

Die Finanzierung der Krankenversicherung reformieren – die grüne Bürgerversicherung einführen

Die grüne Bürgerversicherung

Seite 2

Das politische Umfeld

Seite 3

- Die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung
- Die Hebel zur Veränderung
- Die Pläne der politischen Parteien

Die gesetzliche Krankenversicherung heute

Seite 7

- Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?
- Wer ist pflichtversichert?
- Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?
- Welche Einkommen werden zur Berechnung des Beitrags herangezogen?
- Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?
- Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?

Die grüne Bürgerversicherung - Eine für alle!

Seite 11

- Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?
- Wer ist pflichtversichert?
- Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?
- Welche Einkommen werden zur Berechnung des Beitrags herangezogen?
- Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?
- Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?
- Wenn diese Regelungen für alle Versicherten und damit auch für alle Versicherungsunternehmen gelten, führt dies dann zu mehr Wettbewerb?
- Wie könnten sich der Beitragssatz/die Einnahmen ändern?
- Wer würde finanziell entlastet?
- Wer würde finanziell belastet?
- Wie kann die Einbeziehung von PKV-Versicherten umgesetzt werden?

Die Vorschläge der schwarz-gelben Koalition

Seite 18

- Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?
- Wer ist pflichtversichert?
- Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?
- Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?
- Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?
- Wer wird finanziell entlastet? Wer wird finanziell belastet?

Die nächsten Schritte der schwarz-gelben Koalition

Seite 22

- Zusatzbeiträge im Jahr 2010
- Ausblick auf die schwarz-gelben Reformen

Die grüne Bürgerversicherung

Wir setzen uns für eine solidarische Bürgerversicherung in der Krankenversicherung ein.

Die Leitlinien der grünen Bürgerversicherung sind:

- Alle Bürgerinnen und Bürger - auch Beamtinnen und Beamte, Abgeordnete und Selbstständige - werden Mitglieder der Bürgerversicherung.
- Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Krankenversicherung einbezogen. Von den Krankenkassen wird ein prozentualer kostendeckender Beitragsatz erhoben.
- Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden paritätisch je zur Hälfte durch ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen finanziert.
- Kinder werden kostenlos versichert. Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner die nicht erwerbstätig sind, müssen keine Beiträge zahlen, wenn sie Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wird ein Beitragsplitting eingeführt.
- Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung. Gesetzliche und private Versicherungen konkurrieren innerhalb des gleichen Rechtsrahmens miteinander. Dies stärkt den Wettbewerb für mehr Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die grüne Bürgerversicherung

- sorgt für mehr soziale Gerechtigkeit,
- hat eine eigenständige, individuelle Absicherung aller Beitragspflichtigen zum Ziel,
- stärkt die Nachhaltigkeit der Finanzierungsbasis,
- ist familiengerecht und gegenüber der von Paaren gewählten Arbeitsverteilung neutral,
- sorgt für mehr Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Im Dezember 2009 haben wir in der gerade begonnenen 17. Wahlperiode erneut einen entsprechenden Antrag in den Bundestag eingebracht. Der Titel lautet: Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Der Antrag hat die

Drucksachenummer 17/258. Ihr findet ihm über www.gruene-bundestag.de → Themen A-Z → Gesundheit → Eine für Alle.

Wer mehr über die grüne Bürgerversicherung, die bestehende gesetzliche Krankenversicherung und die Vorhaben der schwarz-gelben Koalition erfahren will, die/der findet auf den folgenden Seiten weitere Informationen und Beispiele zu dieser komplexen Materie.

Das politische Umfeld

Die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist historisch eine Arbeiterversicherung. Besserverdienende Angestellte und Selbstständige galten als „nicht schutzbedürftig“. Es wurde ihrer Entscheidung überlassen, ob sie sich privat versichern oder entstehende Behandlungskosten vollständig aus eigener Tasche bezahlen. Diese Ausrichtung des Krankenversicherungsrechts hat sich in den Grundzügen bis heute erhalten.

Diese Historie verbunden mit dem Fehlen grundsätzlicher Reformen führt zu Problemen:

- Die Beiträge zur GKV basieren für den größten Teil der Versicherten ausschließlich auf den Einkommen aus abhängiger Erwerbstätigkeit.
 - Damit wird Arbeit im Gegensatz zu Kapital besonders belastet.
 - Der Anteil der Löhne am Gesamteinkommen der Haushalte ist in den letzten Jahren gesunken. Die Finanzierungsbasis ist rückläufig.
- Viele Selbstständige verfügen heute über geringere Einkommen als vergleichbar qualifizierte Angestellte. Inzwischen sind mehr als die Hälfte der Selbstständigen „Ein-Personen-Unternehmen“.
 - Ein großer Teil der Selbstständigen ist mindestens genauso „schutzwürdig“ wie Angestellte.
- Im Gegensatz zu allen anderen europäischen Staaten existieren in Deutschland zwei Krankenversicherungssysteme nebeneinander, die nach völlig unterschiedlichen Prinzipien und Regeln funktionieren.
 - Die Zweiteilung des Versicherungsmarktes in GKV und private Krankenversicherung (PKV) ist ungerecht: Junge, gesunde, gutverdienende Frauen und Männer, Beamtinnen und Beamte und Selbstständige können sich der Solidarität (zwischen gesund – krank, reich – arm) in der GKV entziehen.
- Zudem folgt die GKV einem überholten Familienbild. Genauso wie unterhaltspflichtige Kinder sind auch nicht erwerbstätige EhegattInnen/LebenspartnerInnen bzw. EhegattInnen/LebenspartnerInnen, die nur einem Minijob nachgehen, beitragsfrei mitversichert.

→ Die GKV ist nicht neutral gegenüber der Arbeitsteilung von Paaren sondern hat Vorteile für Paare mit sehr großen Einkommensunterschieden bzw. für Einverdienerpaare.

Die Hebel zur Veränderung

- Wie wird der Beitrag berechnet (einkommensabhängig, nach dem Krankheitsrisiko oder als Pauschale)? Damit verbunden ist die Frage: Wo findet der Sozialausgleich statt (in der GKV oder über Steuern)?
- Wer ist pflichtversichert (Versichertenkreis)?
- Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?
- Welche Einkommen werden zur Berechnung des Beitrags herangezogen (Bemessungsgrundlage)?
- Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen (Parität)?
- Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise als Altersrückstellungen zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?

Die Pläne der politischen Parteien

Einig sind sich alle im Bundestag vertretenen Parteien, dass die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge alleine auf der Basis von Einkommen aus abhängiger Beschäftigung abgelöst werden soll. Bei den Lösungsvorschlägen treten jedoch deutliche Unterschiede zutage.

