

# Das Gesundheitswesen braucht nicht weniger Solidarität sondern mehr Die Bürgerversicherung aus grüner Sicht

von Kordula Schulz-Asche, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag

Bei der DAZ-VDZM-Tagung in Frankfurt/M. am 07.05.2011 erläuterte die stellv. Vorsitzende der grünen Fraktion im Hessischen Landtag das Konzept ihrer Partei für die Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die Krankenversicherung in Deutschland bedarf dringend einer grundsätzlichen Reform. Denn verschiedene strukturelle Probleme führen dazu, dass die heutigen Versicherungsweisen nicht mehr auf demografische, aber auch gesellschaftliche Entwicklungen reagieren.

## Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schmilzt

Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt seit Anfang der 1990er Jahre konstant zwischen 6% und 6,5%. Trotzdem ist der Krankenversicherungsbeitrag in dieser Zeit um rund 3 Prozentpunkte gestiegen. Dieses scheinbare Paradox hängt mit der Einkommensentwicklung in Deutschland zusammen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird vor allem über Beiträge auf Löhne und Gehälter finanziert. Deren Anteil am Volkseinkommen ist aber seit den 1990er Jahren stark rückläufig. Dies ist Folge von Arbeitslosigkeit, sich verändernden Beschäftigungsverhältnissen und der Lohnentwicklung. Es wird also weniger in den „Topf“ der GKV eingezahlt. Dagegen stieg in derselben Zeit das Volkseinkommen – bei dessen Berechnung werden neben den Arbeitsentgelten auch die Unternehmens- und Vermögenseinkommen berücksichtigt. Zudem steigen durch demografischen Wandel und Fortschritt die Ausgaben – dies hat ständige Beitragserhöhungen zur Folge.

## Rund zehn Prozent der Bevölkerung nehmen nicht am Solidarausgleich teil

Der Solidarausgleich in der GKV findet nur zwischen den Durchschnitts- und Geringver-

dienenden statt. Denn gut verdienende Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2010: 4.162,50 €, 2011: 4.125 €) können sich ebenso wie Bundestagsabgeordnete und Selbstständige zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) entscheiden. BeamtInnen erhalten von ihrem Dienstherrn je nach Familiensituation zwischen 50% und 80% ihrer Behandlungskosten (Beihilfe) erstattet. Für die Restkosten schließt die überwiegende Mehrheit eine private Krankenversicherung ab.

## Es existieren nebeneinander zwei völlig unterschiedliche Versicherungssysteme: die GKV und die PKV

Das in Deutschland – weltweit einzigartige Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen – der GKV und der PKV – hat fatale Konsequenzen. Art und Umfang der Behandlung vieler PatientInnen sind oft nicht von der Schwere der Erkrankung, sondern von der Versicherungsart abhängig. Denn für die Behandlung PKV-Versicherter erhalten die ÄrztInnen höhere Honorare als für GKV-Versicherte. Das führt zu Unterschieden bei Terminvergabe, Wartezeiten, Zugang zu SpezialistInnen, etc. Zwischen GKV und PKV findet kaum Wettbewerb statt. Denn eine echte Wahlmöglichkeit haben nur Selbstständige, Bundestagsabgeordnete und gut verdienende Angestellte, aber auch nur dann, wenn sie jung und gesund sind. Sonst verlangt die PKV Risikozuschläge oder lehnt die Aufnahme gleich ganz ab.

## Die derzeitige schwarz-gelbe Gesundheitsreform löst die Probleme nicht

Die schwarz-gelbe Bundesregierung löst mit ihrer Gesundheitsreform keine der dringenden Reformaufgaben. Die Trennung von GKV und PKV wird beibehalten. Der einkommensabhängige Beitragssatz in der GKV wird festgeschrieben und der Arbeitgeber-



anteil am Beitrag sinkt. Stattdessen wird der Wechsel zu einer Kopfpauschale, bei der pro Kopf der gleiche Beitrag unabhängig vom Einkommen gezahlt wird, eingeleitet. Der einkommensabhängige Beitragssatz wird eingefroren, und künftige Ausgabensteigerungen werden über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert.

