

Fraktionsbeschluss vom 23. März 2021

Für alle solidarisch.

Mit der Bürgerversicherung mehr

Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Wahlfreiheit

in unserer Krankenversicherung schaffen.

Die gesetzliche Krankenversicherung zeigt seit vielen Jahren, dass sich Solidarität für alle lohnt. Doch Jens Spahn und die Koalition aus Union und SPD haben der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem historisch einmaligen Defizit in zweistelliger Milliardenhöhe ein schweres Erbe hinterlassen, weil sie sich nicht ausreichend um die solidarische Finanzierung ihrer vielen teuren Gesetze kümmerten. Dieses Versäumnis wiegt schwer. Gerade jetzt in Krisenzeiten, in denen die wirtschaftlichen Bedingungen für das Krankenversicherungssystem noch schwieriger werden, braucht unser Gesundheitswesen eine solide finanzielle Basis. Aber auch unabhängig von der Überwindung der Pandemie kommt es auf ein stabiles und verlässliches finanzielles Fundament an, um den Herausforderungen des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels zu begegnen.

Die Stärke der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beruht auf der Solidarität ihrer 73 Millionen Versicherten. Diese sorgen mit ihren Beiträgen dafür, dass es für alle zuverlässig und gut vorangeht, das Boot auch bei starkem Wind nicht kentert und niemand über Bord geht. Alle Versicherten haben Anspruch auf eine gute Versorgung. Ihr Beitrag an die Krankenversicherung bemisst sich nach ihrem Einkommen. Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Dieser solidarische Zusammenhalt ist die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung und eine verlässliche Absicherung in allen Lebenssituationen. In der privaten Krankenversicherung (PKV) sind Solidarität und sozialer Ausgleich bislang Mangelware. Sie belastet ihre circa 8,7 Millionen Versicherten nach deren Krankheitsrisiko. Die Absicherung richtet sich danach, was man sich gerade leisten kann und nicht danach, was man im Krankheitsfall wirklich benötigt. Das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung verhindert, dass alle Versicherten gleichermaßen an der Finanzierung unseres Gesundheitswesens beteiligt sind.

UNSER ZIEL: DIE BÜRGERVERSICHERUNG

Unser Ziel ist die Bürgerversicherung als Versicherungssystem, das auf wesentlichen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung basiert und in dem alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom Einkommen verlässlich abgesichert und qualitativ hochwertig versorgt sind und Prävention und Gesundheitsförderungen einen hohen Stellenwert haben. Die Bürgerversicherung steht für Solidarität und Gerechtigkeit, Vielfalt und Qualität. Sie ist ein Krankenversicherungssystem, das mitwächst und sich den unterschiedlichen Lebensphasen, den Höhen und Tiefen im Leben der Versicherten anpasst. Niemand muss bei Krankheit oder im Alter unbezahlbare Beiträge und eine schlechtere Versorgung befürchten.

Das wollen wir:

- **Mehr Solidarität und Zusammenhalt.**
Beim steuerfinanzierten Gemeinwesen wie etwa Schulen, Straßen oder der Feuerwehr gilt: Starke Schultern tragen mehr. Wir wollen, dass dieses Prinzip vollständig auch im Krankenversicherungssystem gilt.
- **Mehr Gerechtigkeit und Verlässlichkeit.**
Zwar gibt es in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht. Aber das bedeutet leider nicht, dass alle in Deutschland die Versorgung bekommen, die sie benötigen. Wir wollen, dass alle Menschen ein Leben lang verlässlich abgesichert sind.

- **Mehr Wahlfreiheit und Qualität.**

Insbesondere in der privaten Krankenversicherung sind Versicherte heutzutage immer noch sehr beschränkt in der Anbieterwahl. Das verleitet viele Unternehmen in der PKV dazu, sich statt um die Qualität der Versorgung vorrangig um Neukunden, also um junge und gesunde Versicherte zu kümmern. Wir wollen mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und Anreize für alle Krankenversicherungen, sich um eine gute Versorgung ihrer Versicherten zu bemühen.