- Grüne, SPD und Linke setzen sich für die Abschaffung der Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes in private (PKV) und gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) ein. Ziel ist eine Bürgerversicherung, bei der für die Berechnung der Beiträge nicht nur Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, sondern alle Einkommen berücksichtigt werden.
- Wir Grünen wollen eine Bürgerversicherung, die mehrere Kassen anbietet und bei der für alle Kassen - egal ob gesetzlich oder privat – die gleichen Spielregeln gelten. Die Linke dagegen will eine Einheitskasse. Die Vorschläge der SPD schwanken zwischen Einheitsversicherung mit einigen wenigen Kassen und einem Low-Level-Vorschlag der Beibehaltung der Trennung in GKV und PKV, ergänzt um einen gemeinsamen Sozialausgleich.

- Die schwarz-gelbe Koalition will die Teilung in GKV und PKV beibehalten und den Wechsel in die PKV erleichtern. Sie will den Arbeitgeberbeitrag einfrieren und damit die Steigerungen der Gesundheitskosten allein den Versicherten aufladen. Sie will eine Einheitsprämie einführen. Um die Bezahlbarkeit für WenigverdienerInnen zu ermöglichen, werden jährlich mindestens 20 Mrd. € (später mehr) benötigt. Wo diese Gelder herkommen sollen, verschweigt die Koalition, verspricht jedoch gleichzeitig Steuersenkungen. Um 20 Mrd. € mehr Steuereinnahmen zu erzielen, wäre entweder die Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3 % auf 22 % oder die Erhöhung der bestehenden Einkommenssteuer auf breiter Front um mehr als 3 % notwendig. Beides ist sozial ungerecht, da viele derjenigen, die den Sozialausgleich benötigen, ihn selbst mitfinanzieren müssten.¹

Die Regierungskoalition rudert bereits zurück und spricht von einer schrittweisen Einführung. Die politische Debatte wird vermieden und hinter die Wahl in Nordrhein-Westfalen verschoben. Dazu dient auch die für März 2010 geplante Einsetzung einer Regierungskommission, die die notwendigen Schritte zur Einführung einer Einheitsprämie vorschlagen soll.

¹ Inzwischen haben wir Grünen das Bundesfinanzministerium verschiedene Berechnungen zu denkbaren notwendigen Steuerberechnungen durchführen lassen. Mehr dazu unter:
http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/326/326937.ohne_durchblick_und_taschenrechner.html

Die gesetzliche Krankenversicherung heute

Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?

Die Beiträge sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG 2010 monatlich 3.750 €) einkommensabhängig, danach steigt der Beitrag nicht weiter an. Bei Pflichtversicherten werden nur Erwerbseinkommen berücksichtigt, bei freiwillig Versicherten (Definition siehe unter „Wer ist pflichtversichert?“) weitere Einkommen. Der Sozialausgleich findet zwischen den Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen statt.

Mit dem Gesundheitsfonds – gültig ab Anfang 2009 – wird ein einheitlicher Beitragssatz durch die Bundesregierung festgelegt. Im Laufe des Jahres 2010 werden vermutlich viele Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen, da die Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht ausreichen werden, die Ausgaben zu decken. Für Zusatzbeiträge müssen alleine die Versicherten aufkommen (mehr Infos siehe Seite 22).

Wer ist pflichtversichert?

Abhängig Beschäftigte, die monatlich bis zu 4162,50 € (Versicherungspflichtgrenze) verdienen, müssen sich in der GKV versichern. Abhängig Beschäftigte, die mehr verdienen, können wählen, ob sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben oder sich privat versichern. Das gilt auch für Selbstständige, die vor der Aufnahme ihrer selbstständigen Tätigkeit gesetzlich versichert waren und für BeamtInnen. Diese müssen aber, wenn sie in der GKV bleiben, ihren Beitrag vollständig selbst bezahlen. Geld von der Beihilfe erhalten sie nur, wenn sie krank sind und Rechnungen einreichen. Etwa 10 % der Bevölkerung sind privat versichert und sind somit nicht am Solidarausgleich in der GKV beteiligt.

Beispiele: PKV - Raus aus der Solidarität

	monatliches Erwerbseinkommen	Beitrag GKV/SPV ArbeitnehmerIn	Beitrag ArbeitgeberIn	Beitrag PKV/PPV ArbeitnehmerIn
Person 1	4.200 €	296,25 € + 46 €	262,50 € + 36,50 €	
Person 2	4.200 €		48 €	48 €

Beiträge GKV: 7 % Arbeitgeberbeitrag 7,9 % Arbeitnehmerbeitrag; Soziale Pflegeversicherung (SPV) je 0,975 % Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag, Versicherte gegebenenfalls plus 0,25 % Kinderlosenbeitrag. Die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der auf beitragspflichtige Einkommen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge gezahlt werden müssen, beträgt 2010 monatlich 3.750 €. D.h. der maximale monatliche GKV-Beitrag beträgt 558,75 €
 Beitrag PKV: Mann, 30 Jahre (100% bei ambulanter Behandlung, Primärarztprinzip, Mehrbettzimmer, allgemeine Krankenhausleistung, 100% Zahnbehandlung / 60% Zahnersatz, bis 750,00 EUR Selbstbeteiligung, inkl. Pflegepflichtversicherung (PPV), inkl. Altersrückstellung 10%)

http://www.kasse-oder-private.de/private_krankenversicherung_beitrag/ (abgerufen 21.12.09)

Auch für PKV-Versicherte trägt der Arbeitgeber die Hälfte der Versicherung (maximal bis zur Höhe des Höchstbeitrags der GKV, aktuell 262,59 € für die Kranken- und 36,50 € für die Pflegeversicherung).

Die PKV kalkuliert ihre Tarife so, dass diese insbesondere für NeueinsteigerInnen günstiger sind. Personen, die schon länger bei der PKV versichert sind, müssen dagegen oft sehr viel höhere Beiträge zahlen (Anfang 2010 stiegen die

Prämien um bis zu 30 %). Ein Wechsel zu einer anderen PKV ist kaum möglich, da dann die Alterungsrückstellungen (Rücklagen, um teilweise den Anstieg der Prämien im Alter aufzufangen) verfallen bzw. bei der Versicherung verbleiben und eine Versicherung bei einer anderen PKV teurer ist (höheres Alter, mehr Erkrankungen, Alterungsrückstellungen müssen schneller aufgebaut werden).

Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?

