

**Solidarische Bürgerversicherung  
Anforderungen des SoVD  
an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung**







**Adolf Bauer**  
Präsident des SoVD

## Vorwort

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) setzt sich seit nun fast 100 Jahren für die Belange von älteren Menschen, Menschen mit Behinderung und (chronisch) kranken Menschen ein. Deshalb ist für uns ein solidarisches, zukunfts-sicheres Gesundheitssystem von großer Bedeutung.

Dabei gilt es, die umlagefinanzierte Gesetzliche Krankenversicherung zu stärken. Gerade die aktuelle Finanzkrise hat gezeigt, dass private Vorsorge kein verlässliches Instrument ist, um sich gegen die Unwägbarkeiten des Lebens, und damit auch für den Krankheitsfall, abzusichern. Demgegenüber zeigt sich, dass ein umlagefinanziertes System, an dem sich alle beteiligen, eine verlässliche Finanzierbarkeit ermöglicht.

Wir setzen uns weiterhin dafür ein, auf der Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland einzuführen. Und deshalb haben wir in dieser Broschüre Anforderungen an eine solche Bürgerversicherung formuliert. Sie soll die politische Diskussion vorantreiben und wichtige Impulse für zukünftige Reformen geben.

Es ist uns aber wichtig, dass die Bürgerversicherung nicht nur als reines Finanzierungsinstrument verstanden wird. Wir sehen sie zugleich als Grundlage dafür, bestehende Defizite im Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beseitigen. Denn nur so kann eine bedarfsgerechte Leistungserbringung für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Diese bedarfsgerechte Leistungserbringung – auf Basis einer solidarischen Finanzierung – muss das Ziel jeder Reform im Gesundheitssystem sein.

Berlin, im Juni 2013

A handwritten signature in blue ink that reads "Adolf Bauer". The signature is written in a cursive, flowing style.

Adolf Bauer

Präsident des Sozialverband Deutschland e.V.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>1. Vorbemerkung</b>	<b>3</b>
<b>2. Grundanforderungen an eine solidarische Bürgerversicherung</b>	
– Finanzierungs- und Leistungsprinzipien	<b>5</b>
<b>3. Bedarfsgerechtes Leistungsspektrum</b>	<b>7</b>
<b>4. Leistungserbringung</b>	<b>9</b>
a) Wohnortnahe Versorgung	9
b) Barrierefreiheit der Leistungserbringung	10
c) Zusammenarbeit der Leistungserbringer	11
d) Qualität der Leistungserbringung	12
e) Einheitliche Honorierung	12
f) Bedarfsgerechte Leistungen – Abbau finanzieller Barrieren	14
g) Modellversuche	14
h) Präventive und rehabilitative Leistungen	15
<b>5. Ein einheitliches Versicherungssystem</b>	<b>16</b>
<b>6. Beiträge</b>	<b>18</b>
<b>7. Steuerzuschuss</b>	<b>20</b>
<b>8. Wettbewerb und Finanzautonomie</b>	<b>21</b>
<b>9. Selbstverwaltung</b>	<b>23</b>
<b>10. Zusammenfassung</b>	<b>24</b>

## 1. Vorbemerkung

Das Kernanliegen des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) ist es, Solidarität und ein Höchstmaß an sozialer Gerechtigkeit in Deutschland zu verwirklichen. Das Leitmotiv der 19. SoVD-Bundesverbandstagung 2011 bildete das Motto „Solidarisch denken – sozial handeln!“ Es gilt auch und insbesondere in der Gesundheitspolitik. Entsprechend der Artikel 20 und 28 des Grundgesetzes versteht der SoVD die umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung als eine vorrangige sozialpolitische Aufgabe des Staates. Dabei hat sich die solidarische Krankenversicherung in Form der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den knapp 130 Jahren ihres Bestehens bewährt.

In den letzten Jahrzehnten hat sich jedoch ein Perspektivwechsel vollzogen. Die GKV wurde häufig nur noch als Kostenfaktor im internationalen Wettbewerb angesehen. Auf neue Herausforderungen reagierte die Politik stets mit den gleichen „Reforminitiativen“: Leistungen wurden ausgegliedert, gekürzt oder neue Hürden für deren Inanspruchnahme geschaffen. Beispielhaft dafür stehen die Eigenbeteiligungen beim Bezug von Arznei- oder Heilmitteln oder die Streichung anderer Leistungen aus dem Leistungskatalog wie Sehhilfen. Auch das Aufweichen des Sachleistungsprinzips, wie beispielsweise im Falle des Zahnersatzes, oder die Einführung weiterer einseitiger Belastungen für die Versicherten wie des Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 Prozentpunkten waren solche „Reforminitiativen“. Dies ging vor allem zu Lasten der Bevölkerungsgruppen, die eine hohe Krankheitslast aufweisen, nämlich von sozial benachteiligten und älteren Menschen, chronisch kranken Menschen sowie von Menschen mit Behinderung.

Dabei wurde das eigentliche Problem der GKV, nämlich die Erosion der Einnahmehasis, nicht angegangen. Denn das Finanzierungsproblem der GKV liegt zum Großteil darin begründet, dass die Lohnquote am Bruttoinlandsprodukt fast kontinuierlich sinkt, während die Gesundheitsausgaben im Verhältnis stabil bleiben. Staatliche Eingriffe, wie die unzureichende Festsetzung der Beiträge für Beziehende von Arbeitslosengeld II, trugen zur weiteren Verschärfung dieses Problems bei.

Statt diese Entwicklung aufzugreifen, reagiert die Politik mit einem falschen Verständnis von Eigenverantwortung und versucht damit, die Finanzierung der GKV langfristig zu sichern. Diesem Vorgehen liegt dabei der Gedanke zu Grunde, dass Patientinnen und Patienten ohne Notwendigkeit Leistungen in Anspruch nehmen und durch vermehrte Kostenbeteiligung zu einer geringeren Inanspruchnahme bewegt

werden könnten. Damit wurde aber letztlich nur eins erreicht: eine zusätzliche und einseitige Belastung der Versicherten. Tragende Prinzipien der GKV, wie die Solidarität der Gesunden mit den Kranken, die paritätische Beitragsfinanzierung sowie das Sachleistungsprinzip, wurden missachtet.