- **Mehr Stabilität und Nachhaltigkeit.**

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und vor allem des medizinischen Fortschritts brauchen wir eine nachhaltige Finanzierungsbasis für unser Gesundheitswesen. Die Einbeziehung aller nach ihren Möglichkeiten in den Solidarausgleich sorgt für eine stabile finanzielle Basis für unser Gesundheitswesen.

WARUM ES BESSER WERDEN MUSS

Das deutsche Gesundheitssystem beschreibt sich gerne als eines der besten der Welt. Doch im Krankenversicherungssystem gibt es zwei Zweige, die nach unterschiedlichen Prinzipien funktionieren und voneinander abgeschottet sind: die gesetzliche und die private Versicherung. Diese Spaltung des Krankenversicherungsmarktes ist weltweit einmalig. Sie verhindert, dass alle Versicherten sich gleichermaßen an der Finanzierung unseres Gesundheitswesens beteiligen können und alle Menschen unabhängig vom Einkommen fairen Zugang zu einer guten Absicherung haben. Das führt zu ungleichen Bedingungen im Wettbewerb der Krankenversicherungen um gute Qualität und begünstigt Rosinenpickerei, durch die sich ein Teil der Versicherungen auf die Versicherung guter Risiken konzentrieren kann.

Nicht erst seit der aktuellen Corona-Pandemie wissen viele Menschen, wie wichtig eine gute und vor allem verlässliche Absicherung im Krankheitsfall ist. Die PKV bietet nur dem gut verdienenden Teil ihrer Versicherten eine bedarfsgerechte Absicherung und auch in der GKV gibt es Verbesserungspotential. Vor diesem Hintergrund muss vieles dringend verbessert werden:

- Zahlreiche Versicherte bei privaten Krankenversicherungsunternehmen sind selbst in den besten Tarifen schlechter abgesichert als gesetzlich Versicherte. Dies betrifft etwa Reha-Leistungen und Kuren, Psychotherapie oder häusliche Krankenpflege.¹ Die Versicherten können nicht zu besseren Tarifen anderer Unternehmen wechseln, weil sie sonst wesentliche Teile ihrer Altersrückstellungen verlieren würden. Sie sind an das jeweilige Unternehmen im schlimmsten Fall ein Leben lang gefesselt. So kann kein Wettbewerb um die beste Qualität entstehen. Viele privat Versicherte wissen bei Abschluss ihrer Versicherung nicht, worauf sie sich einlassen und dass sie in manchen Tarifen vor allem im Alter schlecht abgesichert sind. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass privat Versicherten medizinisch Leistungen angedreht werden, die überflüssig sind oder ihnen gar schaden können. Menschen mit Behinderung steht in der privaten Krankenversicherung de facto lediglich der Zugang zum Basistarif offen, da sie sich in den sonstigen Tarifen nur mit erheblichen Leistungsausschlüssen oder Risikozuschlägen versichern können.
- Etliche privat Versicherte beklagen stark steigende Prämien in ihren jeweiligen Tarifen. Das belastet vor allem Menschen mit geringeren Einkommen wie manche Solo-Selbständige, Beamtinnen und Beamte in niedrigen Besoldungsstufen, Rentnerinnen und Rentner oder auch Pensionärinnen und Pensionäre. Vielen Versicherten bleibt dann bislang nicht viel anderes übrig, als ihre Selbstbeteiligung zu erhöhen oder in einen billigeren Tarif mit weniger Leistungen zu wechseln. Gerade im Alter, wenn chronische Erkrankungen zunehmen, kann dies zum Problem werden. Einen Ausweg aus dieser Situation gibt es für diese Versicherten häufig nicht. Durch die Spaltung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist ihnen der Weg zurück in die gesetzliche Krankenversicherung weitgehend

¹ <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/lueckenhafter-schutz-in-der-pkv>

verwehrt. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass junge, gesunde PKV-Versicherte mit höheren Einkommen, die über einen längeren Zeitraum nicht in die Solidargemeinschaft eingezahlt haben, diese auch nachträglich im Alter nicht in Anspruch nehmen sollen.

