

**Zukunftsfähig und
gerecht: Plädoyer für die**

**Solidarische
Bürgerversicherung**

**Das Modell der SPD Hessen für eine zukunftsfähige Reform
der Finanzierung des Gesundheitswesens, basierend auf
den Grundsatzbeschlüssen des Landesparteitags sowie der
Bezirksparteitage Hessen-Nord und Hessen-Süd**

**Von
Andrea Ypsilanti
Dr. Thomas Spies
Thorsten Schäfer-Gümbel**

Wiesbaden, August 2003

Die Hessische SPD will mit dem Konzept der **Solidarischen Bürgerversicherung** realistische Alternativen in der Diskussion um die Gesundheitsreform aufzeigen. Mit diesem Modell wird das Prinzip Solidarität zu Ende gedacht und eine grundsätzlich neue Struktur des Sozialstaates im 21. Jahrhundert entworfen. Das Konzept zeigt, wie Finanzierbarkeit und das Prinzip Solidarität vereinbart werden können.

Der hessische Vorschlag für die Solidarische Bürgerversicherung ist nicht nur eine Reform der Finanzierung des Gesundheitswesens, sondern darüber hinaus auch eine Antwort auf die gesellschaftlichen Herausforderungen an den Sozialstaat unserer Zeit. Hinter allem steht die Kernfrage nach dem notwendigen solidarischen Zusammenhalt in unserer Gesellschaft.

Die Solidarische Bürgerversicherung ist ein elementar sozialdemokratisches Projekt. Es schafft neues Vertrauen in die Lösungskompetenz der Sozialdemokratie auf der Grundlage sozialdemokratischer Werte. Wir werden dieses Modell auf dem Bundesparteitag im November in Bochum zur Abstimmung stellen und in der SPD, aber auch bei Verbänden, Gewerkschaften und Interessengruppen um Unterstützung werben.

I. Einleitung

Alle wissen es: Der jetzt ausgehandelte Kompromiss zur Gesundheitsreform löst die Probleme nicht. Die eigentlich notwendigen Strukturreformen werden nicht auf den Weg gebracht, dafür aber vor allem die abhängig Beschäftigten belastet und die paritätische Finanzierung des Gesundheitssystems aufgegeben. Dennoch gibt der Kompromiss finanziell nur Luft für wenige Jahre. Deshalb ist es kein Wunder, dass die Hauptbeteiligten an den Konsensgesprächen, nämlich Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und der CDU-Gesundheitsexperte Horst Seehofer, grundlegendere Reformen in einigen Jahren für notwendig erachten. Erfreulicher Weise setzt derzeit eine breite Diskussion über die notwendigen Veränderungsschritte ein.

Es ist dabei nicht verwunderlich, dass sich - wie fast in allen politisch umstrittenen Bereichen - zwei Lager gebildet haben: Den Befürwortern von Bürgerversicherungsmodellen stehen diejenigen gegenüber, die auf pure Marktwirtschaft jetzt auch im Gesundheitssystem setzen. Die Auguren der Neoliberalen wollen mehr Privatisierung, mehr Eigenbeteiligung, mehr puren Wettbewerb. Eine unausgesprochene Einheitsfront des Neoliberalismus innerhalb der Parteien will den faktischen Systemwechsel in den sozialen Sicherungssystemen, ob bei der Rente, der Gesundheit oder der Arbeitslosigkeit. Manche mehr, manche weniger radikal – aber de facto immer zu Lasten der Arbeitnehmer.

Vor die Alternative pure Marktwirtschaft oder soziale Marktwirtschaft im Gesundheitssystem gestellt, plädiert die hessische SPD mit der **Solidarischen Bürgerversicherung** für ein solidarisches und zukunftsfähiges Modell. Mit ihm wird das Prinzip Solidarität zu Ende gedacht und mit der Finanzierbarkeit vereinbart. Es wird Wenige, die es mit ihren Schultern tragen können, mehr belasten, aber Vielen mehr Vorsorge, Sicherheit und finanzielle Entlas-

tung bringen. Und es wird langfristig auch das ökonomisch erfolgreichere Modell sein.

In der von den hessischen Sozialdemokraten vorgeschlagenen **Solidarische Bürgerversicherung** sollen alle Bürgerinnen und Bürger versichert werden. Die Finanzierung erfolgt, in dem jede und jeder auf alle Einkünfte unabhängig von Höhe oder Einkunftsart den gleichen prozentualen Beitrag leistet, unter Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze. Alle geben von allem den gleichen Anteil. Nur so wird eine **drastische Beitragssatzsenkung auf unter 10 %** und eine gerechte Lastenverteilung erreicht.

