint als eine rechtliche Notwendigkeit.

Berechnungen zeigen, dass ein künftiger Einbezug aller Bevölkerungsteile in die GKV unter sonst gleichen Bedingungen zu einer Beitragssatzsenkung von 1,1 Prozentpunkten führen kann. Wie im Weiteren ausgeführt wird, sind durch eine Kombination mit weiteren Reformoptionen noch weiter gehende Beitragseffekte möglich.

Die Weiterentwicklung des heutigen Systems würde bedeuten, dass alle Bürgerinnen und Bürger an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung teilhaben und Wettbewerbsbedingungen angeglichen werden.

Dabei ist zu gewährleisten, dass jedwede Veränderung der sozialen Sicherungssysteme nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigtengruppe erfolgt. Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten

Krankenversicherungen durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.

GKV-Finanzierung zukunftsfest machen

Auf der Grundlage der Stärkung der Solidargemeinschaft schlägt die Kommission Handlungsoptionen vor, um die solidarische Finanzierung der GKV sowohl kurzfristig als auch mittel- und langfristig zu stabilisieren. Dabei sollen auch die aktuellen in der GKV bestehenden Gerechtigkeitslücken bei der Finanzierung geschlossen werden.

Die Begrenzung der Bemessungsgrundlage für Beiträge innerhalb der Versichertengemeinschaft ausschließlich auf Erwerbseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze ist angesichts der Strukturprobleme und der künftigen Herausforderungen nicht begründbar und nicht sozial gerecht. Angesichts der strukturellen Entwicklungsschwäche der beitragspflichtigen Einkommen, einer sinkenden Lohnquote und zunehmender Einkommensungleichheit muss die Finanzierungsbasis verbreitert werden.

Die Kommission schlägt dazu vor, (a) die Beiträge, die auf Einkommen aus Erwerbsarbeit erhoben werden, wieder vollständig paritätisch zu gestalten, (b) die Grundlage der Bemessung zu verbreitern und (c) andere Einkommensarten in die GKV-Finanzierung einzubeziehen.

Paritätische Beitragsfinanzierung auf Erwerbseinkommen

Die Kommission schlägt vor, den Krankenkassenbeitrag auf Erwerbseinkommen paritätisch zu gestalten. Dafür sollen die Beiträge der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber (aktuell 7,0 Prozentpunkte) und Versicherten (aktuell 7,9 Prozentpunkte) angeglichen werden. Die von der Bundesregierung zur Stabilisierung der GKV-Finanzierung geplante Beitragssatzsteigerung um 0,6 auf 15,5 Prozentpunkte ist allein von den Arbeitgebern zu tragen.

Da die Versicherten durch den Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, Zuzahlungen, die Praxisgebühr und Zusatzbeiträge bereits deutliche Mehrbelastungen zu tragen haben, werden die Beiträge der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber insgesamt von aktuell 7,0 auf 7,75 Prozentpunkte angehoben. Gleichzeitig wird der Beitragssatz der Versicherten um 0,15 auf 7,75 Prozentpunkte abgesenkt.

Diese Rückkehr zur Parität ist ein erster Schritt zu einer gerechteren Tragung der Kosten des Gesundheitssystems. Allerdings sind weitere Schritte notwendig, um eine nachhaltige und solidarische Finanzierung zu gewährleisten. Perspektivisch würde damit sogar Spielraum für eine Senkung der Beitragssätze bzw. eine Rücknahme von Leistungsausgrenzungen geschaffen.

Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen

Die Kommission sieht die Notwendigkeit, die Beitragsbemessungsgrundlagen nach der Einbeziehung weiterer Personenkreise zu verbreitern. Dafür stehen unterschiedliche Optionen zur Verfügung.

<u>Option 1: Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze</u>

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) kann – insbesondere in der Verbindung mit dem Einbezug anderer Einkommensarten – zu einer deutlichen Verbesserung der Finanzierung der GKV führen. Darüber hinaus würde eine Anhebung der BBG dazu beitragen, die Finanzierung der GKV hinsichtlich der vertikalen Gerechtigkeit zu verbessern. Das Problem der faktischen Beitragsdegression für Einkommen oberhalb der BBG würde zwar nicht aufgehoben, aber deutlich gemildert. Der Entlastung trotz höherer Leistungsfähigkeit würde zumindest teilweise entgegengewirkt werden.

Berechnungen zeigen, dass von einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze deutliche Wirkungen auf die Beitragssätze ausgehen können. Unter sonst gleichen Bedingungen kann eine Anhebung der BBG auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Beitragssatzsenkung gegenüber dem Status quo von 0,5 Prozentpunkten führen.