Kinder und nicht oder nur im Minijob erwerbstätige Ehe/LebenspartnerInnen werden in der GKV kostenfrei mitversichert. In Ehen/Lebenspartnerschaften hängt die Höhe der zu zahlenden Beiträge (sobald die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird) sehr stark davon ab, wie sich die Einkommen auf die PartnerInnen verteilen.

Beispiel: Unterschiedliche Beiträge Paare (Ehe/Lebenspartnerschaft) bei gleich hohem Gesamteinkommen

	Erwerbseinkommen	Beitrag GKV ArbeitnehmerInnen	Beitrag GKV Arbeitgeber
Paar 1	7.000 € / 0 €	296 €	262,50 €
Paar 2	6.000 € / 1.000 €	375 € (296 € + 79 €)	332,50 €
Paar 3	3.500 € / 3.500 €	553 € (2 * 276,50 €)	490 €

Beiträge GKV: 7% Arbeitgeberbeitrag 7,9% Arbeitnehmerbeitrag, Beitragsbemessungsgrenze 3.750 €/Monat

Welche Einkommen werden zur Berechnung des Beitrags herangezogen?

Beiträge werden bei den Pflichtversicherten ausschließlich auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen (Renten, Arbeitslosengeld) erhoben. Mieten, Zinsen und Kapitaleinkünfte bleiben außen vor – damit wird die Solidarlast fast ausschließlich über die Erwerbs- und Erwerbseinkommen finanziert. Hohe Lohnnebenkosten und der Abbau von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen sind die Konsequenz. Dazu kommen erhebliche Beitragsungerechtigkeiten. Versicherte mit einem identischen Gesamteinkommen können auf sehr unterschiedliche Beitragsbelastungen kommen – je nachdem, aus welchen Quellen sie ihr Einkommen beziehen.

Im Gegensatz zu pflichtversicherten Personen wird der Beitrag der freiwillig gesetzlich Versicherten bereits heute auf einer breiteren Einkommensgrundlage ermittelt.

Beispiel: Gleiche Einkommen aus unterschiedlichen Quellen

	monatliches Erwerbseinkommen	monatliche Kapital- Miet- einkommen	Beitrag GKV/SPV ArbeitnehmerIn	Beitrag GKV/SPV Arbeitgeber	Beitrag PKV/PPV
Person 3	1.500 €	1.500 €	118,50 € + 18 €	105 € + 15 €	
Person 4	3.000 €		237 € + 37 €	210 € + 29 €	
Person 5		3.000 €			158 €

Beiträge GKV: 7 % Arbeitgeberbeitrag 7,9 % Arbeitnehmerbeitrag; Soziale Pflegeversicherung (SPV) je 0,975 % Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag, Versicherte gegebenenfalls plus 0,25 % Kinderlosenbeitrag. Die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der auf beitragspflichtige Einkommen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge gezahlt werden müssen, beträgt 2010 monatlich 3.750 €. D.h. der maximale monatliche GKV-Beitrag beträgt 558,75 €

PKV: Frau 30 Jahre (100% bei ambulanter Behandlung, Primärarztprinzip, Mehrbettzimmer allgemeine Krankenhausleistung, 100% Zahnbehandlung / 60% Zahnersatz, bis 750,00 EUR Selbstbeteiligung, inkl. Pflegepflichtversicherung, inkl. Altersrückstellung 10%)

http://www.kasse-oder-private.de/private_krankenversicherung_beitrag/ (abgerufen 21.12.09)

Da Person 5 keineN ArbeitgeberIn hat, muss sie die Krankenversicherungsprämie bei der PKV vollständig selbst zahlen.

Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?

Die ArbeitgeberInnen zahlten bis 2004 die Hälfte der Beiträge. 2005 wurde ein Sonderbeitrag (0,9 %) eingeführt, den die Versicherten vollständig zahlen. Inhaltlich wurde dieser mit der Höhe der Beiträge, die für das Krankengeld benötigt werden, begründet. Diese Koppelung findet sich jedoch nicht im Gesetz. Im Jahr 2010 ist mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch eine Vielzahl an Krankenkassen zu rechnen. Mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen, die ebenfalls ausschließlich die Versicherten zu zahlen haben, wird die Parität in Zukunft weiter ausgehöhlt.

Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?

Die GKV arbeitet nach dem Umlageverfahren.

Die PKV nach einem Mischsystem: Für einen Teil der zukünftig steigenden Ausgaben werden Rücklagen gebildet. Diese reichen jedoch nicht aus. Daher ist die PKV darauf angewiesen, neue gesunde Versicherte zu gewinnen. Diese zahlen höhere Beiträge als sie Kosten verursachen. Innerhalb von Tarifen findet ein Umlageverfahren statt. Da im Laufe der Zeit die Kosten dafür sehr stark ansteigen können und es für neue Versicherte unattraktiv wäre, zur PKV zu wechseln, werden Tarife immer wieder geschlossen und neue eröffnet. Die PKV setzt auch darauf, dass Versicherte ausscheiden und deren Alterungsrückstellungen bei der Versicherung verbleiben.

Zur Illustration noch ein paar aktuelle Daten: Zum Jahresbeginn 2010 erhöhten viele private Krankenversicherer die Prämien um 20–30 %. Hintergrund dafür sind die steigenden Kosten und das längere Leben der Versicherten. Das Bundeswirtschaftsministerium ließ ein aktuelles Gutachten in der Schublade verschwinden, das zeigt: Zwischen 1997 und 2008 sind die Kosten der PKV um etwa 52 % gestiegen. In der GKV betrug die Kostensteigerung im Vergleich nur etwa 30 %. Anders als in der GKV sind die privaten Kassen reine Zahlstellen, die keinen Einfluss auf die Menge und die Qualität der Leistungen haben. Deshalb können sie bei steigenden Kosten nur die Prämien erhöhen, oder sie verweigern den Versicherten die Rückerstattung ihrer bereits bezahlten

Rechnung (Begründung: medizinisch nicht notwendig). Immer häufiger wird auch berichtet, dass Versicherungen wegen nicht angegebener Vorerkrankungen die Übernahme der Kosten ablehnen. Diese Entwicklung zeigt sich z.B. bei Beschwerden, die den PKV-Ombusmann (der bei Konflikten zwischen Versicherten und Unternehmen schlichten soll) erreichen. Zwischen 2004 und 2009 verdoppelte sich die Zahl der Beschwerden.

Immer wieder wird PKV-Versicherten erst bei der Ablehnung von Leistungen bewusst, dass (bei den meisten Verträgen) ihr Versicherungsschutz nicht gilt z.B. für Reha-„Kuren“, Psychotherapie oder Logopädie – für Leistungen, die von der GKV selbstverständlich übernommen werden.