Wir wollen die notwendigen Strukturreformen, mit denen unser Gesundheitssystem effektiver und menschlicher gemacht werden muss, so mit einem solidarischen Finanzierungssystem verbinden, das den Faktor Arbeit entlastet und damit auch ökonomisch neuen Schub bietet. Die erforderlichen Strukturreformen müssen mehr Qualität, mehr Effizienz, weniger Verschwendung und mehr Prävention gewährleisten. Mittelfristig brauchen wir einen Paradigmenwechsel zu einer Medizin, die stärker am individuellen Patientenwohl und weniger am technisch Möglichen ausgerichtet ist.

Eine wirksame Strukturreform kann nur dann dauerhaft gelingen, wenn sie gemeinsam mit den Beteiligten umgesetzt wird. Die Tatsache, dass Strukturreformdebatten bislang immer vorrangig unter kurzfristigem Kostendämpfungsdruck standen, war nicht hilfreich. Daher werden die gegenwärtig erforderlichen Strukturreformen mit und nach einer dauerhaften Reform und Stabilisierung der Einnahmeseite in Form der Solidarischen Bürgerversicherung erfolgreicher gelingen. Die Strukturreform als Daueraufgabe der Gesundheitspolitik bleibt dabei bestehen.

Es wäre falsch, jetzt einen sogenannten Gesundheitskonsens zu verabschieden, ohne die wirklichen Strukturfragen sowohl hinsichtlich der Effizienz des Gesundheitssystems als auch hinsichtlich einer dauerhaften Finanzierung zu klären. Sonst droht was in der Rentenfrage seit Jahren gang und gäbe ist: Angebliche Jahrhundertreformen halten nicht einmal mehr Monate.

II. Ausgangslage: Das Finanzierungsproblem der GKV

Die gesundheitspolitische Debatte wird seit Jahren vor allem als Diskussion über die Höhe des Beitragssatzes geführt und umkreist damit immer und immer wieder das Finanzierungsproblem, ohne es zu lösen. Tatsächlich ist eine grundsätzliche, gerechte und dauerhafte Reform der Einnahmeseite der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dringend erforderlich, um wirkungsvolle Strukturreformen umsetzen zu können, die selbst wiederum kostendämpfend wirken können.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik will sicherstellen, dass Menschen unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Situation, von ihren aktuellen Lebens-

umständen oder anderer Gründe einen garantierten Zugang zu einer vollständigen medizinischen Versorgung haben. Die finanziellen Lasten müssen von allen gemeinsam nach ihrer Leistungsfähigkeit getragen werden.

Seit Jahrzehnten ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BiP) weitgehend stabil. Die sogenannte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ ist eine Legende. Die Gesundheitsausgaben haben stets im Rahmen der allgemeinen Wohlstandsentwicklung gelegen. Dagegen sind die Beiträge zur GKV kontinuierlich gestiegen: seit 1960 von damals ca. 7% auf heute ca. 14%.

1. Ursachen

- Der sinkende Anteil der Löhne am Volkseinkommen und die Zunahme von Selbstständigkeit sowie von Kapital- und Vermögenserträgen führten zu einer übermäßigen Belastung der abhängigen Beschäftigung bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern durch steigende Beitragssätze. Im Sinne einer sich selbst verstärkenden Spirale trägt dieses Phänomen dabei mit zum Abbau abhängiger Beschäftigung bei.
- Aufgrund der seit über 20 Jahren auseinandergehenden Schere zwischen Arm und Reich und der gleichzeitigen Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze als Obergrenze der heranzuziehenden Einkommen wird ein immer größer werdender Teil des Wohlstandes von der Beteiligung an den Kosten des Gesundheitswesens ausgenommen. Dadurch steigt die relative Belastung kleinerer Einkommen über den Beitragssatz.
- Unterhalb der Bemessungsgrenze führen wachsende Armut und eine steigende Zahl von Empfängern von Transferleistungen (Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger) ebenfalls zu einer Verringerung des beitragspflichtigen Einkommens.
- Die fortwährende Entlastung der öffentlichen Haushalte zu Lasten der GKV, wie z. B. die politische Festlegung nicht ausgabendeckender Krankenversicherungsbeiträge für Empfänger von Sozialleistungen und ähnliche Maßnahmen, belasten das System zusätzlich, ebenso wie die gesamtgesellschaftlich zu tragenden, sogenannten versicherungsfremden Leistungen.