Den Regierungsplänen zufolge erhalten GKV-Versicherte, bei denen der Zusatzbeitrag mehr als 2% ihres Einkommens ausmacht, einen Sozialausgleich. Finanziert werden soll er aus dem Bundeshaushalt. Es besteht allerdings die reale Gefahr, dass innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre die Belastung fast aller GKV-Versicherten die 2%-Grenze erreichen wird. Der daraus entstehende Finanzbedarf für den Sozialausgleich wird angesichts von Rekordverschuldung und Schuldenbremse nicht über den Bundeshaushalt zu stemmen sein.

## Die Reformalternative: Die grüne Bürgerversicherung

Bündnis 90/Die Grünen stehen für eine grundlegende Reformalternative. Wir wollen den steigenden Herausforderungen an das Gesundheitswesen mit mehr und nicht mit weniger Solidarität begegnen. Deshalb wollen wir eine Bürgerversicherung.

## Alle Bürgerinnen und Bürger werden in den Solidarausgleich einbezogen

Die grüne Bürgerversicherung bezieht auch die Stärksten in die Solidargemeinschaft ein: Gutverdienende, BeamtInnen,

## Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs – eine Mogelpackung

Jahr	Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	Anteil der betroffenen GKV-Mitglieder	Finanzbedarf Bundshaushalt
2015	21 €	30%	1,0 Mrd. €
2020	56 €	75%	12 Mrd. €
2025	97 €	90%	25 Mrd. €

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie, Universität Köln

Abgeordnete, Selbstständige. Dadurch wird die Krankenversicherung leistungsfähiger und krisenunabhängiger. Für viele Versicherte ändert sich nicht viel, eventuell sind sogar Entlastungen möglich. Zu Zusatzbelastungen kann es unter gut verdienenden Privatversicherten kommen.

### **Alle Einkommensarten werden einbezogen**

Beiträge werden auch auf Einkünfte aus Vermögen, selbstständiger Tätigkeit, Vermietung und Verpachtung erhoben. Damit wird die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung um die Einkommensarten erweitert, deren Anteil am Volkseinkommen wächst. So wird die Finanzierung der Krankenversicherung nachhaltiger und gerechter. Denn die Beitragsbelastung eines Versicherten ist nicht mehr von der Art und Zusammensetzung seiner Einkommensquellen abhängig. Zum Schutz von Kleinsparern wird für Vermögenseinkommen ein Freibetrag in Höhe des Sparerfreibetrags (801 €/Jahr) eingeräumt.

### **Die Beitragsbemessungsgrenze wird angehoben**

In der GKV gibt es mit Ausnahme des Krankengeldes keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der gezahlten Beiträge und dem Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie ist damit das Sozialversicherungssystem mit dem weitaus stärksten Solidarausgleich. Allerdings kann der Ausgleich nicht grenzenlos ausgeweitet werden, um die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung nicht zu gefährden. Deshalb befürworten wir eine Obergrenze, bis zur der prozentuale Beiträge auf das Einkommen entrichtet werden müssen. Eine solche Beitragsbemessungsgrenze erscheint außerdem aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten.

Wir wollen die Grenze, die derzeit in der GKV bei 3.750,- Euro liegt, auf das Niveau der heutigen Beitragsbemessungsgrenze (West) der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung (2010: 5.500 Euro) anheben.

Dies würde u.a. die Abschaffung der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen ermöglichen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Selbstbeteiligungen nicht zu einer verantwortlichen Inanspruchnahme von Kassenleistungen führen. Stattdessen halten sie vor allem viele sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten auch von solchen Arztbesuchen ab, die dringend notwendig wären.