- Noch immer gibt es zehntausende Menschen in Deutschland, die keinerlei Absicherung durch eine Krankenversicherung haben. Sie werden nur im Notfall behandelt, der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten wie beispielsweise Insulin bleibt ihnen verwehrt. Davon sind nicht nur geflüchtete Menschen oder EU-Bürgerinnen und -Bürger mit unklarem Versicherungsschutz betroffen, sondern auch Solo-Selbständige, die sich die Beiträge oder Prämien für die Krankenversicherung nicht mehr leisten konnten.
- Die gesetzliche Krankenversicherung ist in hohem Maße von der Entwicklung von Löhnen und Gehältern abhängig, denn sie wird im Wesentlichen aus den Erwerbseinkommen der Beschäftigten finanziert. Andere Einkunftsarten wie etwa Aktiengewinne werden hingegen nicht einbezogen. Überdies endet die Gerechtigkeit bislang an der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze. Das Risiko immer weiterer Beitragssteigerungen nimmt zu. Langfristig wird so die finanzielle Stabilität der GKV gefährdet.
- Bei privat Versicherten, die im Basistarif versichert sind, wird eine monatliche Prämie von bis zu 700 Euro fällig. Dennoch berichten sie über Schwierigkeiten, beispielsweise einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin zu finden. Das heißt, diese Versicherten zahlen genauso viel oder mehr als gesetzlich Versicherte für ihre Absicherung, haben aber einen deutlich schlechteren Zugang zu einer guten Versorgung.
- Beamtinnen und Beamte, die am Beginn ihrer Laufbahn stehen, werden durch das Beihilferecht in die private Krankenversicherung gedrängt. Sie haben faktisch kein souveränes Wahlrecht, denn entscheiden sie sich für die gesetzliche Krankenversicherung, müssen sie ihre Beiträge komplett alleine zahlen. Sie erhalten bislang nur in wenigen Bundesländern einen Zuschuss des Beihilfeträgers zur gesetzlichen Krankenversicherung. Vor allem für diejenigen Beamtinnen und Beamte, die nur halbtags arbeiten oder nur eine geringe Besoldung bekommen, stellt dies eine große Belastung dar.
- Für gesetzlich Versicherte besteht ebenfalls Verbesserungsbedarf. Sie können ihre Krankenkasse zwar jederzeit wechseln. Jedoch fehlt es ihnen an ausreichender Qualitätstransparenz, um eine informierte Entscheidung für eine bestimmte Krankenkasse treffen zu können. Noch immer kommt es vor, dass Kassenvorstände allein auf die Höhe des Beitragssatzes schießen und die Versorgung insbesondere von besonders vulnerablen Menschen vernachlässigen. Das führt beispielsweise zu willkürlich abgelehnten Anträgen bei Heil- oder Hilfsmitteln oder Gängeleien beim Krankengeld. Es gibt für die gesetzlichen Krankenkassen zu wenig Anreize, sich durch eine besonders gute Versorgung etwa von Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen hervor zu tun. Auch beim Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gibt es noch Lücken. Er verspricht zwar eine umfassende Absicherung im Krankheitsfall auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Allerdings ist es in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen, dass der Leistungsumfang aus finanziellen Gründen durch den Gesetzgeber eingeschränkt wurde. Inzwischen müssen Patientinnen und Patienten erhebliche Mittel etwa für Zuzahlungen aus eigener Tasche aufwenden. Dies belastet vor allem Menschen mit geringen Einkommen. Darüber hinaus kommt es immer wieder vor, dass gesetzlich Versicherte bei einem Termin für eine fachärztliche Versorgung trotz medizinischer Dringlichkeit monatelange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Zu kritisieren ist außerdem, dass Bundesregierung und Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung die Unabhängige Patientenberatung durch die Vergabe an ein kommerzielles Callcenter geschwächt haben. Dies beeinträchtigt die sozialen Bürgerrechte der Versicherten.