Zwei weitere, angebliche Ursachen sind dagegen bisher kaum von Bedeutung: die Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt.

Da der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BiP) stabil ist, sind der demographische Wandel und der dramatische Fortschritt in der Medizin bisher von der allgemeinen Wohlstandsentwicklung vollständig kompensiert worden. Dies begründet die Annahme, dass ein Modell, das die Einnahmen an die allgemeine Wohlstandsentwicklung ankoppelt, den medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel auch in Zukunft erfolgreich kompensieren wird.

2. Abgrenzung zwischen Einnahmeproblem und Binnensteuerung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen deckt einen (theoretisch objektivierbaren) Bedarf. Wer krank ist, kann sich nicht gegen Kranksein entscheiden. Wer an hohem Blutdruck leidet, hat nicht wirklich die Freiheit, behandelt werden zu wollen oder nicht. Das ist ein fundamentaler Unterschied zu allen Konsumgütern, bei denen der Konsument die Freiheit hat, sich eine Kaffeemaschine zu kaufen – oder eben nicht.

Daher ist jede Gleichsetzung mit anderen Wirtschaftsbereichen, in denen Konsumentenfreiheit besteht, sachwidrig. Zwischen zwei Problemfeldern ist somit strikt zu trennen, die üblicherweise miteinander vermischt werden:

- Das erste Problemfeld ist die Binnenoptimierung des Gesundheitssystems durch Strukturreformen für mehr Qualität, mehr Effizienz, weniger Verschwendung, mehr Prävention und mittelfristig einem Paradigmenwechsel zu einer stärker am individuellen Patientenwohl und weniger am technisch Möglichen ausgerichteten Medizin. Diese Frage betrifft nur die Innenseite des Systems und muss unabhängig von der Art der Einnahmeseite als Dauerprozess verbessert werden. Eine einmalige Strukturreform, die endgültig alle Binnenprobleme löst, ist nicht denkbar.
- Das zweite Problemfeld ist die Frage nach der Verteilung der finanziellen Last, die auch ein noch so optimiertes System erzeugt. In jedem Fall wird es einen unvermeidlichen Bedarf geben, der refinanziert werden muss. Genau das ist die Aufgabe einer Krankenversicherung. Und nur um diese Frage geht es bei der Entscheidung zwischen Solidarischer Bürgerversicherung oder Kopfpauschale.

III. Kopfpauschalen versus Bürgerversicherung: Zwei Lösungsansätze in der Diskussion

1. Privatisierung und Entsolidarisierung – die Kopfpauschale und Eigenbeteiligungen

Nach den Finanzierungsmodellen einkommensunabhängiger Kopfpauschalen bezahlt jeder grundsätzlich den gleichen, absoluten Beitrag von ca. € 200,- monatlich. Die Finanzierungsalternativen für Kinder reichen von einer beitragsfreien Versicherung bis zur Zahlung der vollen Kopfpauschalenprämie.

Der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung soll dabei als steuerpflichtiger Lohnbestandteil an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Damit wäre die Parität beseitigt, zukünftige Entwicklungen des Finanzbedarfs betreffen nur noch die Versicherten. Die zusätzlich zu tragenden Steuern sind von den Versicherten zu leisten.

Da untere Einkommensgruppen mit € 200,- pro Monat überfordert wären, soll der Höchstbeitrag ca. 14 % des Bruttoeinkommens betragen – zuzüglich der Steuern auf den ehemaligen Arbeitgeberanteil. Liegen die Ausgaben für die Kopfpauschale höher, so würde ein Ausgleich aus Steuermitteln gezahlt. Dieser soll zum Teil durch die erhöhte Einkommensteuer der bisher Versicherten auf den ehemaligen Arbeitgeberbeitrag gegenfinanziert werden (insgesamt etwa 25 Milliarden Euro pro Jahr).

Zusätzlich werden Selbstbeteiligungen bei Krankheit in Höhe von € 300,- pro Jahr und Person vorgesehen sowie die Reduktion des Leistungskatalogs der GKV durch die Herausnahme von Zahnersatz, Sterbe- und Entbindungsgeld, Unfallfolgen und anderen Leistungen. Diese wären zusätzlich zu versichern. Vereinzelt werden auch risikoäquivalente Kopfprämien zur Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen, also eine Prämie in Abhängigkeit vom persönlichen Gesundheitszustand bzw. Risiko, vorgeschlagen.