Um diesen Fehlentwicklungen zu begegnen, fordert der SoVD die grundlegenden Probleme des aktuellen Systems anzugehen und es zu einer solidarischen Bürgerversicherung weiterzuentwickeln. Die traditionellen Prinzipien des deutschen Gesundheitssystems sollen gestärkt und auf eine neue Basis gestellt werden. Auch in Zukunft soll allen Bürgerinnen und Bürgern, unabhängig von Einkommen, Gesundheitszustand und Geschlecht, die individuell erforderliche gesundheitliche Versorgung bedarfsgerecht zu Gute kommen.

Insbesondere muss die im Vergleich zur wirtschaftlichen Gesamtentwicklung stagnierende oder sogar sinkende Beitragsbasis in den Blick genommen werden. Die Fixierung auf Löhne und Gehälter als einzige Einnahmequelle der GKV stößt unter anderem angesichts zunehmender Prekarisierung von Beschäftigung an ihre Grenzen. Daher müssen alle Bürgerinnen und Bürger entsprechend ihrer individuellen Leistungsfähigkeit an der solidarischen Finanzierung der GKV beteiligt werden. Zudem ist zu gewährleisten, dass allen Versicherten eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand evidenzbasierter Erkenntnisse zur Verfügung steht. Das aktuelle System unterschiedlicher Vergütungsstrukturen und die daraus resultierende Zwei-Klassen-Medizin muss überwunden werden.

Unsere Vorschläge sind zukunftsfähig. Mit diesen Anforderungen an ein solidarisches Gesundheitswesen legen wir einen Vorschlag vor, der eine Basis bietet, um den Herausforderungen der GKV langfristig gewachsen zu sein. Die Anforderungen des SoVD an eine solidarische Bürgerversicherung bringen nicht nur mehr Gerechtigkeit durch eine breitere Finanzierungsbasis, sondern ermöglichen es auch, dringend notwendige Verbesserungen auf der Leistungsseite vorzunehmen und zu finanzieren.

## **2. Grundanforderungen an eine solidarische Bürgerversicherung – Finanzierungs- und Leistungsprinzipien**

Die Anforderungen des SoVD fußen auf dem Gedanken, dass alle Bürgerinnen und Bürger die gleichen Möglichkeiten besitzen müssen, um ein möglichst hohes Niveau an Gesundheit zu erreichen. Deshalb müssen für alle die gleichen Leistungen bereit stehen und nach dem tatsächlichen individuellen Bedarf abgerufen werden können. Diese Leistungen haben eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten und dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen. Dabei ist zu vermeiden, dass eine hochwertige Versorgung dazu genutzt wird, durch nicht bedarfsgerechte Leistungserbringung unnötige Kosten für die Versicherten zu erzeugen.

Die Leistungen müssen unmittelbar und ohne den Einsatz von Mitteln der Leistungsberechtigten zur Verfügung stehen. Es gilt das Sachleistungsprinzip. Das setzt auch voraus, dass eine ausreichende Versorgungsdichte (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Therapeutinnen und Therapeuten usw.) wohnortnah gewährleistet ist.

Unsere Anforderungen wenden sich aber nicht nur der Leistungsseite zu, sondern umfassen auch die Finanzierungsseite. Denn erst die Verbreiterung der Finanzierungsbasis schafft den nötigen Spielraum, um die erforderlichen Leistungsverbesserungen tatsächlich umzusetzen.

Grundlage einer größeren Finanzierungsbasis ist, dass die solidarische Bürgerversicherung die gesamte Wohnbevölkerung umfasst. Durch die bereits bestehende weitgehende Versicherungspflicht ist die Wohnbevölkerung fast vollständig in zwei verschiedenen Systemen abgesichert. Die Anforderungen des SoVD gehen weiter. Sie beinhalten, dass alle in einem solidarischen Versicherungssystem, der weiterentwickelten GKV, versichert sind. Nur so ist es möglich, dass die unterschiedlichen Risiken angemessen ausgeglichen werden und auch das Problem zweier parallel laufender, aber nach anderen Kriterien arbeitender, Systeme mit kontraproduktiven Anreizen beendet wird. Insgesamt wird so eine „Zwei-Klassen-Medizin“ vermieden.

Eine weitere zentrale Forderung an eine Bürgerversicherung betrifft das Prinzip „Starke Schultern tragen mehr“. Diese starken Schultern umfassen für uns nicht nur die Beschäftigten, sondern auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Deshalb fordern wir, dass zum Grundsatz der paritätischen Beitragsfinanzierung zurückgekehrt wird. Darüber hinaus erfordert unser Prinzip, dass bei gleichzeitiger Anhebung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze weitere Einkunftsarten in die Beitragsberechnung einbezogen werden. Für diese zusätzlichen Beiträge der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer leisten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen äquivalenten Beitrag, um die Parität auch in der Beitragsfinanzierung insgesamt zu sichern. So wird eine ansonsten eintretende strukturelle Verschiebung der Finanzierungsanteile zu Lasten der Versicherten vermieden. Schließlich handeln in einer Bürgerversicherung die Krankenkassen nicht als privatwirtschaftliche Organisationen, sondern auf dem Boden des öffentlichen Rechts als öffentlich-rechtliche Körperschaften.



### 3. Bedarfsgerechtes Leistungsspektrum

Die Grundlage der medizinischen Versorgung ist ein bedarfsgerechtes Leistungsspektrum. Dieses muss alle Maßnahmen enthalten, die medizinisch notwendig sind, um ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen. Die Bürgerversicherung darf niemals nur den Umfang einer Grundversorgung haben, sondern muss als Vollversicherung ausgestaltet sein.

Medizinisch notwendig bedeutet dabei, dass der Nutzen für Patientinnen und Patienten feststeht. Die Aufgabe der Nutzenbewertung soll dabei grundsätzlich unter Anwendung der Methoden der evidenzbasierten Medizin wie bisher der Gemeinsame Bundesausschuss wahrnehmen. Durch eine Nutzenbewertung, zum Beispiel bei Arzneimitteln oder auch Medizinprodukten, können Schaden bringende Leistungen ausgeschlossen werden. Zudem wird damit der Weg eröffnet, an Hand des ermittelten zusätzlichen Nutzens die Preise festzulegen. Somit können nicht begründbare Kostensteigerungen, die oftmals dem reinen Gewinnstreben entspringen, verhindert werden.