Die grüne Bürgerversicherung - Eine für alle!

Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?

Das grüne Modell sieht weiterhin einkommensabhängige Beiträge und den Verbleib des Sozialausgleichs in der GKV vor. Der Sozialausgleich in der Krankenversicherung genießt in der Bevölkerung eine sehr hohe Akzeptanz. Steuern/Steuererhöhungen werden dagegen sehr viel kritischer gesehen.

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG), bis zu der prozentuale Beiträge zu zahlen sind, soll angehoben werden; auf eine konkrete Höhe haben wir uns im Programm nicht festgelegt. Mit der Beibehaltung einer BBG bleibt der Versicherungscharakter erhalten. D.h. durch regelmäßige Zahlung von vergleichsweise kleinen Beträgen werden die Versicherten davor bewahrt, im Schadensfall extreme finanzielle Belastungen tragen zu müssen. Allein die Krankenhausbehandlung eines Herzinfarktes kostet z.B. bis zu 15.000 €. Eine Summe die auch Personen mit hohem Einkommen nicht einfach so übernehmen können.²

Wenn die zusätzlichen Einnahmen aus der grünen Bürgerversicherung zur Senkung des Beitragssatzes (aktuell 7,9 % Versichertenanteil) eingesetzt würden, könnte man den Beitrag der Versicherten auf 6,65 % (jetzige Beitragsbemessungsgrenze) bzw. 6,2 % (Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf monatlich 5.500 €) senken. Ab der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) bliebe die absolute monatliche Belastung (250 € bei BBG 3.750 € sowie 6,65 % bzw. 341 € bei BBG 5.500 € sowie 6,2 %) gleich, die prozentuale Belastung nimmt jedoch ab. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass wegen der Abschaffung der Zuzahlungen und Zusatzbeiträge sowie Honorarforderungen der Beitragssatzsenkungsspielraum gering sein wird.

Wer ist pflichtversichert?

Alle Bevölkerungsgruppen werden in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen – auch Selbstständige, Freiberufler, BeamtInnen, Gutverdienende und Abgeordnete.

² Eine Aufhebung der BBG und damit die Heranziehung aller Einkommen ohne Kappungsgrenze würde eine Umwandlung in eine Abgabe (zweckgebundene Steuer) bedeuten. Denkbare Versicherungsbeiträge von mehreren 10.000 € pro Jahr stünden kaum noch in einem Verhältnis zum abzusichernden Risiko. Diesen im Einzelfall extremen Beitragsbelastungen stehen nicht ganz so beeindruckende Beitragsatzentlastungen gegenüber. Eine Erhöhung der BBG von 3.750 auf 5.500 € gibt die Möglichkeit, den Beitragssatz um etwa 0,45 % zu senken. Die Aufhebung der BBG bietet ein zusätzliches Potenzial von etwa 0,5 %.

Beispiel: Einbeziehung PKV-Versicherte

	monatliches Erwerbs-Einkommen	Beitrag bisher*	Beitrag BüVers*	Beitrag BüVers* BBG 5.500€
Person 1	4.200 €	296 € GKV	250 €	260 €
Person 2 männlich 30 Jahre	4.200 €	48 € PKV	250 €	260 €

Arbeitnehmeranteil (bei der Bürgerversicherung ist der Arbeitgeberanteil identisch)
Beitragssatz Arbeitnehmeranteil bei 3.750 € BBG: 6,65 %, bei 5.500 BBG: € 6,2%

Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?

Unser Ziel ist eine eigenständige, individuelle Absicherung aller Beitragspflichtigen. Daher schlagen wir vor, die beitragsfreie Mitversicherung von Ehe-/LebenspartnerInnen zu beschränken. Sie soll nur in Zeiten gelten, in denen kleine Kinder (die Diskussionen in der Bundestagsfraktion orientierten sich an den Grenzen der Rentenversicherung → bis 10 Jahre) erzogen oder Angehörige gepflegt werden.

Für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wird ein Splitting eingeführt. Beim Beitragssplitting wird das Einkommen der Ehe-/Lebens-partnerInnen rechnerisch auf beide Personen verteilt. Danach werden beide Einkommenshälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.750 € monatlich im Jahr 2010) der Beitragspflicht unterworfen. An den Beiträgen für Paare, deren Gesamteinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt und bei Paaren mit etwa gleicher Einkommensverteilung ändert sich durch das Splitting nichts. Für Paare, bei denen einer über und der/die andere nicht oder unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, steigt die Belastung. Maximal kann sich die Belastung verdoppeln. Dies betrifft Einverdienerpaare mit einem Einkommen, das mindestens doppelt so hoch wie die Beitragsbemessungsgrenze ist (aktuell monatlich 7.500 €, bei einer Anhebung auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung monatlich 11.000 €).

Kinder werden in der grünen Bürgerversicherung weiterhin kostenlos mitversichert.

Beispiel: EhegattInnen/LebenspartnerInnen mit kleinem Kind/kleinen Kindern:

	monatliches Erwerbs-Einkommen	Beitrag GKV *	Beitrag BüVers* BBG 3.750 €	Beitrag BüVers* BBG 5.500€
Paar 1	7.000/0	296 €	250 €	341 €
Paar 2	6.000/1.000	375 €	316 €	403 €
Paar 3	3.500/3.500	553 €	465 €	465 €

* Arbeitnehmeranteil (bei der Bürgerversicherung ist der Arbeitgeberanteil identisch)
Beitragssatz Arbeitnehmeranteil bei 3.750 € BBG: 6,65 %, bei 5.500 BBG: € 6,2%

Beispiel: EhegattInnen/LebenspartnerInnen ohne kleines Kind/kleine Kinder:

	monatliches Erwerbs-Einkommen	Beitrag GKV *	Beitrag BüVers* BBG 3.750 €	Beitrag BüVers* BBG 5.500€
Paar 1	7.000/0	296 €	465 €	465 €
Paar 2	6.000/1.000	375 €	465 €	465 €
Paar 3	3.500/3.500	553 €	465 €	465 €

* Arbeitnehmeranteil (bei der Bürgerversicherung ist der Arbeitgeberanteil identisch)
 Beitragssatz Arbeitnehmeranteil bei 3.750 € BBG: 6,65 %, bei 5.500 BBG: € 6,2%

Welche Einkommen werden zur Berechnung des Beitrags herangezogen?