Kopfpauschalenmodelle sind damit durchweg Privatisierungsmodelle. Sie betrachten Krankenversicherung nicht als soziale Aufgabe, sondern als privates Konsumgut. Für Konsumgüter zahlt jeder den gleichen Preis, genauso wäre es hier bei der Krankenversicherung. Soziale Härten werden im Sinne eines subsidiären, gewährenden Wohlfahrtskonzeptes bei besonders Benachteiligten ausgeglichen, analog zum Konzept der Sozialhilfe. Der Ansatz ist damit gerade nicht solidarisch.

Da die Art der Leistungen einer Krankenversicherung keine Konsumentensouveränität ermöglicht, würde die Finanzierung einem Pseudowettbewerb der Kassen unterworfen. Der Wettbewerb der Krankenkassen hat aber bereits in der Vergangenheit zu absurden Ergebnissen geführt: nicht Wettbewerb um Qualität, sondern Wettbewerb um Versicherte ohne Risiko. Nur durch zunehmend komplexere Kompensationsmechanismen im Risikostrukturausgleich konnten und können Marktversagen und die Fehlentwicklungen des Wettbewerbs derzeit aufgefangen werden.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens wäre dabei noch weniger als heute an die allgemeine Wohlstandsentwicklung gekoppelt. Statt dessen sind steigende Beiträge zu erwarten und damit auch höhere Transferleistungen zum Ausgleich sozialer Härten. Dies belegen auch die Erfahrungen der Schweizer Kopfprämie in den letzten Jahren.

Insbesondere die Gruppe der Leistungsträger, also die Personen, die vor allem von ihrer Arbeitskraft leben, keine staatlichen Unterstützungen erhalten und damit faktisch das Gemeinwesen stützen und soziale Transfers vorrangig finanzieren, wären besonders benachteiligt, da sie relativ den höchsten Anteil ihres Einkommens ausgeben müssten.

Diese Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen wären zudem auch dadurch benachteiligt, dass sie insgesamt mit der zusätzlichen Einkommenssteuer auf einen ausgezahlten Arbeitgeberanteil (s.o.) in besonders hohem

Maße an der Finanzierung der Transferleistungen für die untersten Einkommensgruppen herangezogen würden.

Gleichzeitig würden die Arbeitgeber aus ihrer Mitverantwortung entlassen. Damit entfielen gerade ein wesentlicher Faktor in der Motivation zu kontinuierlicher Strukturreform und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen.

Das Konzept ist außerdem familienfeindlich. Familienarbeit wird bestraft, Singledasein wird belohnt. Verlierer einer solchen Finanzierung sind insbesondere junge Familien knapp über der Transferschwelle.

Auch die Europatauglichkeit des Modells ist fraglich. Der Schutz nationaler Sozialsysteme setzt voraus, dass sie zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich sind. Wie bereits EuGH-Urteile feststellen, werden Schritte in Richtung auf marktartige Modelle eine staatliche Regelungskompetenz zunehmend in Frage stellen. Es besteht daher das Risiko, dass derartige Pseudomarktmodelle mittelfristig zu einem Verlust staatlicher Regelungs-, Privilegierungs- und Ausgleichsmöglichkeiten führen. Dies könnte tiefgreifende, derzeit unabsehbare und höchst unerwünschte Eingriffe in die Struktur der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zur Folge haben.

Für Selbstbehalte oder Eigenbeteiligungen gilt, dass es sich hierbei ebenfalls um reine Finanzierungsmodelle handelt. Ein Steuerungseffekt im Sinne von mehr Rationalität im Patientenverhalten ist allenfalls für die Privilegierung von Präventionsmaßnahmen denkbar. Die Annahme, gesundheitsbewusstes Verhalten würde entstehen, weil sonst möglicherweise viele Jahre später ein Selbstbehalt zu zahlen wäre, ist dabei angesichts der psychologischen Komplexität der gesundheitsfördernden oder –schädigenden Verhaltensweisen (siehe z. B. Ernährung, Bewegung, Sucht) absurd.

Ein Patient geht zum Arzt, weil er sich krank fühlt, und nicht, weil er krank ist. Könnten Patienten Krankheitsgrade im erforderlichen Umfang hinreichend sicher selbst beurteilen, so bräuchte man keine ärztliche Diagnostik – und selbst die macht schon genug Fehler. Ein Steuerungseffekt zu mehr Rationalität kann deshalb gerade nicht angenommen werden, sondern mehr Irrationalität ist zu erwarten. Entsprechend gibt es auch keinen schlüssigen Nachweis für die positive Steuerungswirkung, hingegen genug Hinweise für die schädliche Wirkung von Selbsthalten.