Vor der Nutzenbewertung kann es keine Erbringung dieser Leistungen in der Fläche geben. Dies stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten auf die nachgewiesene Wirkung vertrauen können und zugleich weitgehend vor unbekanntem Nebenwirkungen geschützt sind. Gleichzeitig darf dies aber nicht dazu führen, dass die Weiterentwicklung in der medizinischen Versorgung unterbunden wird. Das Leistungsspektrum soll gerade entsprechend dieses Fortschrittes angepasst werden können. Deshalb müssen neue, aber bisher nicht untersuchte Leistungen erprobt werden. Geeignet dafür sind spezielle Einrichtungen, wie zum Beispiel Universitätskliniken. Ohne Prüfung sollen Leistungen weder im ambulanten noch im stationären Bereich Eingang in die Versorgung finden. In Versorgungsbereichen, in denen nicht geforscht wird, müssen staatliche Anreize geschaffen werden, um eine qualitativ hochwertige geschlechts- und altersdifferenzierte Forschung und Versorgung zu ermöglichen. Dabei ist es auch Aufgabe der GKV, im Bereich der Versorgungsforschung selbständig Forschungsprojekte initiieren und ausgeschrieben zu dürfen. Dabei muss allerdings sichergestellt sein, dass die Projekte nicht zu Lasten der Versorgung von Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.

Es darf nicht dazu kommen, dass einzelne Bereiche der medizinischen Versorgung, wie die zahnärztliche Versorgung, sich nicht fortentwickeln oder sich Fortentwicklungen nicht im Leistungsspektrum niederschlagen. Neue Methoden müssen nach einer positiven Nutzenbewertung unmittelbar in das Leistungsspektrum aufgenommen werden. Auch in der zahnärztlichen Versorgung muss das Sachlei-

stungsprinzip gelten. Eine Dynamisierung der Festzuschüsse reicht nicht aus. Eine grundsätzlich leitliniengerechte Anwendung neuer, aber auch aller anderen Behandlungsmethoden muss gewährleistet sein.

Die bisher geltenden Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung setzen heute zum Teil unerwünschte Anreize. Im Ergebnis entsteht eine Über-, Unter- und Fehlversorgung. In diesem Sinne fordern wir Maßnahmen zu ergreifen, welche die Durchführung oder Verweigerung einzelner Leistungen aus rein wirtschaftlichen Erwägungen verhindern. Denn eine Leistungserbringung, die nicht am Bedarf orientiert ist, ist eine Fehlversorgung, die nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt, sondern vielmehr die Gefahr von Schädigungen und Nebenwirkungen birgt.

## 4. Leistungserbringung

### a) Wohnortnahe Versorgung

Das einheitliche, umfassende Leistungsspektrum muss für alle Versicherten tatsächlich zugänglich und nutzbar sein. Das setzt zunächst voraus, dass die Leistungserbringer (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte) erreichbar sind. Deshalb fordern wir eine wohnortnahe, kleinräumige Bedarfsplanung. Dabei sollen auf regionaler Ebene nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen entscheiden können. Auf dieser regionalen Ebene ist es wichtig, durch den Einbezug von Betroffenen und der maßgeblichen Organisationen in den Landesausschüssen, Bedarfe richtig festzustellen und dementsprechend die bundeseinheitliche Bedarfsplanung zu verfeinern.

Jede Spezialistin bzw. jeder Spezialist sollte möglichst wohnortnah erreichbar sein. Zumindest ist es aber erforderlich, dass die Grundversorgung möglichst quartierbezogen erfolgt. Hierzu zählen neben den Haus-, Zahn-, Frauen- und Kinderärztinnen bzw. -ärzten auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Ähnliches gilt für den Bereich der Krankenhausplanung, der mit der ambulanten Versorgung abgestimmt sein muss. Die Länder müssen im Bereich der Krankenhausplanung und -finanzierung ihren Verpflichtungen nachkommen.

Durch eine Abstimmung der Planungen wird zudem verhindert, dass sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich Fachärztinnen und -ärzte für dasselbe Fachgebiet vorgehalten werden (Doppelte Facharztschiene). Dieses System führt nämlich dazu, dass in einigen Gebieten Fachärztinnen und -ärzte fehlen, in anderen Gebieten durch die parallele ambulante und stationäre Verfügbarkeit wiederum eine relativ gute Versorgung herrscht. In diesem Zusammenhang ist auch der Einsatz von Großgeräten wie MRT und CT zu planen. Durch eine bedarfsgerechte Planung lässt sich erreichen, dass nur so viele Geräte vorgehalten werden, wie auch gebraucht werden. Die intensive Nutzung aus allein wirtschaftlichen Interessen (Amortisierung) wird dadurch überwunden. Damit wird zudem verhindert, dass Patientinnen und Patienten unnötige Untersuchungen, die immer eine körperliche Belastung darstellen, über sich ergehen lassen müssen. Deutschland hat insoweit eine vergleichsweise hohe Zahl entsprechender Untersuchungen aufzuweisen.

Die Bedarfsplanung, zu der Bereiche wie beispielsweise die Psychotherapie gehören, muss zudem prognostisch erfolgen und soziodemographische Strukturen (Alter, Einkommen usw.) berücksichtigen.

Zudem müssen Leistungserbringer gewährleisten, dass sie die tatsächlich vorgeschriebenen Sprechstundenzeiten auch durchführen. Es darf jedenfalls nicht mehr so sein, dass Vertragsärztinnen und -ärzte einen Praxissitz in Anspruch nehmen, dann aber nicht dem damit verbundenen Versorgungsauftrag nachkommen. Dies führt dazu, dass auf dem Papier eine bedarfsgerechte Versorgung besteht, in der Realität aber Unterversorgung herrscht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und notfalls auch die Aufsichtsbehörden müssen wirksame Sanktionsmittel erhalten, um diesen Missstand zu bekämpfen.

Darüber hinaus ist zu gewährleisten, dass die Leistungserbringer bei Bedarf auch Patientinnen und Patienten aufsuchen. Es kann nicht hingenommen werden, dass mobilitätseingeschränkte Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, eine schlechtere (zahn-)ärztliche Versorgung erfahren als ein großer Teil der übrigen Bevölkerung, obwohl sie denselben solidarischen Beitrag zahlen. Sind die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen hierzu nicht in der Lage, muss der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergehen.