### **Die Parität der Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wird wieder hergestellt**

Derzeit liegt der Arbeitnehmeranteil am Krankenversicherungsbeitrag um 0,9 Prozentpunkte höher als der Arbeitgeberanteil. In der Bürgerversicherung wird der Beitrag wieder zu gleichen Teilen von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen.

### **Die Familienmitversicherung wird an die heutige Familienvielfalt angepasst**

In der Bürgerversicherung sind alle Kinder beitragsfrei versichert - auch die Kinder der heute Privatversicherten. Durch die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehegatten bzw. Lebenspartner werden heute durchschnittlich verdienende Doppelverdiener-Paare bei gleichem Haushaltseinkommen benachteiligt gegenüber einkommensstarken „traditionellen“ Ehen, in denen einer viel (meistens der Mann) und einer wenig oder gar nichts (meistens die Frau) verdient. Damit macht die grüne Bürgerversicherung durch ein Beitragsplitting Schluss. Das Haushaltseinkommen wird rechnerisch halbiert und auf beide Hälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Für Paare, deren gemeinsames Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, ändert sich dadurch nichts. Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze steigt allerdings der Beitrag.

Ausgenommen vom Beitragsplitting werden Paare, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner viel Zeit für die Erziehung von Kindern bis zum 3. Lebensjahr, die Betreuung von Menschen mit Behinderung oder die Pflege von Angehörigen aufwendet.

### **Gleiche Regeln für alle Krankenversicherer**

Die Bürgerversicherung können sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungsunternehmen anbieten. Damit der entstehende Wettbewerb aber fair verläuft und den Versicherten und PatientInnen nützt, müssen für alle Krankenversicherer dieselben Regeln gelten: Sie müssen jeden aufnehmen, der sich bei ihnen versichern will. Benachteiligungen aufgrund von Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen sind auszuschließen. Die Höhe der Beiträge richtet sich ausschließlich nach der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens. Alle Krankenversicherer müssen sich am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beteiligen, durch den die unterschiedlichen Belastungen, die sich aus dem unterschiedlichen Gesundheitszustand ihrer Mitglieder ergeben, ausgeglichen werden. So wird gewährleis-

tet, dass sich der Kassenwettbewerb tatsächlich um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung und nicht um die Gewinnung möglichst gesunder Mitglieder dreht.

### **Was bringt die Bürgerversicherung?**

Die Bürgerversicherung stärkt die Solidarität, sorgt für mehr Gerechtigkeit und schafft mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern. Durch die Abschaffung der Zuzahlungen verschwinden Zugangshürden für sozial Benachteiligte. Langfristig wird durch die Ausweitung der Finanzierungsbasis die Beitragsentwicklung stabilisiert. Die ArbeitnehmerInnen werden durch die vollständige Wiederherstellung der Parität um 0,45 Prozentpunkte entlastet.

Zu finanziellen Belastungen kann die Bürgerversicherung bei denen führen, die gut verdienen und gesund sind. Sind sie in der PKV, werden sie erstmals in den Solidarausgleich einbezogen. Das heißt, dass sie quasi mit einem Teil ihres Beitrags Geringverdienende, chronisch Kranke und Kinderreiche unterstützen.

Dies sind die Grundzüge der grünen Bürgerversicherung. Allerdings müssen für die Umsetzung noch viele Fragen geklärt und Probleme gelöst werden. Daran arbeiten wir derzeit: Die Wahrung der Rechte der bisher Privatversicherten, die Beitragserhebung auf Einkünfte aus Vermögen, selbstständiger Tätigkeit und Vermietung sowie Verpachtung ohne bombastischen bürokratischen Aufwand, die Repräsentanz der gesamten Gesellschaft in der Selbstverwaltung (und nicht nur der Arbeitgeber und Gewerkschaften). Denn für uns Grüne steht die Bürgerversicherung nicht nur für mehr Solidarität und Gerechtigkeit, sondern auch für mehr Partizipation.