Im übrigen ist die Lebenserwartung des untersten Einkommensfünftels der Bevölkerung auch heute noch ca. 8 Jahre geringer als die des obersten Einkommensfünftels der Bevölkerung. Jede Form von Eigenbeteiligungen und Selbsthalten mit Abschreckungscharakter wird diese himmelschreiende Ungerechtigkeit weiter verstärken – wahrlich kein sozialdemokratisches Konzept.

Zusammenfassend ist ein Modell von Kopfpauschale und Eigenbeteiligung nicht geeignet, die Probleme der Finanzierung der GKV angemessen und gerecht zu beseitigen und einen solidarischen Ausgleich herzustellen. Es löst keines der eingangs genannten Finanzierungsprobleme. Es belastet vor allem die mittleren Einkommensgruppen, es beinhaltet erhebliche Risiken,

auch für den Bundeshaushalt, und es ist dennoch mit steigenden Beiträgen zu rechnen. Wir lehnen dieses Modell ab.

2. Solidarisch, gerecht und zukunftsfähig - die Solidarische Bürgerversicherung

Die verschiedenen Konzepte für eine Bürgerversicherung sehen alle grundsätzlich die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger als Versicherte und aller Bürgerinnen und Bürger mit Einkünften als Beitragszahler vor. Zur Finanzierung sollen alle Arten von Einkommen – gleich welcher Herkunft - herangezogen werden. Diskutiert wird noch, ob es eine Obergrenze für die Bemessung des Beitrages und damit für den Beitrag selbst geben soll. Das Konzept einer Solidarischen Bürgerversicherung sieht eine solche Begrenzung nicht vor.

Das Modell der Solidarischen Bürgerversicherung bietet viele Vorteile:

a. Drastische Senkung des Beitragssatzes

Bislang werden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich auf Grundlage der „Bemessungsbasis“ erhoben, die sich wie folgt zusammensetzt:

- den Anteil von Löhnen, der unter € 3450,-- im Monat liegt,
- Renten mit dem halben Beitragssatz,
- freiwillig Versicherte mit derzeit maximal rund € 500,-- im Monat.

Bei der Solidarischen Bürgerversicherung kämen hinzu

- der Anteil von Löhnen über € 3450,-- monatlich,
- Miet-, Zins- und Kapitalerträge,
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit.

Dadurch würde sich die Bemessungsbasis nahezu verdoppeln, während die Ausgaben durch zusätzliche Versicherte (bisherige Privatversicherte) nur um knapp 10 % steigen würden. Da nun aus einer doppelt so großen Basis nur 10 % höhere Kosten zu finanzieren wären, würde sich der prozentuale Beitrag um bis zu 40 % reduzieren.

Werden bei der Solidarischen Bürgerversicherung alle Einkünfte mit dem gleichen Beitragssatz herangezogen, ist mit einem **Beitrag unter 10 %**, vermutlich sogar deutlich darunter, zu rechnen.

b. Dauerhafte Beitragssatzstabilität und Nachhaltigkeit

Wenn die Bemessungsgrundlage sämtliche Einkünfte umfasst, kann davon ausgegangen werden, dass bei gleichbleibender medizinischer und demographischer Entwicklung der für Gesundheitsleistungen erforderliche Anteil des Gesamteinkommens auch in Zukunft weiterhin stabil bleibt. Zumindest entspricht dies der Erfahrung der letzten dreißig Jahre.

Strukturveränderungen – weniger unnötiger technischer Aufwand, weniger Doppelungen, bessere Prävention und höhere Versorgungsqualität – könnten mittelfristig sogar zu einem weiteren Absinken des Beitragssatzes führen.

c. Volkswirtschaftliche Vernunft

Mit der Solidarischen Bürgerversicherung wird der Faktor Arbeit endlich wirksam entlastet, mindestens um 5 Prozent, weil nicht nur Arbeitseinkommen zur Finanzierung herangezogen werden. Zusätzlich würde durch den gewollten Umverteilungseffekt – Entlastung unterer und mittlerer Einkommen und Belastung sehr hoher Einkommen – bei der großen Zahl der Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen ein erhebliches Kaufkraftvolumen zu Gunsten der Binnennachfrage freigesetzt.

Wirtschaftsforschungsinstitute hatten bereits bei einer Beitragssenkung der Rentenversicherung durch die Ökosteuern um 2 % einen Arbeitseffekt von 250.000 Arbeitsplätzen errechnet. Dieser dürfte bei einer solch drastischen Beitragssenkung der GKV merklich höher liegen.

Außerdem bedarf die Solidarische Bürgerversicherung keines Kapitalstocks, weil durch die Einbeziehung von Vermögenserträgen der in der Gesellschaft vorhandene Kapitalstock ohnehin zur Finanzierung herangezogen wird.

d. Soziale Verteilungsgerechtigkeit

Unterstellt man, dass die Versorgung bei Krankheit zu den wesentlichen Aufgaben der Daseinsvorsorge gehört, so ist das Konzept gemeinsamer Finanzierung nach Leistungsfähigkeit über den gleichen prozentualen Beitrag das gerechteste Verfahren (siehe z. B. die Steuerfinanzierung bei Schulen, Strassen, Polizei, Kanalisation etc.). Die Analogie ist schlüssig, weil ähnlich wie bei den genannten Beispielen keine Äquivalenz zwischen eingezahltem Beitrag und erhaltener Leistung besteht – letztere kann nur nach Notwendigkeit in Anspruch genommen werden. Eine weitere Analogie ist die fehlende Konsumentensouveränität, nämlich die Unverzichtbarkeit der in Anspruch genommenen Leistung im Bedarfsfall.

e. Familienfreundlichkeit

Im Gegensatz zu Kopfpauschalenmodellen privilegiert die Solidarische Bürgerversicherung Familien und Familienarbeit. Angesichts unterschiedlicher und wechselnder Familienentwürfe stellt sie in jeder Lebensphase sicher, dass eine gleichmäßige Belastung aktueller Einkommens- und Erwerbssituationen erfolgt.

f. Generationengerechtigkeit

Ein Mangel an Generationengerechtigkeit kann bei der Finanzierung des Gesundheitswesens nicht durch vermeintliche höhere Kosten im Alter entstehen – irgendwann trifft „Alter“ jeden. Ungerecht kann allenfalls sein, wenn durch steigende Beiträge die heute Älteren früher einen geringeren Einkommensanteil zur Finanzierung abgeben mussten als die heute jüngeren Generationen. Wird dagegen ein nachhaltig stabiler Beitragssatz erreicht (s.o.), ist das Problem gelöst.

Darüber hinaus hatten ältere Mitbürger Gelegenheit, Vermögen anzusammeln und daraus zusätzliche Einkünfte zu erzielen. Da diese für die Solidarische Bürgerversicherung mit herangezogen werden, ist auch dieser Faktor ausgeglichen.

Die Beitragsbemessungsgrenze ist nicht sinnvoll

Unter den Befürwortern von Bürgerversicherungsmodellen besteht Streit in der Frage, ob eine Beitragsbemessungsgrenze und damit ein höchster absoluter Beitrag beizubehalten ist. Befürworter einer Obergrenze begründen dies damit, dass Versicherte mit hohem Einkommen einen hohen Beitrag zahlen, aber keine äquivalent höherwertige Leistung erhalten. Das Argument trägt jedoch nicht.

- Erstens ist Merkmal des solidarischen Prinzips, dass Finanzierung nach Leistungsfähigkeit erfolgt und Leistung nach Bedarf.
- Zweitens gibt es – im Gegensatz zu den anderen Systemen der sozialen Sicherung – im Gesundheitswesen nie Äquivalenz. Ein Mensch kann sein Leben lang höchste Beiträge zahlen und trotzdem das Glück haben, gesund zu bleiben. Umgekehrt gibt es (seltene) Fälle, in denen unabhängig vom Beitrag innerhalb weniger Monate Kosten von mehreren Millionen Euro entstehen. Äquivalenz ist keine sachangemessene Kategorie.
- Drittens gibt es ohnehin keinen sachlichen Grund für eine Beitragsbemessungsgrenze. Würde das System einer beitragsfinanzierten Krankenversicherung neu erfunden, so käme niemand auf die Idee, eine Bemessungsgrenze einzuführen. Sie ist nur historisch zu erklären und sollte möglichst bald nur noch von historischem Interesse sein.

IV. Exkurs: Leistungskatalog und Strukturreformen

Zwei von der Einnahmeseite vollständig unabhängige Fragen sind die nach dem Leistungskatalog sowie nach den erforderlichen Strukturreformen im Gesundheitswesen.