Diese Beispiele zeigen, warum wir uns auf den Weg zu einer Bürgerversicherung machen müssen. Denn das heutige getrennte Krankenversicherungssystem ist doppelt unfair: Es ist unsolidarisch, weil nicht alle Versicherten zur Finanzierung beitragen. Und es ist ungerecht, weil nicht alle Versicherten qualitativ hochwertig versorgt werden.

Wir wollen die Spaltung des Krankenversicherungsmarktes überwinden und die Krankenversicherung zu einem integrierten System weiterentwickeln. Nachfolgend machen wir Vorschläge, wie Solidarität, Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Wahlfreiheit Schritt für Schritt gestärkt werden können.

SCHRITT 1: VERLÄSSLICHER SCHUTZ UND MEHR WAHLFREIHEIT

Mehr Transparenz für Versicherte in der PKV

Viele Versicherte in der privaten Krankenversicherung sind nicht so abgesichert, wie es nötig ist. Weil sie es sich nicht leisten können oder weil sie nur ungenügende Informationen hatten oder schlecht beraten wurden, haben sie Tarife abgeschlossen, die geringere Leistungen als die gesetzliche Krankenversicherung bieten. Die Angebote der einzelnen Unternehmen unterscheiden sich qualitativ erheblich. Es gibt kaum Transparenz über das, was die Tarife tatsächlich vertraglich garantieren. Die Versicherten sind bislang weitgehend schutzlos dem Marketing der Unternehmen und den Maklerversprechungen ausgeliefert. Für mehr Transparenz sollen die PKV-Unternehmen daher gesetzlich verpflichtet werden, alle ihre Versicherten von sich aus regelmäßig und detailliert über mindestens ebenbürtige und zugleich preisgünstigere Tarife im gleichen Unternehmen zu informieren. Zudem ist die Unabhängigkeit der für die Überprüfung der Beitragsanpassungen einzusetzen Treuhänder sicherzustellen. Versicherer sollen verpflichtet werden, ihre eingesetzten Treuhänder in einem festgelegten Turnus zu wechseln. Es muss für Versicherte durch Angabe des zugrundeliegenden Rechnungszinses klar ersichtlich werden, ob eine Prämienhöhung angemessen ist.

Um Neukunden mit sehr niedrigen Tarifen anwerben zu können, werden die Prämien vor Vertragsbeginn bislang oft zu knapp kalkuliert und später kommt es zu hohen Beitragssprüngen für die Versicherten. Wir wollen, dass für Vertragsbeginn ein ehrliches Prämienangebot vorliegt. So würden auch Preis-Leistungs-Vergleiche zwischen privaten Versicherern und der gesetzlichen Krankenversicherung nachvollziehbarer und fairer.

Mehr Verbraucherschutz

Damit Versicherte in der PKV bei Problemen nicht auf sich allein gestellt sind, ist mehr Verbraucherschutz notwendig. Dazu stärken wir insbesondere die Unabhängigkeit und Neutralität des PKV-Ombudsmanns. Dieser Ombudsmann hilft bei der außergerichtlichen Streitbeilegung. Er soll das Recht zu verbindlichen Entscheidungen bis zu einer bestimmten Streitsumme bekommen und durch einen Beirat beraten werden, in dem Verbraucherorganisationen, Verbände der Versicherungsvermittler und der PKV-Unternehmen, Aufsichtsbehörden sowie die Politik und die Wissenschaft vertreten sind. Generell wollen wir die Unabhängige Patientenberatung (UPD) stärken und stabiler finanzieren. Das kommt den Verbraucherrechten sowohl von gesetzlich als auch privat Versicherten zugute.