### **Nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Versorgung braucht Strukturreformen**

Die Bürgerversicherung sorgt für das finanzielle Fundament. Doch sie macht weitere Strukturreformen nicht überflüssig. Bei denen setzen wir u.a. auf mehr Zusammenarbeit, Qualität und Prävention. Rund 80% der GKV-Gelder werden für 20% der Krankenversicherten ausgegeben. Die meisten von ihnen sind chronisch krank. Durch einen massiven Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung ließen sich viele dieser Erkrankungen vermeiden oder ins höhere Lebensalter aufschieben. Angesichts des demografischen Wandels ist das für das Solidarsystem geradezu eine Überlebensfrage. Gesundheitsförderung

ist aber nur wirkungsvoll, wenn sie die Lebenslagen der Menschen berücksichtigt. Wenn Untersuchungen zeigen, dass bei der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe nach § 21 (1) SGB V insbesondere benachteiligte Kinder und Jugendliche kaum erreicht werden, müssen hier gemeinsam mit den Gesundheitsämtern neue Konzepte entwickelt und umgesetzt werden.

Qualität muss auch in anderen Bereichen zum Steuerungskriterium im Gesundheitswesen werden. Ob im Krankenhaus, der Arztpraxis oder der Arzneimittelversorgung – dazu gehören die Schaffung von Qualitätstransparenz und die Ausrichtung von Preisen und Honoraren an Qualitätsmaßstäben.

Und wichtig ist nicht zuletzt die bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und -einrichtungen. Behandlung und Betreuung brauchen gut aufeinander abgestimmte Versorgungsabläufe. Dadurch wird die Gesundheitsversorgung besser und auch wirtschaftlicher. Die Grünen in Hessen haben ein Konzept erarbeitet, das sich beispielhaft dieses Themas im ländlichen Raum annimmt (<http://www.gruene-hessen.de/landtag/materialien/gesundheits-im-laendlichen-raum/>).

### **MdL Kordula Schulz-Asche, Stellv. Vorsitzende der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag**

Diese Beschreibung der grünen Bürgerversicherung beruht weitgehend auf Ausarbeitungen der Bundestagfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen, mehr unter [www.gruene-bundestag.de](http://www.gruene-bundestag.de)

#### **Prophylaxe-Infomaterial jetzt auch auf Türkisch!**

Die DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe (IfK) bietet, ausgehend von der Erkenntnis, dass Migranten weitaus weniger präventive Leistungen in Anspruch nehmen als Deutsche, ihre Infos nun auch in der Sprache unserer zweitgrößten Bevölkerungsgruppe an. Sie können div. türkische Faltblätter über die IfK-Website herunterladen oder sie kostenlos in gedruckter Form beziehen über:

**Informationsstelle für Kariesprophylaxe  
Leimenrode 29, 60322 Frankfurt  
Tel 069/24706822, Fax 069/70768753  
[daz@kariesvorbeugung.de](mailto:daz@kariesvorbeugung.de)  
[www.kariesvorbeugung.de](http://www.kariesvorbeugung.de)**

## **Gemeinsamer Aufruf von DAZ und BVAZ zur Beschreibung einer breitentauglichen Endo-Behandlung**

Seit längerem gibt es Diskussionen über Therapiestandards für die endodontische Behandlung in Deutschland, an denen sich die zahnärztlichen Verbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) in verschiedener Weise beteiligt haben: durch Zeitschriftenbeiträge, Pressemeldungen und zuletzt durch eine vom DAZ initiierte Umfrage, mit der die endodontische Alltagsversorgung, wie sie in den Praxen erfolgt, erfasst werden sollte. Nunmehr möchten beide Verbände gemeinsam eine Initiative zur Beschreibung einer besseren endodontischen Breitenversorgung ergreifen und wenden sich an interessierte Kollegen/innen aus Praxis, Klinik und Hochschule mit der Bitte um Unterstützung. Dabei möchten wir zugleich informieren über die Ergebnisse der erwähnten Umfrage. Sie weisen auf eine große Diskrepanz zwischen endodontologischer Theorie und Praxis hin.