Zu einem solidarischen Gesundheitswesen gehört für uns, dass der Leistungskatalog alle medizinisch erforderlichen Leistungen auf dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft umfasst und sie jedem ohne Ansehen von Person, Geschlecht, Alter, Ethnie oder wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit zur Verfügung stellt. Der Leistungskatalog umfasst den medizinisch notwendigen Bedarf, der dann über die Einnahmeseite zu refinanzieren ist. Gleichzeitig müssen die Leistungskataloge kontinuierlich dem aktuellen Stand der Medizin angepasst werden.

Einschränkungen des Leistungskataloges durch Ausgliederung und Privatisierung von Leistungen haben keine Steuerungs- und erst recht keine Einsparfunktion, sondern sind lediglich ein Umverteilungsmechanismus zur Belastung der Kranken. Durch das hohe Informationsgefälle zwischen Leis-

tungsanbieter und Patient tragen sie eher zu Kostensteigerungen bei. Eine Reform der Binnenstruktur muss daher einen Leistungskatalog im eingangs genannten Umfang gewährleisten. Weitere Ausgliederungen von Leistungen sind weder sinnvoll noch erforderlich.

Eine **nachhaltige Strukturreform des Gesundheitswesens** muss die Sicherung der medizinischen Versorgung für alle Personengruppen in der Bundesrepublik, die Qualitätssteigerung in der Versorgung der Patienten, eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Gesundheitssystem sowie eine umfassende Transparenz über Therapie und Leistung erreichen. Dies bedeutet im Einzelnen:

1. Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung

Erforderlich ist eine hochwertige, vor den stationären Bereich vorgelagerte poliklinische Versorgungsstruktur, welche die Trennung des Gesundheitssystems zwischen niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und Krankenhäusern auf der anderen Seite konsequent überwinden hilft. Der Hausarzt wird in diesen Zentren zum Lotsen für die medizinische Versorgung. Er kann jederzeit fachärztlichen Rat einholen. Außerdem können Ressourcen (u.a. Großgeräte) durch die bessere Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern kostengünstig und gemeinsam von beiden Seiten genutzt werden.

2. Prävention und Eigenverantwortung sparen Kosten

Die Prävention muss auch im Hinblick auf die langfristige Sicherung des Systems weiter ausgebaut werden. Dies ermöglicht bessere Gesundheit und spart effizient Kosten. Ein weiterer zentraler Bestandteil ist die Gesundheits-erziehung, die eine Stärkung des eigenverantwortlichen Umgangs des Einzelnen mit seiner Gesundheit erst ermöglicht.

3. Vertragsfreiheit für neue Partnerschaften

Zur Umsetzung muss eine zunehmende Vertragsfreiheit für Leistungserbringer und Kostenträger geschaffen werden. Diese darf aber nicht zu einer Discountmedizin führen, denn Verhandlungen zwischen einem einzelnen Arzt und den Krankenkassen werden kaum auf gleicher Augenhöhe stattfinden.

Sinnvollste Struktur ist daher die regionale Gesundheitskonferenz, in der gemeinsame Budgetverhandlung von ambulanten, poliklinischen und stationären Leistungserbringern einerseits mit den Krankenversicherungen andererseits für eine bestimmte Region organisiert werden.

4. Qualität und Transparenz

Die Sicherung der Versorgungsqualität ist eine elementare Garantenaufgabe des Staates. Der demokratische Staat trägt letztlich die Verantwortung dafür, all die Risiken zu regulieren und zu kompensieren, die den Einzelnen und seine Familie in der Marktgesellschaft überfordern. Er setzt den Rahmen, führt die Aufsicht und greift ein, wenn die Selbststeuerung versagt.

Erforderlich ist eine von den Interessen der Leistungserbringer wie der Kostenträger unabhängige Institution zur Erstellung und Überprüfung von nach validen wissenschaftlichen Erkenntnissen erarbeiteten, evidenz- oder kon-

sensusbasierten Behandlungsleitlinien. Diese sichern eine qualitativ hochwertige und effiziente medizinische Versorgung und werden letztlich auch zu erheblichen Einspareffekten für unser Gesundheitssystem führen. Ähnliches gilt für die Bewertung neuer Behandlungsmethoden und Arzneimittel.