Option 2: Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würden Einkommen mit einem einheitlichen Tarif verbeitragt. Dieser Schritt wäre mit Blick auf die Einnahmen der GKV und die Rückwirkungen auf den allgemeinen Beitragssatz nützlich.

Berechnungen zeigen, dass von dieser Lösung Beitragssatzeffekte zu erwarten sind, die über die der Option 1 hinausgehen (Veränderung gegenüber dem Status quo unter sonst gleichen Bedingungen: 0,8 Prozentpunkte). Dieser Option stehen allerdings verfassungsrechtliche Bedenken entgegen.

Option 3: Solidarbeitrag für Einkommensbestandteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze

Eine weitere Option bestünde darin, Einkommensbestandteile oberhalb der geltenden BBG mit einem gesonderten paritätischen Beitragssatz („Solidarbeitrag") zu verbeitragen. Dieser Solidarbeitrag könnte als fester Anteil am allgemeinen Beitragssatz bestimmt werden (z. B. ein Fünftel des Beitragssatzes) oder erst ab einer Grenze oberhalb der BBG gelten (z.B. doppelte BBG). Zwischen der BBG und dieser Grenze würde der allgemeine Beitragssatz linear auf das Niveau des „Solidarbeitrags" zurückgeführt.

Ein Einbezug anderer Einkommensarten erscheint zum einen notwendig, weil gesamtwirtschaftlich betrachtet in den vergangenen Jahrzehnten die Entwicklung der Erwerbseinkommen nicht mit der wirtschaftlichen Entwicklung Schritt gehalten hat, während die GKV-Ausgaben entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung gewachsen sind. Ein Einbezug anderer Einkommensarten würde die GKV-Finanzierung wieder stärker an die gesamtwirtschaftliche Entwicklung rückbinden und so nachhaltiger finanzieren. Ein solcher Schritt ist auch aus Gründen der horizontalen Gerechtigkeit notwendig, damit Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit, aber unterschiedlichen Einkommensquellen nicht unterschiedlich belastet werden. Eine Verbeitragung der gesamten Einnahmen wird in der GKV bereits für die Gruppe der freiwillig Versicherten praktiziert, um deren gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen.

Die Kommission schlägt vor, auch andere Einkunftsarten zu verbeitragen. Dazu hat die Kommission zwei Wege diskutiert:

Option 1: Ein-Säulen-Modell

Andere Einkunftsarten bei den GKV-Mitgliedern können mit dem Erwerbseinkommen zusammengefasst werden und würden dann einer gemeinsamen Beitragsbemessungsgrenze unterliegen (so genanntes „Ein-Säulen-Modell"). Dabei würde die Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden. Für die Verbeitragung anderer Einkommensarten würde ein ausreichender Freibetrag eingeführt werden.

Dieses Modell weist ein Problem mit der Verteilungsgerechtigkeit auf, solange einkommensstarke Versicherte nur bis zu einer vergleichsweise niedrigen BBG verbeitragt werden. Dieses kann mit der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze vermindert werden.

Option 2: Zwei-Säulen-Modell

Die Einkünfte aus Erwerbseinkommen und aus anderen Einkommensarten werden mit jeweils eigenen Beitragsbemessungsgrenzen getrennt verbeitragt (so genanntes „Zwei-Säulen-Modell"). Auch hier ist für die neu zu verbeitragenden Einkommensarten ein ausreichender Freibetrag vorzusehen.
Mit diesem Modell werden Probleme der horizontalen Gerechtigkeit nicht gelöst, da Versicherte mit unterschiedlichen Einkommensquellen unter Umständen unterschiedlich belastet werden.

Berechnungen zeigen, dass von einem Einbezug anderer Einkommensarten deutliche Wirkungen auf die Beitragssätze ausgehen können. Unter sonst gleichen Bedingungen kann der Einbezug anderer Einkommensarten bei Berücksichtigung eines Sparerfreibetrages zu einer Beitragssatzsenkung gegenüber dem Status quo von 0,4 - 0,5 Prozentpunkten führen. Diese Berechnungen gehen von einer vollen Verbeitragung anderer Einkommensarten aus.
Die Berechnungen haben außerdem ergeben, dass bei einer Kombination der vorgeschlagenen Maßnahmen die Art der Verrechnung verschiedener Einkommensarten („Ein-Säulen-Modell" oder „Zwei-Säulen-Modell") keine weiteren Beitragssatzeffekte auslöst.