#### **b) Barrierefreiheit der Leistungserbringung**

Neben der Wohnortnähe ist die tatsächliche Nutzbarkeit der Leistungen ebenso wichtig. Menschen mit Behinderung dürfen nicht durch Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung gehindert werden (Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention). Dies müssen die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen bereits bei der Zulassung sicherstellen. Das fängt beim Zugang zu den Leistungserbringern an und setzt sich in der Nutzbarkeit der Praxiseinrichtung fort. Für Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer ist ein üblicher Zahnarztbehandlungsstuhl zum Beispiel oft nicht nutzbar.

Neben diesen rein baulichen und apparativen Voraussetzungen muss außerdem bereits in der Ausbildung und den Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringer sichergestellt werden, dass sie besondere Bedarfe der Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Hierbei kann auch das Instrument der persönlichen Assistenz, beispielsweise im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes, einbezogen werden. Bei der Leistungserbringung, zu der auch die Prozesse der Information, Aufklärung und Beratung zählen, muss adressatengerecht vorgegangen werden. So kann es zum Beispiel erforderlich sein, in einem Aufklärungsgespräch leichte Sprache zu benutzen oder auf fremdsprachliche Unterstützungs-

leistungen zurückzugreifen. Zudem sind auch im weiteren Verlauf der Behandlung zwingend kultursensible Aspekte zu berücksichtigen. Diese Anforderungen gelten natürlich auch für Beratungsleistungen, die die Krankenkassen oder andere Stellen übernehmen.

#### **c) Zusammenarbeit der Leistungserbringer**

Die verschiedenen Leistungserbringer müssen stärker als bisher zusammenarbeiten. Denn im Fokus der Behandlung stehen die Patientinnen und Patienten, und nicht die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereiches der jeweiligen Leistungserbringer.

Das heißt, dass die Sektorengrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor aufgebrochen und die sich ergebenden Effizienzreserven erschlossen werden müssen. In unterversorgten Gebieten ist perspektivisch daran zu denken, die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung einzubeziehen. Entscheidend ist aber, dass es aus Sicht von Patientinnen und Patienten keinen Bruch in der Behandlung geben darf. Eine Möglichkeit bietet hierbei die Lotsenfunktion der Hausärztin bzw. des Hausarztes. Diese sollen die Patientinnen und Patienten durch das gesamte Behandlungsgeschehen begleiten. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bedingt aber auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte entsprechend geschult sind, um diese Aufgabe übernehmen zu können.

Eine weitere Möglichkeit ist die sinnvolle Nutzung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Durch die enge Kooperation verschiedenster fachlicher Professionen lassen sich Versorgungsbrüche im Behandlungsgeschehen vermeiden. Zudem wird der Austausch von Informationen zwischen den Behandelnden besser und unnötige Doppeluntersuchungen könnten vermieden werden.

Eine umfassende Behandlung erfordert auch, dass dem Gesundheitswesen nahestehende Berufsgruppen, wie zum Beispiel Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, in das Behandlungsgeschehen einbezogen werden. Unabhängig von der Notwendigkeit einer ausreichenden Personalausstattung sehen wir in diesem Zusammenhang auch die Möglichkeit, stärker von den Instrumenten der Delegation und Substitution von Leistungen Gebrauch zu machen. Dies kann die Belastung einzelner Berufsgruppen verringern und zugleich die Tätigkeit anderer Berufsgruppen aufwerten. Dabei ist aber klar, dass die Übernahme von Tätigkeiten nur dann erfolgen soll, wenn die entsprechende Qualifikation vorliegt und zugleich auch haftungsrechtliche Fragen geklärt wurden und eine angemessene Entlohnung vorliegt.

**d) Qualität der Leistungserbringung**

Eine hohe Qualität der Leistungen ist ein Ziel der Gesundheitsversorgung und eine Anforderung, die auch in einer solidarischen Bürgerversicherung erfüllt sein muss. Qualität ist dabei vielschichtig und umfasst zum Beispiel auch Aspekte wie die Hygiene. Die hohe Anzahl multiresistenter Erreger muss Anlass zur Besorgnis geben und erfordert ein lückenloses und konsequentes Handeln auf der Ebene der Qualität der Leistungserbringung.

Deshalb ist es wichtig, an Instrumenten zur Qualitätssicherung festzuhalten und diese auszubauen. Dabei darf es keine Rolle spielen, wo die Leistung erbracht wird. Es müssen immer die gleichen Anforderungen erfüllt werden. Zu einer Qualitätssicherung gehört auch, dass die Diagnosestellung mit einbezogen wird. Nur so lässt sich feststellen, ob die konkrete Behandlung tatsächlich erforderlich war. Damit lässt sich individuelle Überversorgung, aber auch Fehlversorgung bekämpfen.

Die Ergebnisse dieser Qualitätssicherung müssen Konsequenzen haben. Deshalb sind sie frei zugänglich zu veröffentlichen und es müssen Konsequenzen folgen; von Boni bei guten Ergebnissen über Abschläge bis hin zum Entzug der Zulassung bei schlechten Ergebnissen. Im Sinne eines lernenden Systems soll es vielfältige Instrumente geben.

Für eine hohe Qualität der Versorgung muss aber auch die entsprechende personelle Grundlage vorhanden sein. Dies bedeutet, dass nicht an der Personalausstattung der Leistungserbringer gespart werden darf. Deshalb ist vor allem in Krankenhäusern zu gewährleisten, dass Einsparungen nicht mehr zu Lasten des Personals (durch Personalabbau, Tariffucht oder Nutzung prekärer Beschäftigungsverhältnisse) vorgenommen werden. Insbesondere im Pflegebereich ist eine Aufstockung des Personals notwendig, um angemessene Arbeitsbedingungen herzustellen und eine bedarfsgerechte Versorgung (auch demenzkranker Patientinnen und Patienten) zu ermöglichen.