5. Missbrauch bekämpfen

Der Missbrauch im System hat viele Möglichkeiten, seine Quantifizierung ist nur schwer möglich. Die Einführung von Chipkarten mit Bild für Beitragszahlerinnen und Beitragszahler und elektronisch gespeicherten, diagnostischen und therapeutischen Daten ist daher richtig. Dies kann Missbrauch verhindern. Genauso sinnvoll ist die Einführung von Behandlungs- und Abrechnungsmitteln an die Patientinnen und Patienten.

6. Gerechte Gesundheitschancen

Zu den wesentlichen Aufgaben zukünftiger Strukturreformen gehört auch die Korrektur sozial stark unterschiedlicher Gesundheitschancen. In der Beseitigung elementarer Ungleichgewichte in der Lebenserwartung unterschiedlicher Bevölkerungsschichten durch eine erweiterte Nutzung und Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens liegt auch zukünftig eine der fundamentalen Aufgaben des Gesundheitssystems.

V. Fazit

Die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens beruhen auf der Begrenzung der Bemessungsgrundlage auf einen Teil des Lohns aus abhängiger Beschäftigung sowie der Wohlstandsspreizung in unserer Gesellschaft.

Durch die Einbeziehung aller Bürger in die Solidarische Bürgerversicherung mit dem gleichen prozentualen Beitragssatz auf alle Einkommensarten ohne obere Begrenzung wird ein dauerhaft stabiler Beitragssatz erreicht, eine volkswirtschaftlich vernünftige Nachfragesteigerung ermöglicht und insbesondere eine wesentlich gerechtere Lastenverteilung geschaffen. Gesundheitspolitik kann sich dann ohne kurzatmigen Kostendämpfungsdruck den strukturellen und grundsätzlichen Problemen des Gesundheitswesens zuwenden.

Die praktische Umsetzung wirft überschaubare Probleme auf, bei entsprechend engagiertem Vorgehen ist eine Einführung aber zum 01.01.2005 denkbar. Die politische Durchsetzbarkeit wird vor allem eine Frage der Radikalität der Umsetzung und des politischen Mutes sein, um entsprechend deutliche und damit überzeugende Effekte zu erreichen.

Das Konzept der solidarischen Krankenversicherung genießt bereits jetzt eine hohe Akzeptanz. Dabei kommt Zustimmung auch von Personen, für die ein solches Modell etwas höhere Kosten erzeugt. Es entspricht einem breiten gesellschaftlichen Grundkonsens, dass der Schutz vor Krankheit und die Wiederherstellung der Gesundheit ein Gut ist, welches vor individuellen materiellen Interessen Vorrang haben sollte.

Die Akzeptanz eines Bürgerversicherungsmodells wird darüber hinaus wachsen, je deutlicher folgende Effekte eintreten:

- relevante Senkung des Beitragssatzes für Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie
- gerechte und gleichmäßige Lastenverteilung.

Beide Effekte werden um so größer, je höher eine Beitragsbemessungsgrenze angesetzt wird. Und sachlich gibt es ohnehin keinen Grund für eine Beitragsbemessungsgrenze.

Politisch aber wird der Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze auch die Zahl derer deutlich erhöhen, die von einer entsprechend drastischeren Beitragssenkung profitieren. Daher ist die gesellschaftliche Akzeptanz einer Solidarischen Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze am ehesten gegeben.

Hingegen dürfte bei einer schrittweisen Einführung die Senkung des Beitragssatzes und damit der Nutzen sehr viel weniger spürbar und zwischenzeitlich die Zahl derer, die vorübergehende Nachteile in Kauf nehmen müssen, deutlich höher sein. Zugleich würden die Versicherten kontinuierlich verunsichert und Widerstände sich an jeder Stufe neu formieren.

Politische Umsetzbarkeit setzt daher den Mut zu einer wirklich umfassenden und grundlegenden Erneuerung des Gesundheitssystems voraus.

Der neoliberalen Kopfpauschale, wie sie u.a. der hessische Ministerpräsident Koch fordert, und der neoliberalen Privatisierungsstrategie der Pharmakonzerne und ihrer Lobbyisten setzen wir ein modernes Modell der Solidarität, Gerechtigkeit und der persönlichen Freiheit entgegen.

Eine moderne und Solidarische Bürgerversicherung ist die konkrete Umsetzung sozialdemokratischer Grundsatzwerte auf der Höhe der Zeit. Sie ist leistungsstark, nachhaltig, transparent, solidarisch und volkswirtschaftlich sinnvoll. Mit ihr zieht die neue Zeit.