

## **Antrag**

**der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Dr. Thea Dückert, Britta Haßelmann, Markus Kurth, Christine Scheel, Irmingard Schewe-Gerigk, Renate Künast, Fritz Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Dem Solidarsystem eine stabile Grundlage geben – für eine nachhaltige Finanzierungsreform der Krankenversicherung**

Der Bundestag wolle beschließen:

#### I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bundesregierung ist derzeit nicht in der Lage, zu einer Finanzierungsreform der Krankenversicherung zu kommen, die allen notwendigen Anforderungen gerecht wird. Dazu liegen die Positionen nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Koalitionsparteien zu weit auseinander. Den Anhängern der Bürgerversicherung stehen die Protagonisten eines ständisch strukturierten Krankenversicherungssystems gegenüber. Diese Gräben innerhalb des Regierungslagers dürfen aber nicht zum Reformstillstand führen. Um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sichern, die notwendige Akzeptanz für das Solidarsystem zu erhalten und um zusätzliche Belastungen der Patienten und Versicherten vermeiden zu können, sind zumindest erste Reformschritte für eine verlässliche und nachhaltige Finanzierung der GKV erforderlich.

Die GKV ist ein im Grundsatz leistungsfähiges und in der Bevölkerung breit akzeptiertes Sozialsystem. Sie bietet allen ihren Mitgliedern einen bezahlbaren und umfassenden Schutz im Krankheitsfall – unabhängig davon, wie viel Geld sie absolut eingezahlt haben. Ob bei Arbeitslosigkeit, bei der Familienarbeit, bei wechselhaften Berufskarrieren oder im Alter – die GKV passt zu einem veränderten und wechselhafter gewordenen Arbeits- und Privatleben. Insbesondere der einkommensabhängige Solidarausgleich trifft in der Bevölkerung auf eine hohe Zustimmung.

Allerdings weist die GKV sowohl auf der Ausgaben- als auch auf der Einnahmenseite Strukturdefizite auf. Auf der Ausgabenseite fehlt es insbesondere an wettbewerblichen Anreizen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Trotz erster wichtiger Schritte durch die Gesundheitsreformen der rot-grünen Bundesregierung ist das deutsche Gesundheitswesen immer noch weit von einer solidarischen Wettbewerbsordnung entfernt. Auf der Einnahmenseite der GKV war in den letzten 20 Jahren ein stetiger Anstieg der Beiträge zu verzeichnen, der dazu beigetragen hat, die Arbeitskosten zu erhöhen. Die Einnahmementwicklung der GKV hat sich als zu konjunkturanfällig erwiesen. Außerdem zeigen sich massive Gerechtigkeitsdefizite bei den Prinzipien der Beitrags-erhebung.

Den Problemen auf der Einnahmenseite der GKV liegen gewichtige Strukturdefizite zugrunde:

- Gerechtigkeitslücken bei der solidarischen Finanzierung

Gut Verdienende, deren Erwerbseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, können sich für die private Krankenversicherung (PKV) entscheiden, die keinen Solidarausgleich kennt. Selbstständige sind nur in sehr geringer Zahl in der GKV vertreten und Beamte werden über die Beihilfe abgesichert. Dass sich ausgerechnet die einkommensstärksten und im Durchschnitt auch gesündesten zehn Prozent der Bevölkerung nicht an der Finanzierung der GKV beteiligen müssen, ist sozial ungerecht und beeinträchtigt die Fähigkeit der GKV, die wachsenden Anforderungen durch den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt zu bewältigen.

Ein sozialrechtlicher Anachronismus sind die Regelungen zur Ehegattenmitversicherung. Dass nichterwerbstätige Ehegatten auch dann beitragsfrei mitversichert sind, wenn sie weder Kinder erziehen noch Pflegeleistungen erbringen, ist sozial ungerecht. In der Folge finanzieren Krankenversicherte mit durchschnittlichen oder geringen Einkommen mit ihren Beiträgen gut verdienende Einverdiener-Ehen. Viele Doppelverdiener-Ehepaare werden trotz gleichen Gesamteinkommens deutlich stärker mit Beiträgen belastet als Einverdiener-Ehepaare.