Die Kommission kommt auf der Grundlage von wissenschaftlichen Berechnungen zu dem Schluss, dass insbesondere die Kombination der Einbeziehung weiterer Bevölkerungsteile, die Einbeziehung von anderen Einkommensarten sowie die Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen dazu führen können, das Solidarprinzip bei der Finanzierung der GKV nachhaltig zu stärken. Die Einbeziehung weiterer Personenkreise, die – in den wissenschaftlichen Berechnungen: volle – Verbeitragung anderer Einkünfte (mit einem Freibetrag in Höhe des steuerlichen Freibetrags) sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung könnten zu einer deutlichen Senkung des Beitragssatzes von 2,2 Prozentpunkten bzw. zu einer Rücknahme von Leistungsausgrenzungen im Vergleich zum Status quo führen. Ein zusätzlicher Solidaritätsbeitrag kann je nach Ausgestaltung zu einer weiteren Beitragssatzsenkung von bis zu 0,3 Prozentpunkten führen. Dies bedeutet – insbesondere in Verbindung mit einer Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Beiträge auf Erwerbseinkommen – eine deutliche Entlastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Diese

Maßnahmen würden zudem helfen, eine höhere vertikale und horizontale Gerechtigkeit in der Finanzierung der GKV zu realisieren.

Die Kommission weist jedoch darauf hin, dass die Qualität und der Umfang der GKV-Leistungen in den letzten Jahren trotz steigender finanzieller Beteiligung der Versicherten an den GKV-Ausgaben nicht im selben Maße gestiegen sind. Wenn diese Schere weiter auseinandergeht, sinkt das Zutrauen der Bürgerinnen und Bürger in die GKV. Dazu tragen ebenfalls fehlende Effizienz sowie ausgegrenzte Leistungen bei. Deshalb schlägt die Kommission vor zu prüfen, welche Leistungen wieder in den Katalog der GKV aufgenommen werden sollten, auch wenn das mit höheren Ausgaben verbunden ist. Zunächst würde die Kommission die Zahnersatzleistungen vollständig einbeziehen. Damit würde die Entlastung beim allgemeinen Beitragssatz um jeweils um 0,17 Beitragssatzpunkte geringer ausfallen.

Die Kommission weist darauf hin, dass diese Maßnahmen im GKV-System durch Schritte des Gesetzgebers im Bereich Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik ergänzt werden müssen. Das betrifft u. a. die Regulierung des so genannten Niedriglohnsektors und die Förderung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.

Beitragsfinanzierung stärken und sinnvoll ergänzen

Die Kommission sieht die Finanzierung der GKV über Beiträge als alternativlos und spricht sich für die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung durch Unternehmen und Beschäftigte aus. Sie ist der Auffassung, dass über die beschriebenen Reformschritte eine nachhaltige und solidarische Finanzierung möglich ist. Die Kommission betont aber, dass öffentliche Haushalte darüber hinaus eine wichtige Rolle in der Finanzierung des gesamten Gesundheitssystems spielen und auch in der Zukunft spielen sollen:

- Die Länder sind bereits jetzt zu einer Finanzierung der Investitionen im Krankenhaussektor verpflichtet. Die Kommission erwartet, dass diese bisherigen Aufgaben auch ernst genommen werden, die notwendigen Steuermittel zur Verfügung gestellt und damit auch die entstandenen Investitionslöcher beseitigen werden.

- Die Kommunen und Gemeinden sind bereits jetzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig. Die Kommission weist darauf hin, dass dieser entsprechend finanziell auszustatten ist, damit die GKV nicht weiter als Ausfallbürge dient.

- Die Kommission weist darauf hin, dass die Steuerfinanzierung in der GKV noch vergleichsweise neu ist. Sie dringt darauf, dass diese Form der Finanzierung nicht – wie bisher – je nach haushaltspolitischer Opportunität geändert wird, sondern dass ein politischer Konsens über klare Regeln gefunden und gesetzlich abgesichert wird, der für Planungssicherheit sorgt.

- Des Weiteren weist die Kommission darauf hin, dass ein System der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung in öffentlicher Verantwortung integraler Bestandteil unseres sozialen Rechtsstaates ist und die solidarisch finanzierte GKV im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger in der Bundesrepublik Deutschland einen wichtigen und positiven Stellenwert hat. Sie erwartet von der Politik ein klares Bekenntnis zu ihrer Verantwortung und zur Rolle des Staates als Garant eines öffentlichen Systems auch in Zeiten der Krise.