Bessere Absicherung für Menschen in Sozialtarifen

Ein Problem stellt der so genannte PKV-Basistarif dar. Er war auch geschaffen worden, um PKV-Versicherten eine mit dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Absicherung zu verschaffen. Doch Versicherte im Basistarif zahlen zwar eine sehr hohe Prämie, erhalten in der Praxis aber häufig eine schlechtere ärztliche Versorgung. Zudem liegen die von der PKV in der Praxis garantierten Leistungen in diesem Tarif deutlich unterhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir wollen die Prämienbelastung in diesem Tarif deutlich reduzieren. Die ärztliche Vergütung in diesem Tarif soll mindestens den Honoraren der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. So verschwindet der bislang vorhandene Anreiz, Versicherte in diesem Tarif abzuweisen und damit schlechter zu versorgen. Den Basistarif und den Standardtarif in der PKV wollen wir zu einem verlässlichen Bürgertarif ausbauen, der eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet und den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität ebenbürtig ist.

Barrieren beim Krankenversicherungsschutz abbauen

Nicht alle Menschen, die sich in Deutschland aufhalten, haben auch Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Betroffen sind davon unter anderem Menschen ohne Papiere, Menschen ohne Wohnsitz, Menschen ohne Krankenversicherungsschutz oder Menschen, die durch Beitragsschulden nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben. Wir wollen, dass alle Menschen in Deutschland einen guten und diskriminierungsfreien Zugang zu unserem Gesundheitssystem erhalten. Deshalb wollen wir Barrieren beim Zugang abbauen sowie die Gesundheitskarte für Geflüchtete einführen.

Qualität der Versorgung verbessern

Eine gute Absicherung aller Versicherten verlangt auch, dass die PKV künftig deutlich mehr Verantwortung für eine gute Versorgung ihrer Versicherten übernehmen muss. Es reicht gerade mit Blick auf den demographischen Wandel und die hieraus notwendigen Verbesserungen in der Versorgung nicht aus, nur Arztrechnungen zu erstatten und Makler auf die Jagd nach neuen Versicherten zu schicken. Moderne Krankenversicherungen müssen im Sinne ihrer Versicherten Einfluss für eine hohe Qualität der Versorgung nehmen. Anders als die GKV hat die PKV hierzu bislang keine Instrumente. Wir wollen die PKV stärker dazu bringen, sich durch Verträge mit Leistungserbringern für die Qualität der erbrachten Leistungen einzusetzen.

Krankenkassenwechsel in der PKV ermöglichen

Was mit der freien Kassenwahl seit einem Vierteljahrhundert in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Selbstverständlichkeit ist, gibt es so in der PKV bislang kaum: ein Wechsel zu einem anderen Versicherer. Wer dennoch wechselt, verliert große Teile ihrer oder seiner angesparten Altersrückstellungen. Das macht die PKV praktisch zu einer weitgehend wettbewerbsfreien Zone. Wir werden uns dafür einsetzen, dass privat Versicherte ihre Rückstellung zu einem anderen Unternehmen mitnehmen können. Hierzu wird ein Ausgleichssystem innerhalb der privaten Krankenversicherung geschaffen, mit dem individualisierbare Teile der Altersrückstellungen von einem zum anderen Unternehmen übertragen werden können.

Wahlfreiheit auch für Beamtinnen und Beamte

Unser Ziel ist mehr Wahlfreiheit auch für die Beamtinnen und Beamten. In einigen Bundesländern können sie inzwischen ohne Einschränkungen zwischen einer Absicherung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung wählen. Dies werden wir auf Bundesebene ebenfalls durchsetzen. Wir wollen erreichen, dass sich Beamtinnen und Beamte ohne finanzielle Nachteile auch für die gesetzliche Krankenversicherung entscheiden können (zum Beispiel durch einen beihilfefähigen Tarif in der GKV). So wäre für alle Beamtinnen und Beamte die freie Kassenwahl möglich.