Zu den Gerechtigkeitslücken unseres Krankenversicherungssystems gehört ferner, dass Beiträge fast ausschließlich auf Löhne, Gehälter und Renten erhoben werden. Dagegen bleiben Einkünfte aus Mieten, Zinsen und Kapital beitragsfrei. In der Folge können Versicherte mit identischen Gesamteinkommen mit unterschiedlich hohen Beiträgen belastet werden – je nachdem, aus welchen Quellen sie ihr Einkommen beziehen. Dies widerspricht dem Grundsatz, dass sich die Beitragsbelastung eines Mitglieds an seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu orientieren hat.

- Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

Die einseitige Finanzierung der GKV durch Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung und Erwerb ersatzeinkommen gefährdet ihre Finanzierungsbasis. Aufgrund von Arbeitslosigkeit, der steigenden Zahl von Rentnerinnen und Rentnern sowie veränderter Arbeitsverhältnisse und Berufskarrieren ist die Summe der beitragspflichtigen Einkommen seit Beginn der 1980er Jahre deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurückgeblieben. Die wachsende berufliche Selbstständigkeit, die Begrenzung der Rentenanpassungen und die zunehmende Bedeutung von Kapitaleinkünften für die Alterssicherung werden dazu führen, dass dieser Trend in den kommenden Jahrzehnten weiter anhält. Die steigenden Finanzierungsanforderungen an das Gesundheitswesen müssen damit durch einen immer geringer werdenden Anteil des gesellschaftlichen Einkommens finanziert werden. Diese Scherenentwicklung hat entscheidend – unabhängig von Ausgabensteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen – zu den erheblichen Beitragssatzsteigerungen der letzten beiden Jahrzehnte geführt.

- Einseitige Belastung des Faktors Arbeit

Die GKV ist historisch als Arbeitnehmersversicherung konzipiert. Die daraus resultierende enge Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an die Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung führt heute zu hohen Lohnnebenkosten. Hohe Lohnnebenkosten wirken aber als Beschäftigungsbremse und führen zu Beschäftigungsverlusten, die wiederum die Finanzierungsbasis der Sozialversicherungssysteme schwächen. Hier zeichnet sich eine Abwärtsspirale ab.

- Fehlender Wettbewerb zwischen GKV und PKV

Zwischen gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen entsteht bislang kein produktiver Wettbewerb, da sie keine gleichen Wettbewerbsbedingungen haben. Anders als bei den gesetzlichen Kassen besteht für die privaten Krankenversicherungsunternehmen keine Kontrahierungspflicht. Zusätzlich sind sie durch die Versicherungspflichtgrenze vor so genannten schlechten Risiken geschützt. Das entlastet die privaten Kassen und belastet die GKV, denn Menschen mit durchschnittlichen oder geringen Einkommen und mit hohen Gesundheitsrisiken bedeuten für die Kassen ein höheres finanzielles Risiko. Das Augenmerk der Privaten gilt deshalb der vergleichsweise kleinen Gruppe von gut verdienenden, jungen und gesunden Versicherten. Kostensteuerung erfolgt in der privaten Krankenversicherung unter den gegebenen Rahmenbedingungen vor allem durch Risikoauswahl – und eben nicht durch Investitionen in die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens.

Eine angemessene Antwort auf diese Strukturdefizite ist die Weiterentwicklung der GKV zu einer Bürgerversicherung. Durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, die Ausweitung des Versichertenkreises auf alle Bürgerinnen und Bürger, die Kontrahierungspflicht für alle Versicherungsunternehmen und die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten würden Gerechtigkeitslücken geschlossen und die Finanzierung des Solidarsystems auf eine nachhaltige Grundlage gestellt. Zudem würde ein wesentlicher Beitrag zur wettbewerblichen Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems geleistet.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzesentwurf für eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vorzulegen, die die Finanzierungsgrundlagen der GKV langfristig stärkt, ihren Solidarcharakter erhält und ausbaut und die Rahmenbedingungen für einen an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb verbessert.