Alle Einkunftsarten – auch Mieten, Zinsen und Vermögenseinkommen - werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung des Solidarsystems beitragen. Je breiter die Finanzierungsgrundlage für die Krankenversicherung, desto niedriger können die Beiträge ausfallen. Vor allem aber wird so sichergestellt, dass die solidarische Krankenversicherung trotz steigender Anforderungen auch in Zukunft leistungsfähig bleibt.

Beispiel: Einbeziehung andere Einkommen

	monatliches Erwerbs-Einkommen	monatliches Kapital- Miet-Einkommen	Beitrag VersicherteR bisher	Beitrag VersicherteR BüVers BBG 3.750 / 5.500 €	Beitrag Arbeitgeber BüVers BBG 3.750 / 5.500 €
Person 3	1.500 €	1.500 €	118,50 € GKV	285 / 265 €	100 / 93 €
Person 4	3.000 €		237 € GKV	199,50 / 186 €	199,50 / 186 €
Person 5 weiblich 30 Jahre		3.000 €	158 € PKV*	384 / 358 €	0 / 0 €

* inkl. Private Pflegepflichtversicherung (Details siehe Tabelle Seite 6)
 Freibetrag für andere Einkommen jährlich 1.340 €, Beitragssatz 13,3% bzw. 12,4 % (je nach Höhe BBG)
 Beitragssatz Arbeitnehmeranteil bei 3.750 € BBG: 6,65 %, bei 5.500 BBG: € 6,2%

Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?

Die grüne Bürgerversicherung sieht vor, dass auf Einkommen aus abhängiger Erwerbstätigkeit ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen jeweils die Hälfte der Beiträge zahlen. Damit würde die Parität wieder hergestellt.

Bei anderen Einkommen kann dies natürlich nicht der Fall sein. Auf Zinsen, Vermögenseinkommen, Mieteinnahmen zahlen alleine die Versicherten die vollen Beiträge.

Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?

Es bleibt beim Umlageverfahren.

Wenn diese Regelungen für alle Versicherten und damit auch für alle Versicherungsunternehmen gelten, führt dies dann zu mehr Wettbewerb?

Bisher beschränkt sich der Wettbewerb zwischen GKV und PKV auf einen kleinen Bevölkerungsausschnitt: Gut verdienende, gesunde und kinderlose Frauen und Männer. In der Bürgerversicherung gelten für die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer dieselben Spielregeln. Sie konkurrieren um alle Bürgerinnen und Bürger. Durch geeignete Regelungen wird gewährleistet, dass sich – anders als heute in der PKV - der Wettbewerb um die beste Versorgung dreht und nicht darum, die gesündesten Versicherten zu gewinnen. Die Regeln, die für alle Krankenversicherungen gelten sollen, sind:

- einkommensbezogene Beiträge mit der Berücksichtigung aller Einkommen,
- Kontrahierungszwang (die Versicherungen müssen jedeN aufnehmen und dürfen niemanden ablehnen),
- Diskriminierungsverbot,
- einheitlicher Leistungskatalog,
- Sachleistungsprinzip (die Versicherten müssen für eine Behandlung nicht selbst bezahlen und sich anschließend die Kosten von ihrer Kasse erstatten lassen, sondern die Abrechnung erfolgt zwischen Kassen und ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Apotheken, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, ...),
- Umlagefinanzierung (Deckung der Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen),
- Teilnahme am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (bei der Verteilung der Einnahmen zwischen den Krankenkassen spielen nicht nur die unterschiedlichen Einkommen der Versicherten, sondern auch die Erkrankungen eine Rolle).

Wie könnten sich der Beitragssatz/die Einnahmen ändern?

Die grüne Bundestagsfraktion hat in der 15. Wahlperiode im Jahr 2003 beim Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) Berechnungen zur Wirkung der grünen Bürgerversicherung durchführen lassen. Die damals errechneten möglichen Beitragssatzsenkungen durch die Einführung der grünen Bürgerversicherung dürften auch heute in einer ähnlichen Größenordnung liegen.

Es ist jedoch damit zu rechnen, dass - wegen der im Wahlprogramm geforderten Abschaffung der Zuzahlungen und Zusatzbeiträge sowie Honorarforderungen - der Beitragssatzsenkungsspielraum gering sein wird. Daher enthält der im Dezember 2009 in den Bundestag eingebrachte Antrag (17/258) auch keine Angaben zur Verwendung der zusätzlichen Einnahmen. Es lässt sich überschlägig abschätzen, welche zusätzlichen Einnahmen (zum Vergleich: die Ausgaben werden in der GKV im Jahr 2010 vermutlich 167 Mrd. € betragen) generiert werden könnten.

Berechnung	IGES 2003	Eigene Hochrechnung zusätzlicher Einnahmen
durchschnittlicher Beitragssatz 2003	14,1 %	
Ausweitung des Versichertenkreises	-0,6 %	6 Mrd. €
Einbeziehung aller Einkommensarten (Freibetrag 1.340 €/Jahr)	-0,8 % ohne Freibetrag -0,9 %	8 Mrd. € (9 Mrd. €)
Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von EhegattInnen /LebenspartnerInnen, wenn kein Kind unter 10 Jahren erzogen und keine Pflegeleistung erbracht wird	-0,2 % generelle Abschaffung - 0,5%	2 Mrd. € (5 Mrd. €)
Anhebung BBG auf GRV 5.150 €	-0,9 %	9 Mrd. €

2003 ließen wir auch die Auswirkungen der sofortigen Einbeziehung der BeamtInnen sowie ihrer beihilfeberechtigten Angehörigen in die Bürgerversicherung berechnen. Dabei wurde angenommen, dass die errechneten möglichen Beitragssatzsenkungen wirksam werden. Das damalige Ergebnis lautete: Die öffentlichen Haushalte werden gegenüber den heutigen Beihilfeaufwendungen (7,3 Mrd. € jährlich) um 730 Mio. € (= -10%) entlastet. Dagegen entstehen bei einem schrittweisen Übergang, bei dem nur die BerufsanfängerInnen versicherungspflichtig werden und die älteren BeamtInnen in der Beihilfe verbleiben, übergangsweise Zusatzbelastungen für Bund und Länder von 800 Mio. € (= +11%). Grund: Die Arbeitgeberbeiträge, die Bund und Länder in einer Bürgerversicherung für ihre jüngeren BeamtInnen überweisen müssen, sind höher als die tatsächlichen Leistungsausgaben für diese Gruppe, die sie heute über die Beihilfe (teil-)finanzieren. Das ändert sich aber mit zunehmendem Alter der BeamtInnen.

Wer würde finanziell entlastet?

- Gesetzlich Versicherte mit geringen oder keinen Einkünften aus Vermögen, Vermietung o.ä., da ihre Beiträge sinken würden.
- behinderte und chronisch kranke Privatversicherte mit hohen Versicherungsbeiträgen

- viele der in der PKV versicherten RentnerInnen (wegen der im Alter oft sehr hohen PKV-Beiträge)
- in der PKV versicherte Personen, die für mehrere Kinder und die/den erziehendeN PartnerIn jeweils eigene Beiträge zu zahlen haben und diese zukünftig in der Bürgerversicherung beitragsfrei mitversichern können, z.B. die alleinverdienende Lehrerin mit kleinen Kindern.
- Freiberufler/Selbstständige mit geringen Einkommen, z.B. freie Journalisten, kleine HandwerkerInnen, Hebammen.
- Unternehmen, deren Belegschaft hauptsächlich monatliche Einkommen unter 4162,50 € bezieht und daher gesetzlich versichert ist.

Wer würde finanziell belastet?

- Gesetzlich Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (3.750 € monatlich im Jahr 2010), deren EhegattInnen/LebenspartnerInnen bisher kostenlos mitversichert werden, z.B. der verheiratete kinderlose alleinverdienende grüne Lehrer.
- Gesetzlich Versicherte mit größeren anderen Einkommen wie Zinsen, Vermögenseinkommen, Mieten, z.B. die Angestellte, die ein abbezahltes Mietshaus geerbt hat
- Der größte Teil der bisher Privatversicherten, da sie vollständig in den Solidarausgleich einbezogen werden, z.B. der angestellte Arzt oder die Abteilungsleiterin in der Bank.
- BeamtInnen, da sie nun in den Solidarausgleich einbezogen werden und einen höheren Anteil - 50% - der Beiträge zu übernehmen haben, z.B. der grüne Referent beim Bundesumweltamt.
- Unternehmen, deren Belegschaft hauptsächlich monatliche Einkommen über 4162,50 € bezieht und daher oft privat versichert ist.

Wie kann die Einbeziehung von PKV-Versicherten umgesetzt werden?

Ein Übergang zur Bürgerversicherung setzt für bisher PKV-Versicherte einen Bestands- und Vertrauensschutz voraus. Inzwischen sind verschiedene Übergangsmodelle entwickelt worden, die eine sofortige Aufnahme von bisher PKV-Versicherten in eine

Bürgerversicherung möglich machen und dabei die Rechte der Privatversicherten beachten.

So unterscheidet ein Vorschlag bei PKV-Versicherten zwischen den aus der GKV bekannten Leistungen und den Zusatzleistungen, wie z.B. Chefarzt-Behandlung, Einbettzimmer und den höheren Arzthonoraren im ambulanten Bereich. Auf diese zusätzlichen Leistungen entfallen etwa 40% der durchschnittlichen PKV-Leistungsausgaben. Soll ein schneller Übergang in eine Bürgerversicherung gelingen, müssen die Ansprüche der heute PKV-Versicherten auf den 40%igen Anteil für Zusatzleistungen „voll geschützt“ werden.

Mit der Aufnahme in die Bürgerversicherung werden die dann ehemals PKV-Versicherten in den dortigen Sozial- und Generationenausgleich einbezogen. Damit sind die (60%) Alterungsrückstellungen für die durch die Bürgerversicherung abgedeckten Leistungen nicht mehr für die Begrenzung der Beiträge im Alter erforderlich und können in den Risikostrukturausgleich eingespeist werden. Das ist fair. Denn anders als die gesetzlich Versicherten haben die PKV-Versicherten bisher keine Beiträge für den Generationenausgleich entrichtet, in den sie nun einbezogen würden.

Um Liquiditätsprobleme und Zinsverluste der PKV-Unternehmen zu vermeiden, ist eine sukzessive Auflösung dieser Alterungsrückstellungen erforderlich.

Die verbleibenden 40% Alterungsrückstellungen stehen den PKV-Versicherten für eine direkte Umwandlung (keine erneuten Risikoprüfungen und keine Anhebung der Beiträge) der bisher versicherten zusätzlichen Leistungen im Rahmen von Zusatzversicherungen zur Verfügung.

Die Vorschläge der schwarz-gelben Koalition

Wie wird der Beitrag berechnet? Wo findet der Sozialausgleich statt?

Im Koalitionsvertrag ist zu lesen, dass die Regierung langfristig „einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, die sozial ausgeglichen werden“ anstrebt.

Eine Krankenversicherungspauschale müsste monatlich etwa 140 € pro Person betragen.

Eine Aussage, wo der Sozialausgleich stattfinden soll, ist im Koalitionsvertrag nicht zu finden. Auch hier sind wir auf Berichte in der Presse und Reden im Parlament angewiesen. Behauptet wird, dass die Verankerung des sozialen Ausgleichs im Steuer- und Transfersystem gerechter sei und der Sozialausgleich dort stattfinden soll. Wie die folgenden Berechnungen zeigen, ist diese These äußerst fragwürdig:

Wenn keinE VersicherteR stärker als mit dem momentanen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % belastet werden soll, dann sind nach aktuellen Gutachten jährlich 22 bis 35 Mrd. € für diesen Ausgleich notwendig. Unsere grünen Schätzungen liegen für den Zeitpunkt der Einführung bei gut 20 Mrd. €. Die Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden zeigen, dass im Laufe der Jahre immer mehr Personen eine Unterstützung zur Finanzierung ihrer Krankenversicherung beantragen müssen. Daher muss für die Zukunft mit einem steigenden Finanzbedarf gerechnet werden.

Steuermehreinnahmen von 22 bis 35 Mrd. € (abgesehen davon, dass die Koalition die Steuern senken möchte) sind nur durch die Anhebung von „großen“ Steuern möglich. Faktisch bleiben die Einkommens- und die Mehrwertsteuer. Die Mehrwertsteuer müsste um etwa 3-5 % (von 19 % auf 22 bzw. 24 %) erhöht werden. Die Mehrwertsteuer belastet einkommensschwache Haushalte relativ stärker. Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer, aber auch eine generelle Erhöhung der Einkommenssteuersätze um 3-5 %, hätte zur Konsequenz, dass viele Personen, die einen Anspruch auf den Sozialausgleich hätten, diesen selbst mitfinanzieren müssen. D.h. sie würden deutlich stärkere finanzielle Belastungen tragen müssen als bei der bestehenden Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung.³

Wer ist pflichtversichert?

Die Koalition will weiterhin ein Krankenversicherungssystem, in dem sich kinderlose und gesunde BesserverdienerInnen (oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von 4162,50 €

im Monat), Selbstständige und BeamtInnen privat versichern können. Sie wird den Wechsel in die PKV erleichtern: Die erst vor kurzem eingeführte Regelung, dass Personen vor dem Wechsel in die PKV 3 Jahre lang ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen müssen, wird wieder auf 1 Jahr verkürzt.

Werden Familienangehörige kostenlos mitversichert?

Hierzu macht der Koalitionsvertrag keine Aussagen. Presseberichten ist zu entnehmen, dass weiterhin Kinder und nichterwerbstätige EhegattInnen (und LebenspartnerInnen) kostenlos mitversichert werden sollen.

Das Versprechen der kostenlosen Mitversicherung von nichterwerbstätigen EhegattInnen (und LebenspartnerInnen) verwundert sehr. Ziel der Koalition ist es, die Krankenversicherungsbeiträge einkommensunabhängig zu gestalten. Es dürfte also keinen Unterschied machen, ob jemand viel, wenig, sehr wenig oder gar nichts verdient. Wenn die kostenlose Mitversicherung von EhegattInnen ein familienpolitisches Ziel sein soll, dann müsste es über den Sozialausgleich herbeigeführt werden.

In den letzten Jahren wurden mehr als 20 Kopfpauschalenmodelle vorgeschlagen. So unterschiedlich sie auch sind, in einem sind sie sich einig: Die Mitversicherung von nichterwerbstätigen EhegattInnen (und LebenspartnerInnen) muss abgeschafft werden. Wer die Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge vom Erwerbseinkommen will, darf an dieses Erwerbseinkommen bzw. sein Fehlen auch keine kostenlose Mitversicherung anknüpfen (Ausnahmen siehe oben, Betreuung von Kleinkindern etc.).

Welchen Anteil der Beiträge auf Erwerbseinkommen übernehmen die ArbeitgeberInnen?

Der Arbeitgeberbeitrag soll auf den heutigen Anteil eingefroren werden. Damit werden in Zukunft alle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen den Versicherten aufgeladen. Damit verabschiedet man sich immer weiter von der hälftigen Übernahme der Beiträge durch ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen – der Parität.

³ Ausführliche Infos zu den möglichen Steuererhöhungen zur Finanzierung des Sozialausgleichs der Kopfpauschalen und deren Auswirkungen finden sich unter: http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/326/326937.ohne_durchblick_und_taschenrechner.html

Werden die aktuellen Ausgaben durch die aktuellen Einnahmen gedeckt (Umlageverfahren) oder werden die Einnahmen für jede Person teilweise für die Zukunft zurückgelegt (Kapitaldeckungsverfahren)?

Schwarz-Gelb will vorerst am Umlageverfahren festhalten. Die FDP und ihr Gesundheitsminister favorisieren langfristig jedoch generell ein Modell „PKV für alle“. Das würde bedeuten: Einführung der Kapitaldeckung und Differenzierung der Beiträge nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten. Diese Zielstellung hat auch in der CDU viele AnhängerInnen. Die vor der Bundestagswahl 2005 von der CDU eingesetzte Herzog-Kommission hat damals vorgeschlagen, einen Systemwechsel zur Kapitaldeckung vorzunehmen und die Kopfpauschale langfristig zu individuellen altersabhängigen Beiträgen zu entwickeln.

Wer wird finanziell entlastet? Wer wird finanziell belastet?

Bei einer Krankenversicherungspauschale von monatlich etwa 140 € hätten Personen mit einem Monatseinkommen unter 1.800 € Anspruch auf einen Sozialausgleich.

Einkommensteuer zahlen BürgerInnen bereits ab einem zu versteuernden Einkommen von monatlich 653 €.

Isoliert betrachtet wird eine progressive Einkommensteuer dem Versprechen "starke Schultern sollen mehr tragen als schwache" gerecht. Bei der Einführung einer Kopfpauschale und eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs kommt es jedoch ausschließlich auf die Wirkung der hierfür notwendigen Änderung des Steuertarifs an. Gerecht, im Sinne des oben zitierten Versprechens, ist ein Sozialausgleich im Steuersystem daher nur, wenn die Einkommensteuer für hohe Einkommen deutlich angehoben wird. Dazu wäre es notwendig, die bestehende zweite Progressionszone der Einkommensteuer linear bis zu einem Steuersatz von 73% (ab zu versteuernden Einkommen von 120.644 Euro) bzw. auf 100% (ab einem zu versteuernden Einkommen von 179.664 Euro) zu verlängern. Das Schwarz-Gelb so etwas beschließt, dürfte ziemlich unrealistisch sein.

Die Finanzierung des Sozialausgleiches durch eine gleichmäßige Erhöhung des Einkommensteuertarifes um 3-5% hieße jedoch, dass schwache Schultern mehr zu tragen hätten als starke - dies wäre ungerecht und unsozial. Mindestens ein Drittel der Steuerpflichtigen wäre auf einen Sozialausgleich angewiesen. Sie müssten diesen jedoch mit 3-5% ihres Einkommens mitfinanzieren. Damit würde es gerade für Personen mit einem Anspruch auf Sozialausgleich deutlich teurer: Statt ihres jetzigen

Krankenversicherungsanteils von 7,9% müssten sie (inklusive der zusätzlichen Steuerzahlungen) eine Gesamtbelastung von etwa 10,9% bis 12,9% tragen. Deutlich weniger müssten Personen mit einem Monatseinkommen von 5.000 Euro zahlen: Eine Prämie von monatlich etwa 140 Euro entspricht 2,8% des Einkommens. Die Gesamtbelastung (inklusive der zusätzlichen Steuerzahlungen) beträgt nur 5,8% bis 7,8% und nimmt mit steigendem Einkommen weiter ab. Kopfprämien bedeuten also auch mit dem versprochenen Sozialausgleich eine Umverteilung von unten nach oben.

Die nächsten Schritte der schwarz-gelben Koalition

Zusatzbeiträge im Jahr 2010

Im Jahr 2010 werden viele Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Zusatzbeiträge sind sozial ungerecht, weil sie einseitig die Versicherten belasten. Die Überforderungsgrenze ist so (fehl-)konstruiert, dass sie ausgerechnet bei GeringverdienerInnen und Arbeitslosen nicht greift. Der mit den Zusatzbeiträgen verbundene **Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung** gehört zu den wichtigsten Anliegen dieser Bundesregierung. Jede Kasse, die einen Zusatzbeitrag erheben muss, bringt sie diesem Ziel ein Stück näher.

Im Durchschnitt müssen die gesetzlichen Krankenversicherungen (es fehlen 2010 vermutlich 3,5 Mrd. €) einen Zusatzbeitrag von monatlich etwa 6 € verlangen. An Verwaltungskosten werden Zahlen von monatlich 2 € genannt. Somit sind Zusatzbeiträge von 8 € im Monat bzw. 96 € im Jahr für viele Versicherte im Laufe des Jahres 2010 zu befürchten.

Die Zusatzbeiträge belasten Geringverdienende überdurchschnittlich. Besonders betroffen davon sind die rund 3 Millionen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter 800 € im Monat. Denn die **gesetzliche Überforderungsgrenze** für die Zusatzbeiträge in Höhe von einem Prozent des Einkommens gilt erst bei einem Zusatzbeitrag von über 8 € monatlich.

GeringverdienerInnen mit einem Einkommen unter 800 € werden also mehr als ein Prozent ihres Einkommens für den Zusatzbeitrag aufbringen müssen. Besonders betroffen sind **ALG II EmpfängerInnen**, die das aus ihrem Regelsatz finanzieren müssen. Diesen empfiehlt die Bundesregierung einen Kassenwechsel, wenn dies zur "Minderung der Hilfebedürftigkeit" erforderlich ist. Keine Antwort gibt sie auf die Frage, wie oft den Betroffenen ein Kassenwechsel zumutbar ist, wenn auch die neue Krankenkasse beschließt, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Dafür stellt die Bundesregierung aber klar, dass ALG II- EmpfängerInnen nichts davon haben sollen, wenn einzelne Krankenkassen trotzdem Überschüsse machen. Prämienzahlungen einer Krankenkasse an ihre Versicherten werden bei ALG II EmpfängerInnen mit dem ALG II verrechnet.

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden. Die Krankenkassen müssen für jedeN VersicherteN ein eigenes Konto einrichten und den

Einzug des Zusatzbeitrages komplett neu organisieren, da der Einzug nicht an den prozentualen Beitrag angekoppelt werden kann. Vermutlich werden auch viele Versicherte gemahnt werden müssen, bis sie den Zusatzbeitrag zahlen.

Die Probleme potenzieren sich, wenn die Krankenkassen Zusatzbeiträge über 8 € verlangen müssen. Dann können Versicherte die 1 %-Überforderungsklausel (Bezugspunkt ist das beitragspflichtige Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze) in Anspruch nehmen. Mit jedem neuen Antrag dazu beginnt sich die Spirale weiter zu drehen: Jeder Einnahmeausfall aufgrund der Überforderungsklausel führt zu einem höheren Zusatzbeitrag der Kasse. Jede Erhöhung des Zusatzbeitrages zu neuen Anträgen, ...

Die AOK hat zur Einführung der Zusatzbeiträge Simulationsrechnungen durchgeführt: Um tatsächlich monatliche Einnahmen von **10 € pro Versicherten** zu erhalten, muss sie Zusatzbeiträge kalkulieren, die zwischen 11,73 € und rd. 42 € betragen (die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder der AOKen führt zu diesen Differenzen). In diesem Fall könnten **58 % der AOK-Mitglieder die 1%-Überforderungsklausel in Anspruch nehmen**. Sollen pro Versicherten durchschnittlich monatlich 15 € erzielt werden, würden bereits 96 % der AOK-Versicherten unter die Überforderungsklausel fallen.

Ausblick auf die schwarz-gelben Reformen

In der aktuellen politischen Debatte verweist die Koalition, um ja keine konkreten Antworten zu ihrem Modell beantworten zu müssen, auf die **Regierungskommission**. Diese wird ihre Arbeit so aufnehmen, dass vor der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen (Mai 2010) keine Ergebnisse vorliegen. Die Kommission wird große Mühe haben, eine gemeinsame Linie zu finden, da die Koalitionspartner zerstritten sind und bereits vor der Unterzeichnung des Koalitionsvertrages die interne Debatte um die Auslegung der Verabredungen zum Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung anging. Gleichzeitig hat der Zug Richtung Kopfpauschalen bereits die Fahrt aufgenommen. Die Koalition weigert sich, die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu erhöhen, um das drohende Defizit im Gesundheitsfonds zu schließen. Die flächendeckende Erhebung von Zusatzbeiträgen ist abzusehen und von der Koalition politisch gewollt (Details siehe oben).

In der Zwischenzeit werden vollmundige Versprechungen gemacht, die niemals einzulösen sind. So verkündet Minister Rösler es werde einen automatischen Sozialausgleich (ohne Antragstellungen und Prüfungen) geben. Im Gesundheitsausschuss musste er zugeben, dass er kein Land kenne, in dem ein solcher Automatismus (ohne Antragstellungen und Prüfungen) existiere. Er gehe aber davon aus, dass die Kommission hierzu einen Vorschlag vorlegen könne. Wer das glaubt, wird vielleicht selig, aber mit realistischer Politik hat dies nichts zu tun.

Für das Jahr 2011 werden sich Minister Rösler und die Koalition daran machen, die Bremsen aus dem Gesundheitsfonds auszubauen, die bisher noch der freien Fahrt in ein Kopfpauschalensystem entgegenstehen. Wir gehen davon aus, dass bei der nächsten Gesundheitsreform sich die Koalition an der **Überforderungsklausel für die Zusatzbeiträge zu schaffen macht**. Ebenso ist zu vermuten, dass die Grenze „Zusatzbeiträge dürfen nicht mehr als fünf Prozent der Finanzmittel des Gesundheitsfonds ausmachen“ fällt.

Steuermittel für den versprochenen Sozialausgleich wird es vermutlich keine geben – dann braucht es auch keine Antragstellung.

Vermutlich wird die Koalition sich daher als erstes auf den **Umbau der Pflegeversicherung** stürzen. Schwarz-Gelb will in der Pflegefinanzierung "eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss" einführen. Auch wenn die Kapitaldeckung vorerst "nur" ergänzend sein soll, heißt das doch: **Raus aus der Solidarität, rein in die Privatisierung der Pflegeabsicherung**. Die Arbeitgeber werden ein zweites Mal (die ArbeitnehmerInnen „bezahlen“ den Arbeitgeberanteil mit einem Feiertag) aus ihrer solidarischen Mitverantwortung für die Pflege entlassen. Berücksichtigt man die schwarzen und die gelben Konzepte der letzten Jahre, spricht zudem vieles dafür, dass das Ganze auf eine ergänzende Kopfpauschale hinausläuft. Danach würde die Friseurin den gleichen Beitrag zahlen wie Herr Ackermann von der Deutschen Bank. Profiteure sind Arbeitgeber, Versicherungsindustrie und Einkommensstarke.