Mehr Transparenz, Qualität und bessere Versorgung auch in der GKV

Auch für gesetzlich Versicherte sehen wir weiteren Verbesserungsbedarf mit Blick etwa auf die Qualität und Verlässlichkeit der Versorgung. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung bei den Sehhilfen und Zahnersatz wollen wir schrittweise wieder ausweiten und den Schutz hilfsbedürftiger Versicherter vor finanzieller Überforderung verstärken. Zugleich muss auch die Qualitätstransparenz für gesetzlich Versicherte ausgebaut werden. Wie wichtig besonders für chronisch kranke oder behinderte Menschen die Wahl der Kasse ist, zeigt sich bspw. in der Hilfsmittelversorgung, wo manche Kassen Anträge ablehnen oder willkürlich notwendige Leistungen vorenthalten.

Wir wollen den Versicherten eine informierte Entscheidung zur Auswahl ihrer Krankenkasse ermöglichen. Maßgeblich für einen solchen Qualitätsvergleich der Krankenkassen sollte beispielsweise die Leistungsgewährung beziehungsweise die Quote der Bewilligung von Leistungen sein. Auch ob sich die Krankenkasse durch spezielle Programme für bestimmte Erkrankungen, zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten oder Verträge zur regionalen Versorgung engagiert, sind wichtige Kriterien bei der Wahl einer Krankenkasse.

SCHRITT 2: MEHR SOLIDARITÄT UND ABSICHERUNG EIN LEBEN LANG

Mit den zuvor vorgeschlagenen kurzfristiger umsetzbaren Instrumenten wollen wir wichtige Verbesserungen für die Versicherten in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung erreichen. Doch es bedarf weitergehender Reformen unseres Krankenversicherungssystems, um mehr Solidarität und Gerechtigkeit zu erreichen.

Eigenständig und gut abgesichert – ein Leben lang

Bislang sind Kinder, Ehegatten und Lebenspartner ohne ausreichendes Einkommen keine eigenständigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern haben nur einen von ihren Eltern, Ehegatten oder Lebenspartnern abgeleiteten Versicherungsanspruch. Kommt es beispielsweise zur Trennung eines Paares oder verstirbt das Mitglied, endet in der Regel auch die Familienmitversicherung. Ähnlich verhält es sich bei gering verdienenden Ehe- oder Lebenspartnern von privat Versicherten. Darüber hinaus gibt es noch immer viele Menschen, die überhaupt nicht durch eine Krankenversicherung abgesichert sind. Wir wollen, dass künftig ein einfaches und gerechtes Prinzip gilt: Alle Einwohnerinnen und Einwohner sind eigenständig krankenversichert und so ab Geburt individuell abgesichert. Noch vor der Steuernummer würden frisch gebackene Eltern künftig als erstes einen Brief erhalten, der ihrem Kind eine lebenslange Absicherung für den Krankheitsfall garantiert. Kinder und andere Personen, die kein eigenes oder nur ein sehr geringes Einkommen beziehen, werden von der Beitragszahlung befreit. So ist gewährleistet, dass alle verlässlich durch eine Krankenversicherung geschützt sind und niemand überfordert wird.

Zusammenhalt und Solidarität stärken

Wir wollen alle Versicherten in die Solidarität einbeziehen. Alle gesetzlich und privat Versicherten, auch die mit geringen Einkommen, können sich so eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Absicherung leisten. Im Gegenzug tragen alle Versicherten zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung unserer Krankenversicherungssystems bei. Dieses Plus an Solidarität stärkt den Zusammenhalt.