Im Einzelnen muss der Gesetzesentwurf folgenden Mindestanforderungen gerecht werden:

1. Ausweitung der Finanzierungsbasis der GKV auf andere Einkunftsarten;
2. Beibehaltung des Steuerzuschusses für versicherungsfremde Leistungen, keine Einnahmeausfälle und Ausgabensteigerungen zugunsten des Bundeshaushalts oder anderer sozialer Sicherungssysteme;
3. Beibehaltung des Solidarausgleichs innerhalb der GKV;
4. Finanzielle Beteiligung der privat Krankenversicherten am Solidarausgleich innerhalb der GKV;
5. Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs;
6. Beibehaltung der Beitragsfreiheit für mitversicherte Kinder;
7. Einführung der Beitragspflicht für bisher beitragsfrei mitversicherte Ehegatten aus gut verdienenden Haushalten, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen;
8. Ausbau der Wahlmöglichkeiten bei der Tarifgestaltung;
9. Einführung von Zugangsmöglichkeiten zum Krankenversicherungssystem für nicht versicherte Personen.

Berlin, den 15. März 2006

**Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion**

## Begründung

zu II.1.

Ausweitung der Finanzierungsbasis der GKV auf andere Einkunftsarten

Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung machen aus arbeitsmarktbezogenen und demografischen Gründen einen immer geringeren Teil des gesellschaftlichen Einkommens aus. Wenn die GKV weiterhin fast ausschließlich über diese Einkunftsart finanziert wird, müssen die Beiträge zwangsläufig steigen. Eine Stabilisierung der Beiträge – und damit auch der Arbeitskosten – ist unter diesen Bedingungen nur möglich, wenn die Zuzahlungen ausgeweitet und/oder die Leistungen der Kassen eingeschränkt werden. Diese schlechte Alternative lässt sich nur vermeiden, indem an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung auch andere Einkunftsarten wie z. B. Mieten, Zinsen, und Kapital beteiligt werden.

zu II.2.

Beibehaltung des Steuerzuschusses für versicherungsfremde Leistungen, keine Einnahmeausfälle und Ausgabensteigerungen zugunsten anderer sozialer Sicherungssysteme oder des Bundeshaushalts

Der erst mit der Gesundheitsreform 2004 eingeführte Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen beträgt im laufenden Jahr 4,2 Mrd. Euro. Seine von der Koalition vorgesehene vollständige Rückführung bis zum Jahr 2008 macht Beitragssatzsteigerungen hoch wahrscheinlich. Dazu kommt eine weitere Belastung der Krankenkassen in Höhe von rund 1 Mrd. Euro durch die geplante Anhebung der Mehrwertsteuer. Damit würden die möglichen Effekte einer Finanzreform der GKV konterkariert.

zu II.3.

Beibehaltung des Einkommensausgleichs innerhalb der GKV

Die Einkommensabhängigkeit der Beiträge ist gesellschaftlich weit akzeptiert und sorgt für eine Stabilität des Solidarausgleichs, die über das Steuersystem erfahrungsgemäß nicht zu erreichen ist. Angesichts der angespannten öffentlichen Haushalte wäre ein Wechsel zu einem weitgehend steuerfinanzierten System mit enormen Risiken behaftet.

zu II.4.

Finanzielle Beteiligung der privat Krankenversicherten am Solidarausgleich innerhalb der GKV

Die GKV hat sich seit ihrer Einführung stark verändert. Durch die Aufnahme immer neuer Bevölkerungsgruppen (Angestellte, Familienangehörige, Rentner) hat sie sich in den letzten hundert Jahren von einer Arbeiterversicherung zu einem Krankenversicherungssystem für fast 90 Prozent der Bevölkerung entwickelt. Immer noch sind aber Selbstständige, Beamte und die meisten Personen mit höheren Einkommen nicht am Solidarausgleich beteiligt. Die Trennung in eine Bevölkerungsmehrheit, die einkommensabhängige Beiträge zahlt, und eine Bevölkerungsminderheit, die nur ihr eigenes – dazu sehr geringes – Gesundheitsrisiko absichert, ist sozial ungerecht. Zudem lässt sie außer Acht, dass die Trennungslinie zwischen abhängiger und selbstständiger Beschäftigung immer schwieriger zu definieren ist.

zu II.5.

Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)

Um sicherzustellen, dass der Kassenwettbewerb vor allem den Kranken zugute kommt und nicht zur Risikoselektion führt, ist die Einführung des von der rot-grünen Bundesregierung bereits im Jahr 2001 beschlossenen „Morbi-RSA“ unerlässlich. Zeitgleich ist die mit der Gesundheitsreform 2004 beschlossene Berücksichtigung der Morbidität der Patientinnen und Patienten bei der Honorierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte umzusetzen.

zu II.6.

Beibehaltung der Beitragsfreiheit für mitversicherte Kinder

Die GKV leistet mit der Beitragsfreiheit für Kinder einen Beitrag in Höhe von rund 14 Mrd. Euro im Jahr zum Familienleistungsausgleich. Die vielfach geforderte Auslagerung dieses Ausgleichs in das Steuersystem wäre nur dann realistisch, wenn sie seriös und sozial gerecht gegenfinanziert würde. Zudem würde eine Steuerfinanzierung der Versicherungsbeiträge für Kinder bei Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze zu einer verstärkten Abwanderung von jungen, gesunden Gutverdienenden führen. Kinder sollten deshalb weiterhin beitragsfrei in der GKV versichert werden.

zu II.7.

Einführung einer Beitragspflicht für bisher beitragsfrei mitversicherte Ehegatten aus gut verdienenden Haushalten, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen

Für die Beitragsfreiheit nicht erwerbstätiger Ehegatten, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, gibt es keinen überzeugenden gesellschaftspolitischen Grund. Ihre Einbeziehung in die Beitragspflicht ist deshalb geboten. Durch eine angemessene Ausgestaltung – z. B. in Form eines „negativen Ehegattensplittings“ – ist zu gewährleisten, dass keine hohen Zusatzbelastungen für Haushalte mit geringen oder durchschnittlichen Einkommen entstehen.

zu II.8.

Ausbau der Wahlmöglichkeiten bei der Tarifgestaltung

Die rot-grüne Bundesregierung hat die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsformen erheblich ausgeweitet. Mit Hausarztmodellen, Disease-Management-Programmen, medizinischen Versorgungszentren und Integrierter Versorgung steht den Versicherten ein zunehmend vielfältigeres Leistungsangebot zur Verfügung. Diese Angebotspalette wird in den nächsten Jahren weiter wachsen. Dagegen sind auf der Finanzierungsseite die Wahloptionen noch deutlich geringer und zumeist auf den Kreis der freiwillig Versicherten beschränkt. Durch den Ausbau von Tarifoptionen würde den wachsenden Selbstbestimmungsansprüchen der Versicherten entsprochen. Zudem würden die Krankenkassen damit ein zusätzliches Wettbewerbsinstrument erhalten. Sind diese Wahlmöglichkeiten klug gesetzt, können sie zudem einen erheblichen Beitrag zu mehr Kostenbewusstsein und zu einer wirtschaftlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen leisten.

zu II.9.

Einführung von Zugangsmöglichkeiten zum Krankenversicherungssystem für nicht versicherte Personen

Die Zahl der Menschen in Deutschland, die wegen finanzieller Probleme ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben, ist in den letzten Jahren drastisch gestiegen. Dies ist auch Ausdruck davon, dass das Krankenversicherungssystem nicht mit den Veränderungen in den Erwerbsbiografien Schritt gehalten hat. Die beste Lösung wäre eine allgemeine Versicherungspflicht im Rahmen einer Bürgerversicherung. Wenigstens teilweise ließe sich das Problem lösen, wenn für einzelne Personengruppen der Zugang zur GKV erleichtert und gleichzeitig die privaten Krankenversicherer verpflichtet würden, einen günstigen Standardtarif mit Kontrahierungspflicht anzubieten.