**e) Einheitliche Honorierung**

Da die Leistungserbringung grundsätzlich an medizinischen Notwendigkeiten und nicht am Sozialstatus der Patientinnen und Patienten orientiert ist, ist es zwingend, dass alle Leistungserbringer nach einem einheitlichen Vergütungssystem bezahlt werden. Unterschiedliche Vergütungssysteme von Privaten Krankenversicherungen (PKV) und GKV müssen der Vergangenheit angehören. Damit wird ver-

mieden, dass es wirtschaftliche Anreize gibt, einzelne Patientengruppen unabhängig vom medizinischen Behandlungsbedarf unterschiedlich zu behandeln. Zudem beseitigt die Bürgerversicherung damit das einzige Vergütungssystem für freie Berufe, welche keine einheitliche Gebührenordnung kennt. Denn für die anderen freien Berufe gilt unabhängig davon, wer die Leistung in Anspruch nimmt, immer dieselbe Gebührenordnung. Beispielsweise gibt es bei Rechtsanwältinnen und -anwälten, Architektinnen und Architekten keine unterschiedlichen Vergütungsregelungen.

Im Sinne dieser grundsätzlichen Neuaufstellung der ärztlichen Honorierung ist es natürlich auch sinnvoll, das bestehende Vergütungssystem zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen, um besonders gravierende Vergütungsunterschiede zwischen einzelnen Facharztgruppen (zum Beispiel zwischen Nephrologie und Kinder- und Jugendmedizin) zu beseitigen. Das soll aber keinesfalls bedeuten, dass die Bürgerversicherung alle Vergütungsregelungen einheitlich auf die Vergütungsebene der bisherigen PKV anhebt.

Bei dieser Überarbeitung ist der sprechenden Medizin mehr Gewicht zu verleihen. Patientinnen und Patienten müssen der Mittelpunkt des Geschehens sein. Deswegen ist das Arzt-Patientin-Gespräch ein zentraler Punkt im Behandlungsgeschehen. Durch eine Stärkung der sprechenden Medizin, gegenüber der jetzt vorherrschenden „technischen“ Medizin, können Patientinnen und Patienten wirksamer in die Entscheidungsfindung eingebunden und damit ihrem Selbstbestimmungsrecht Ausdruck verschafft werden.

Zudem ist die Vergütung im stationären Bereich so auszugestalten, dass stets und ständig die Bedarfe der Patientinnen und Patienten gedeckt werden. Dies ermöglicht die breitere Finanzierungsbasis der Bürgerversicherung. So wird verhindert, dass Patientinnen und Patienten aus wirtschaftlichen Gründen zu früh entlassen werden, ohne dass das Behandlungsziel tatsächlich erreicht wurde. Zudem werden Fehlanreize vermieden, sich zu Lasten anderer Sozialversicherungsträger (wie zum Beispiel der Pflegeversicherung) zu entlasten.

**f) Bedarfsgerechte Leistungen – Abbau finanzieller Barrieren**

Damit alle Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigte Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung haben, darf die Inanspruchnahme nicht durch finanzielle Zusatzbelastungen von Patientinnen und Patienten verhindert werden.

Deshalb sind finanzielle Barrieren und Zusatzbelastungen, wie zum Beispiel die Zuzahlungen, zu beseitigen. Finanzielle Zusatzbelastungen führen tendenziell dazu, dass gerade sozial benachteiligte Personengruppen Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Selbst wenn etwaige Sonderregelungen eingreifen (Chroniker-Regelung), so gelten diese teilweise nur rückwirkend und helfen gerade denjenigen nicht weiter, die minimal über der Belastungsgrenze liegen. Denn diese Personen weisen dann überproportionale Belastungen im Vergleich mit anderen Versicherten auf. Zudem besitzen die Zuzahlungsregelungen generell nur eine geringe bis keine Steuerungswirkung. Vor allem sind sie nicht mit einem solidarischen Krankenversicherungssystem vereinbar. Nicht nur, dass sie nicht von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mitfinanziert werden, auch die Versicherten entsolidarisieren sich von den Patientinnen und Patienten. Diese doppelte Entsolidarisierung muss beendet werden.

Damit finanzielle Barrieren abgebaut werden können, ist es zudem erforderlich, dass die Leistungsgewährung nicht schematisch, sondern bedarfsgerecht erfolgt. So ist zum Beispiel im Bereich der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, dass individuelle Bedarfe berücksichtigt werden und dies nicht zu Eigenbeteiligungen unter dem Vorwand der Luxusaufwendungen führt.

**g) Modellversuche**

Neben dem einheitlichem Leistungskatalog muss weiterhin die Möglichkeit bestehen, spezielle und innovative Versorgungsformen im Versorgungsalltag zu testen. Dafür kann es sinnvoll sein, dass Krankenkassen hierauf bezogene Einzelverträge abschließen. Bedingung dafür ist aber, dass die Inhalte dieser Einzelverträge transparent nach außen dargestellt werden. Es muss konkret erkennbar sein, wer welche Leistungen warum erbringt und welchen Vorteil er davon hat.



Zudem müssen sich diese Verträge daran messen lassen, ob sie wirklich einen positiven Effekt auf den Versorgungsalltag haben. Es ist also eine Evaluation dieser Verträge erforderlich, die im Gemeinsamen Bundesausschuss und damit unter Beteiligung der Patientinnen und Patienten erfolgen sollte. Ist der Nutzen überzeugend belegt, wird die Versorgungsform Teil des allgemeinen Angebots.

#### **h) Präventive und rehabilitative Leistungen**

Das einheitliche Leistungsspektrum darf nicht nur auf den Bereich der kurativen Medizin beschränkt werden. Gleichberechtigt dazu müssen Prävention und Rehabilitation stehen. Die bislang einseitig im Vordergrund stehende individuelle Verhaltensprävention muss um eine strukturelle Verhältnisprävention ergänzt werden. Durch eine sozialraumbezogene Prävention lassen sich zum Beispiel die Ursachen vieler Volkserkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bekämpfen. Dies macht aber einen trägerübergreifenden Ansatz notwendig. Die Krankenkassen sind hier zum Handeln verpflichtet. Sie müssen mit anderen Stellen, wie zum Beispiel den Kommunen, zusammen handeln und diese Maßnahmen gemeinsam finanzieren. Der Zusammenhang zwischen dem rasanten Anstieg chronischer und psychischer Erkrankungen und den Arbeitsbedingungen muss untersucht werden, um die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu wirksamen präventiven Maßnahmen verpflichten zu können.