- Die Kommission weist schließlich darauf hin, dass für viele Bürgerinnen und Bürger als Bezieher von Leistungen anderer Sicherungssysteme Beiträge geleistet werden. Hier ist eine Überprüfung notwendig, ob die von anderen öffentlichen Einrichtungen geleisteten Beiträge in der Höhe angemessen sind. Die Kommission möchte in diesem Zusammenhang keine stärkere Belastung von Versicherten – die häufig nur geringe Leistungen beziehen. Sie möchte aber verhindern, dass Sparmaßnahmen in anderen Systemen dazu führen, dass der GKV notwendige Mittel vorenthalten bleiben.

Die Kommission ist der Überzeugung, dass die dargelegten Bausteine zur Sicherung und nachhaltigen Stabilisierung der solidarischen Finanzierung eine überzeugende, gesellschaftlich tragfähige und den Vorhaben der Bundesregierung überlegene Alternative zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen.

Die Kommission verständigt sich darauf, die verschiedenen Bausteine hinsichtlich der Umsetzungsfähigkeit zu prüfen, um der Politik konkrete Schritte vorzuschlagen, die den sozialen und wirtschaftlichen sowie gesellschaftlichen und medizinischen Herausforderungen der Zukunft Rechnung tragen.

6. Mitglieder der Kommission

Getragen wird die gemeinsame Erklärung von:

Vorsitz

- Annelie Buntenbach, Deutscher Gewerkschaftsbund,
  Mitglied des Geschäftsführenden Bundesvorstandes

Arbeitnehmerorganisationen der Parteien

- Beate Müller-Gemmeke, MdB, GewerkschaftsGrün, Sprecherin
- Ottmar Schreiner, MdB, Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen, Bundesvorsitzender
- Harald Weinberg, MdB, AG betrieb & gewerkschaft

Dachverbände (weitere)

- Marlies Brouwers, Deutscher Frauenrat, Vorsitzende
- Sven Frye, Deutscher Bundesjugendring, Vorsitzender

Einzelsachverständige

- Klaus Kirschner, stellvertretender Bundeswahlbeauftragter für die Sozialwahlen
- Fritz Schösser, AOK-Bundesverband, alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrats
- Christian Zahn, GKV-Spitzenverband, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates

Gewerkschaften

- Ulrich Freese, Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie, stellvertretender Vorsitzender
- Anne Jenter, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Mitglied des Hauptvorstandes
- Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund - Bundesvorstand, Gesundheitspolitik/Krankenversicherung
- Ellen Paschke, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesvorstandsmitglied und Bundesfachbereichsleiterin Fachbereich 03 „Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen"
- Michaela Rosenberger, Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten, stellvertretende Vorsitzende
- Regina Rusch-Ziemba, Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft, stellvertretende Vorsitzende
- Oliver Suchy, Deutscher Gewerkschaftsbund - Bundesvorstand, Politische Koordination und Kampagnen Sozialpolitik
- Dr. Hans-Jürgen Urban, Industriegewerkschaft Metall, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
- Klaus Wiesehügel, Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt, Bundesvorsitzender
- Bernhard Witthaut, Gewerkschaft der Polizei, Bundesvorsitzender

Sozial- und Wohlfahrtsverbände

- Adolf Bauer, Sozialverband Deutschland e. V., Präsident
- Georg Hupfauer, Katholische Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands, Vorsitzender
- Dr. Eberhard Jüttner, Paritätischer Gesamtverband, Vorsitzender
- Ulrike Mascher, Sozialverband VdK Deutschland, Präsidentin
- Wolfgang Stadler, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Vorsitzender
- Prof. Dr. Gerhard Trabert, Armut und Gesundheit in Deutschland e. V., .Vorsitzender
- Prof. Dr. Gunnar Winkler, Volkssolidarität Bundesverband e.V., Präsident

Wissenschaft

- Dr. Florian Blank, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung, Referatsleiter Sozialpolitik
- Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, Leiter der Arbeitsgruppe "Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie
- Prof. Dr. Stefan Greß, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda, Leiter des Fachgebiets Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
- Prof. Dr. Gustav A. Horn, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung, Wissenschaftlicher Direktor
- Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht
- Prof. Dr. Bernhard Langer, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management an der Hochschule Neubrandenburg, Management im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere Qualitäts- und Projektmanagement

- Prof. Dr. Simone Leiber, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Fachhochschule Düsseldorf, europäisch-vergleichende Sozialpolitik und Gesundheitspolitik
- Priv.-Doz. Dr. Markus Lüngen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, kommissarischer Institutsleiter
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), Berlin, Leiter der Forschungsgruppe "Public Health"
- Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen
- Dr. Claus Schäfer, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung, Abteilungsleiter Verteilungspolitik
- Dr. Rudolf Zwiener, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung, Referatsleiter Wirtschaftspolitische Beratung, Modellsimulation