Die private Krankenversicherung besteht fort. Privat Versicherte zahlen künftig ebenso wie bisher gesetzlich Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag. Bei privat Versicherten fließt dieser an den Gesundheitsfonds. So tragen auch sie zur solidarischen Finanzierung bei. Gleichzeitig haben auch privat Versicherte Anspruch auf den Schutz der Solidargemeinschaft und erhalten aus dem Fonds einen Zuschuss, mit dem sie ihre Prämien in der privaten Krankenversicherung begleichen können. Er entspricht in der Höhe etwa der Zuweisung, die gesetzliche Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Dadurch erreichen wir, dass alle Versicherten, gleich ob gesetzlich oder privat, einen verlässlichen Krankenversicherungsschutz bekommen können. Auch privat Versicherte ohne eigenes Einkommen wie zum Beispiel Kinder erhalten aus dem Fonds diesen Zuschuss. Von all dem profitieren vor allem Versicherte mit chronischen Erkrankungen, mit mittleren oder geringen Einkommen sowie ältere Versicherte, die besonders auf eine bezahlbare Krankenversicherung und gesellschaftlichen Zusammenhalt angewiesen sind.

SCHRITT 3: MEHR GERECHTIGKEIT, VIELFALT UND QUALITÄT

Gerechte Beiträge

In der Bürgerversicherung trägt jede und jeder nach seinen finanziellen Möglichkeiten zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens bei. Es ist ungerecht, wenn beispielsweise eine Rentnerin ohne nennenswerte Kapitalerträge einen höheren Beitrag für die Krankenversicherung zahlt als ein Versicherter, der sein Einkommen zu großen Teilen aus Aktiengewinnen oder Mieterträgen erzielt. In der Bürgerversicherung erreichen wir eine gerechte Beteiligung aller an der Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Unabhängig davon, ob dieses Einkommen durch Erwerbsarbeit oder Aktiengewinne erzielt wird. Menschen mit finanziell starken Schultern tragen damit stärker zur Solidarität bei als Menschen, die nur über geringe Einkommen verfügen. Alle Einkommensarten werden bei der Beitragsbemessung einbezogen. Um kleine Einkommen

beispielsweise aus Kapitalerträgen zu schützen, wird ein Freibetrag eingeführt. Die Einbeziehung anderer Einkunftsarten ist nicht nur fair, sie trägt auch dazu bei, die finanzielle Stabilität unseres Krankenversicherungssystems zu erhöhen und die einseitige Belastung von Löhnen und Gehältern zu reduzieren. Denn in Zukunft wird die Bedeutung von Kapitalerträgen anwachsen und die von Löhnen und Gehältern sinken. Auch dann benötigt unser Gesundheitswesen eine stabile finanzielle Basis. Wer sich hier allein auf einen wachsenden Zuschuss aus dem Bundeshaushalt verlässt, macht das Finanzministerium zum Kassenwart des Gesundheitswesens.

Mehr Vielfalt und Qualität in einem integrierten Krankenversicherungssystem

Unser Vorschlag verbindet Solidarität und Gerechtigkeit mit Vielfalt. Wir wollen erreichen, dass alle Menschen die Versicherung auswählen können, die zu ihnen passt und die sie benötigen. Alle Versicherten, die mit den Leistungen ihrer Krankenversicherung nicht (mehr) zufrieden sind, sollen diese wechseln können. Die Souveränität der Versicherten trägt dazu bei, dass alle Versicherer sich um kluge Lösungen für eine gute Versorgung bemühen müssen. So stärken wir den Wettbewerb um gute Qualität auch in der Krankenversicherung.

Wie werden hierzu auch einen Spurwechsel zwischen dem privaten und gesetzlichen Zweig der Krankenversicherung ermöglichen. Damit das klappt, ist ein Ausgleichssystem aufzubauen, durch das die Versicherten die individualisierbaren Bestandteile der Altersrückstellung in die gesetzliche Krankenversicherung mitnehmen können, wenn sie ein privates Krankenversicherungsunternehmen verlassen.