Daneben ist auch die Rehabilitation zu stärken. Es muss zum Beispiel verhindert werden, dass rehabilitative Maßnahmen vor dem Hintergrund eines ohnehin bestehenden Pflegebedarfes verweigert werden. Ergänzend hat auch bei der Rehabilitation zu gelten, dass ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote gezielt fortzuentwickeln sind.

## 5. Ein einheitliches Versicherungssystem

Die bereits bestehende weitgehende Versicherungspflicht ist nach Auffassung des SoVD in ein einheitliches Versicherungssystem für die gesamte Wohnbevölkerung zu überführen. So kann gewährleistet werden, dass jede Bürgerin und jeder Bürger den gleichen Versicherungsschutz genießt und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen erhält. Zudem wird verhindert, dass Situationen entstehen, in denen durch unzureichende Versicherungstarife in der PKV Lücken im Versicherungsumfang entstehen. Dies betrifft momentan zum Beispiel die psychotherapeutische Versorgung oder die Versorgung mit Hilfsmitteln.

Grundlage des einheitlichen Versicherungssystems ist dabei die GKV, die wie bisher in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sein soll. In dieser soll in Zukunft die gesamte Wohnbevölkerung versichert sein. Dies kann aber nicht von heute auf morgen geschehen. Deshalb müssen in einem ersten Schritt sämtliche Neueintritte – also sowohl abhängig Beschäftigte, wie auch Selbstständige oder Beamtinnen und Beamte automatisch in der GKV versichert werden. Für bereits in der PKV Versicherte werden Übergangsregelungen gelten. Dabei können sie weiterhin in der PKV versichert bleiben, wenn sie dies wünschen. Bis zu einem Stichtag müssen sie sich aber entscheiden, in welchem System sie versichert sein wollen. Die gebildeten Altersrückstellungen von Versicherten, die aus der PKV in die GKV wechseln, müssen in die GKV überführt werden.

Mit der Einführung der Bürgerversicherung darf es keine Neueintritte in das PKV-System mehr geben. Das PKV-System in seiner bisherigen Form als Vollversicherung läuft damit perspektivisch aus. Zukünftig soll sich die PKV allein auf Zusatzversicherungen beschränken. Bis zur endgültigen Verwirklichung einer Bürgerversicherung ist ergänzend zu fordern, dass die unterschiedlich gelagerten Risiken in der GKV und der PKV durch einen Finanztransfer ausgeglichen werden. Damit bleibt es Aufgabe der PKV, jenseits der medizinischen Notwendig- und Zweckmäßigkeit zusätzliche Leistungen im Sinne von Komfortleistungen abzusichern, sofern die Versicherten dies wollen. Dazu zählen wir zum Beispiel die Chefarztbehandlung, das Einzelzimmer oder Leistungen, deren Nutzen bisher nicht wissenschaftlich bewiesen sind.

Diese klare Abgrenzung zwischen der GKV und der PKV ist der realistischste Weg, um weiterhin von einem System zu sprechen, das sozialrechtliche Ansprüche erfüllt. Es wäre systemfremd, ein privates Versicherungsunternehmen in Regelungen eines sozialrechtlichen Systems einzubinden und die Versicherten zur Geltendmachung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche an ein privatwirtschaftlich organisiertes, gewinnorientiertes Versicherungsunternehmen zu verweisen.

Durch diese Abgrenzung ist zudem gewährleistet, dass es klare Zuständigkeiten hinsichtlich der Aufsicht und des rechtlichen Rahmens der Versicherungsverhältnisse gibt. Auch wird vermieden, dass unterschiedliche Versicherungstypen in einem System konkurrieren. Die Auswirkungen davon wären wettbewerbs- aber auch europarechtlich schwer absehbar.

Die Umsetzung unserer Forderung nach einem einheitlichen Versicherungssystem auf Basis der GKV muss verfassungsrechtliche Vorgaben berücksichtigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Ziel, einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten, eine Kernaufgabe des Staates ist. Bedient sich dazu der Staat einer Pflichtversicherung, so ist dies ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers.

Die bisherige Abgrenzung zwischen GKV und PKV wird zudem damit begründet, dass Versicherte der PKV nicht schutzbedürftig sind. Nach neuesten Daten liegt das Einkommen der überwiegenden Zahl der PKV-Versicherten aber unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Damit sind sie prinzipiell genauso schutzbedürftig wie GKV-Versicherte. Selbst diejenigen, die zurzeit über dieser Grenze liegen, können durch die enormen Steigerungen der Beiträge zur PKV gerade im Alter durchaus schutzbedürftig werden. Auch dies spricht dafür, dass der Gedanke der Schutzbedürftigkeit ein einheitliches Versicherungssystem auf der Grundlage der GKV erfordert.

## 6. Beiträge

Wir stellen fest, dass in einer Bürgerversicherung nicht daran gerüttelt wird, wie Mitgliedschaft und der Versichertenstatus zu verstehen sind. Wir fordern, dass die heutige Form der Familienversicherung beitragsfrei bleibt.

Auch an der generellen Tragung der Beiträge durch die Versicherten und die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die Sozialleistungsträger usw. soll sich nichts ändern.

Allerdings müssen die Beitragssätze auf lohnbezogene Einnahmen wieder paritätisch verteilt werden. Entsprechendes muss bei Rentnerinnen und Rentnern gelten. Der zusätzliche Sonderbeitragssatz von 0,9 Prozentpunkten ist zu streichen. Denn er widerspricht den Grundsätzen der Solidarität und Parität. Zudem wird er auch nicht dem Umstand gerecht, dass auch durch die sich verändernden Arbeitsbedingungen die Zahl der psychischen Erkrankungen stark ansteigt. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen gemeinsam in der Verantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bleiben.

Die paritätischen Beiträge müssen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze erhoben werden, die zumindest auf die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird.

Um die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu erfassen und zur Verbeitragung heranzuziehen, ist es erforderlich, neben den Erwerbseinkommen regelmäßig auch andere Einkünfte einzubeziehen, wie zum Beispiel aus Vermietung, Verpachtung, Kapital usw. Dabei muss darauf geachtet werden, dass zum Beispiel Einkünfte aus kleinen Sparguthaben beitragsfrei bleiben. Das insoweit anzuwendende Verfahren entspricht im Wesentlichen den Verfahren, die heute schon für freiwillige Versicherte oder zur Berechnung der Belastungsgrenze bei Zuzahlungen genutzt werden.

Hinsichtlich der dadurch von den Versicherten erhobenen Beiträge muss geprüft werden, wie durch ein entsprechendes äquivalentes Beitragsaufkommen bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern eine strukturelle Verschiebung der Beitragsaufkommen zu Lasten der Versicherten vermieden werden kann, so dass auch weiterhin eine paritätische Beitragstragung besteht.

Hinsichtlich der Beiträge von Selbständigen muss eine Bürgerversicherung an die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anknüpfen.

Eine Zusammenrechnung verschiedener Einnahmearten darf es generell nicht geben. Negative Einkünfte dürfen nicht berücksichtigt werden. Fiktive Mindesteinkommen, die dazu führen, dass Solo-Selbständige übermäßig belastet werden, müssen zumindest abgesenkt werden.

Ein paralleles Prinzip gilt auch für diejenigen, deren Beiträge von Dritten gezahlt werden. So müssen zum Beispiel für Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II sachgerechte Beiträge gezahlt werden. Weitere Finanzierungsquellen, die einseitig zu Lasten der Versicherten gehen, darf es dann nicht mehr geben. Das heißt also, dass die Möglichkeit der Zusatzbeiträge abgeschafft ist und die Zu- und Aufzahlungen, sofern sie nicht tatsächliche Komfortleistungen umfassen, der Vergangenheit angehören.

## 7. Steuerzuschuss

Auch in Zukunft muss der Bund einen Steuerzuschuss an die GKV leisten, damit die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben der GKV, wie zum Beispiel das Mutterschaftsgeld oder Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, refinanziert werden. Der Steuerzuschuss darf aber immer nur eine ergänzende Finanzierungsquelle sein, denn es soll bei dem Grundsatz der Beitragsfinanzierung bleiben.

Die Höhe des Zuschusses darf dabei nicht im Belieben des Gesetzgebers stehen und von der jeweiligen Haushaltslage abhängig sein. Vielmehr bedarf es eines Mechanismus, der die Zuweisungen an die Kosten für diese Ausgaben koppelt.

Hierzu müssen die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben verbindlich definiert werden. Dies muss in einem Diskussionsprozess, in dem alle relevanten Gruppen eingebunden sind, erfolgen. In einem zweiten Schritt ist dann der Umfang dieser Aufgaben zu ermitteln.

Durch diesen Mechanismus wird zudem klargestellt, dass der Steuerzuschuss nur für diese gesamtgesellschaftlichen Aufgaben verwendet wird. Damit wird zugleich der europarechtlichen Argumentation entgegengewirkt, dass die streng versicherungsbezogenen Aufgaben nicht nur von den Versicherten, sondern auch von den Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern finanziert werden und deshalb die Krankenkassen wie Unternehmen zu behandeln sind.

## 8. Wettbewerb und Finanzautonomie

Der SoVD fordert, den Wettbewerb zwischen den verschiedenen Krankenkassen im System der GKV streng zu begrenzen. Er soll allein auf der Grundlage sozialrechtlicher Regelungen stattfinden und muss eine Prämisse haben: Die Verbesserung der Versorgungsrealität von Patientinnen und Patienten. Einen Wettbewerb um die besten Gesundheitsrisiken, wie er gegenwärtig vor allem durch die PKV betrieben wird, lehnen wir dagegen ab.

Stattdessen muss es einen Wettbewerb um gute Versorgungsstrukturen, eine gute Versorgungsqualität und vor allem um gute Versorgungsergebnisse geben. Zu diesem Zweck existiert bereits heute für die gesetzlichen Krankenkassen eine Vielzahl von Möglichkeiten zum Abschluss von Einzelverträgen bzw. so genannten Selektivverträgen. Dabei schließen die einzelnen Krankenkassen oder ihre Verbände gemeinsam mit einzelnen oder mehreren Leistungserbringern Verträge für ihre Mitglieder. Mit Hilfe dieser Möglichkeiten, wie beispielsweise Modellvorhaben oder auch Verträgen zur Integrierten Versorgung, kann eine gezielte Verbesserung der Versorgungssituation gerade chronisch kranker Menschen erreicht werden. Unnötige Doppeluntersuchungen können so vermieden und den Patientinnen und Patienten passgenaue, qualitativ hochwertige Versorgungsangebote gemacht werden. Klare Regeln und vor allem Transparenz sind dabei notwendig, damit der Vertragswettbewerb im Sinne der Versicherten zu den wünschenswerten Ergebnissen führt.

Im Rahmen dieser Möglichkeiten gilt es, die wesentlichen und bewährten Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Es muss klar sein, dass sich die Kassen immer auf dem Boden des einheitlichen Leistungsspektrums bewegen. Abweichungen von diesem Grundsatz sowie auch dem Sachleistungsprinzip lehnt der SoVD ab. Neben diesen Prinzipien gilt es, weitere Bedingungen zu erfüllen. Einer der wichtigsten Aspekte liegt in diesem Zusammenhang in der Transparenz der Angebote. Alle Vertragsinhalte und sonstigen Vereinbarungen müssen den Versicherten offengelegt und parallel dazu deren Nutzerkompetenz durch unabhängige Patientenberatung, beispielsweise durch die Beratungsstellen des UPD, sichergestellt werden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten ist zu gewährleisten.

Zudem gilt es für alle selektivvertragliche Vertragsformen, eine verpflichtende unabhängige Evaluation festzuschreiben. Nach einem bestimmten Zeitraum sollen anhand dieser Ergebnisse der Evaluation die Verträge beurteilt und über das weitere Verfahren, zum Beispiel die Überführung in das einheitliche Leistungsspektrum, entschieden werden. Klar muss sein: Wettbewerb ist kein Selbstzweck! Im Mittelpunkt steht immer das Ziel, für die Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgungsstruktur und das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erreichen, das heißt, das höchstmögliche Maß an Gesundheit.

Darüber hinaus kann ein weiterer Wettbewerbsparameter auch die Verwaltungsstruktur mit unterschiedlichen Verwaltungskosten der Krankenkasse sein. Es soll in Zukunft Krankenkassen mit einem dichten Netz an Servicestellen geben, es kann aber auch Krankenkassen geben, die viele Dienste elektronisch erbringen. Auch dies kann Wettbewerb sein – ein Wettbewerb, bei dem sich die Versicherten die Krankenkasse aussuchen, die ihren Vorstellungen entspricht.

Die Ergebnisse dieses Wettbewerbs sollen sich im Beitragssatz widerspiegeln. Deshalb muss den Krankenkassen wieder das Recht eingeräumt werden, selbst über ihre Beitragssätze zu bestimmen. Dies stärkt zugleich die Selbstverwaltung.

Ein im Solidarsystem und auf dem Boden des Sozialrechts organisierter Wettbewerb bedarf aber bestimmter Ausgleichsmechanismen. Deshalb muss ein System entwickelt werden, das sowohl den Finanzkraftunterschied zwischen den Krankenkassen ausgleicht, als auch die unterschiedliche Morbidität der Versicherten.



## 9. Selbstverwaltung

In einer Bürgerversicherung ist es für den SoVD unverzichtbar, dass die Selbstverwaltung eine stärkere Rolle als bisher spielt. Dies beginnt bereits bei der demokratischen Legitimation der Selbstverwaltung. Durch den Verzicht auf die so genannten Friedenswahlen wird die Möglichkeit der Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gestärkt, auf die Zusammensetzung der Selbstverwaltung Einfluss zu nehmen. Dafür ist es aber auch erforderlich, Transparenz über die Kandidatinnen und Kandidaten herzustellen und vorliegende Interessenskonflikte offenzulegen. Damit man von einer Versichertenvertretung spricht, muss zudem klar sein, dass Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter nur diejenigen Personen sein können, die unabhängig von Leistungserbringern sind.

Aber auch inhaltlich muss der Selbstverwaltung wieder mehr Handlungsspielraum eingeräumt werden. Ein Schritt dazu ist die Rückkehr zur Beitragssatzautonomie der Krankenkassen. Darüber hinaus müssen die Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertreter aber auch befähigt werden, diese anspruchsvolle Aufgabe wahrzunehmen. Deshalb ist es notwendig, die Vertreterinnen und Vertreter durch Fortbildungsveranstaltungen mit der notwendigen fachlichen Kompetenz auszustatten und gegebenenfalls Strukturen für eine weitere organisatorische Unterstützung herzustellen.

## 10. Zusammenfassung

An eine solidarische Bürgerversicherung stellt der SoVD verschiedene Anforderungen. Durch die Stärkung der Finanzbasis können unsere Anforderungen an das Leistungsgeschehen finanziert werden. Denn für uns gilt, dass eine solidarische Bürgerversicherung, die alle versichert, nicht allein finanzierungsseitig gedacht werden darf. Wir verbinden die Bürgerversicherung immer damit, dass sie gleichzeitig den gleichberechtigten Zugang zu der qualitativ hochwertigen Leistungserbringung ermöglicht. Deshalb sind für den SoVD die folgenden Anforderungen entscheidend, um eine solidarische Bürgerversicherung und mit ihr als Grundlage ein verbessertes Leistungsspektrum zu erreichen.

### Auf der Seite der Leistungen muss:

- ❶ Ein umfassendes Leistungsspektrum stehen, das am medizinischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.
- ❷ Eine gleichmäßig gute Versorgung auch in ländlichen Gebieten gewährleistet sein. Gegebenenfalls sind Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten an der Versorgung zu beteiligen.
- ❸ Die Inanspruchnahme von Leistungen unabhängig von finanziellen Vorleistungen oder Zuzahlungen sein.
- ❹ Ein Vergütungssystem geschaffen werden, das Fehlanreize in der Versorgung vermeidet und eine Zwei-Klassen-Medizin verhindert.
- ❺ Eine Qualitätssicherung erfolgen, deren Ergebnisse transparent auch für die Patientinnen und Patienten zugänglich und nutzbar sind.

### Auf der Finanzierungsseite muss:

- ❶ Der einseitige Sonderbeitrag für die Beschäftigten sowie Rentnerinnen und Rentner in Höhe von 0,9 Prozentpunkten abgeschafft werden.
- ❷ Neben dem Arbeitsentgelt und der Rente weiteres Einkommen (z.B. aus Vermietung, aus Kapital) für die Beitragsbemessung herangezogen und die Beitragsbemessungsgrenze zumindest auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden.
- ❸ Eine Definition der Leistungen erfolgen, die durch den Steuerzuschuss finanziert werden.

**Organisatorisch muss:**

- ① Die Bürgerversicherung als Vollversicherung mittelfristig nur noch an ein öffentlich-rechtlich organisiertes System, die GKV, gebunden werden. Die PKV umfasst zukünftig nur noch Zusatzversicherungen. Bis zur Einführung der Bürgerversicherung ist zudem ein Finanzausgleich zwischen PKV und GKV zu schaffen.
- ② Die Beitragssatzautonomie der einzelnen Krankenkassen wiederhergestellt werden. Flankierend ist ein gerechter Ausgleichsmechanismus zwischen den Krankenkassen zu schaffen.



## **Impressum**

### **Herausgeber**

Sozialverband Deutschland e.V.

### **Verfasser**

Ass. jur. Fabian Székely, M. mel.

### **Stand**

Juni 2013

### **Gestaltung Titelbild**

unter Verwendung eines Fotos von

© Andrei Tsalko - Fotolia

### **Layout**

Matthias Herrndorff

### **Druck**

Druckerei Arnold, Großbeeren

Copyright © 2013 Sozialverband Deutschland e.V.  
Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht  
der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des  
Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie,  
Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche  
Genehmigung des Verbandes reproduziert oder unter  
Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,  
vervielfältigt oder verbreitet werden.

## Sozialverband Deutschland e.V.

Bundesgeschäftsstelle  
Stralauer Straße 63  
10179 Berlin

Tel. (030) 72 62 22 - 0  
Fax (030) 72 62 22 - 311  
kontakt@sovd.de

[www.sovd.de](http://www.sovd.de) | [www.sovd-tv.de](http://www.sovd-tv.de)