Die augenblickliche Situation ist gekennzeichnet durch fachliche Verunsicherung und Konfrontation. Der Zahnarzt, der sich um die Versorgung seiner Patienten und das wirtschaftliche Auskommen seiner Praxis bemüht, fühlt sich bedroht und alleingelassen angesichts von Forderungen für die Durchführung einer lege artis Endobehandlung, wie sie von erklärten Autoritäten auf diesem Gebiet immer wieder veröffentlicht werden – von Forderungen, die im Alltag der GKV-Behandlungen nicht erfüllt werden können. Dem gegenüber gibt es für manchen auch die Möglichkeit, sich diese Forderungen zunutze zu machen, um die eigene Behandlung über die GKV hinauszuhoben.

BVAZ und DAZ verfolgen das Ziel, dass eine endodontische Basisversorgung beschrieben wird: Als ruhiger Gegenpol zu den sich überschlagenden Angeboten und Forderungen im technischen Bereich sollte ein Katalog von Bedingungen definiert werden, die für einen hinreichenden Erfolg versprechende Behandlung zu erfüllen sind. Diesen Bedingungsanon gibt es, seit es systematische Endobehandlung gibt. Er sollte nur unter dem Ansatz des Praxisbezuges neu formuliert werden.

Zu den einzelnen Bedingungen ist ein Korridor von möglichen Verfahrensweisen („good clinical practice“) zu beschreiben. Da es in

der Endobehandlung nur wenig Evidenz, aber „biologische Offensichtlichkeiten“ (Prof. L. Figgenger) und Erfahrungswerte gibt, kann das Ziel nur eine Konsensbasierung sein. Diese muss für alle Phasen der endodontischen Behandlung, von der Trockenlegung über die Aufbereitung, Spülung und Desinfektion bis zur Abfüllung und Schlussversorgung des Zahnes beschrieben werden. Dabei müssen für jede Behandlungsphase die zur Verfügung stehenden verschiedenen akzeptablen Verfahren benannt werden. Aus diesem Angebot kann sich der Behandler dann das für die jeweilige Situation geeignete erscheinende Verfahren wählen.

Insgesamt muss betont werden, dass eine „ordentliche“ und mit Sorgfalt durchgeführte Behandlung zu fordern ist. Diese Forderung ist alt und eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Sie fehlt aber in der Debatte und wird durch auf technischer Hochrüstung basierende Heilsversprechen und verabsolutierte Verfahrensregeln regelrecht unterdrückt.

Wenn es um eine bessere endodontische Breitenversorgung geht, kommt man unweigerlich auch zum Thema der Finanzierbarkeit. Wenn erst einmal eine konsensbasierte Basisbehandlung beschrieben worden ist, eröffnet das auch die Möglichkeit zu erklären, was diese kosten muss. Nur so können konkrete Vorschläge für eine bessere Honorierung mit einer gewissen Realisierungschance eingebracht werden. Ein Vorschlag ist beispielsweise die Einführung einer Position „Spül“, um das aufwendige Spülen, das zum Erfüllen der beispielhaften Bedingung „Reinigung“ durchgeführt werden muss, zu honorieren.

DAZ und BVAZ geht es bei diesen Bemühungen nicht um die eigene verbandspolitische Profilierung. Beide Verbände fordern und suchen einen vernünftig begründeten Korridor von Verfahrensmöglichkeiten für eine endodontische Behandlung, die in der Breite von der Zahnärzteschaft erbracht werden kann.

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich für dieses Projekt interessieren, bitten wir um Anregungen zum Verfahren ebenso wie um inhaltliche Beiträge. Auch diejenigen, die diesem Projekt skeptisch gegenüber stehen, bitten wir, uns ihre Bedenken mitzuteilen.

**Dr. Dr. Marianne Grimm, BVAZ-Präsidentin  
Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende**