

Beschluss des MIT-Bundesvorstands

Antragsteller: Kommission Sozialpolitik

Vorsitzender: Jürgen Presser

Schrittweise Einführung einer Gesundheitsprämie

Der medizinisch-technische Fortschritt und die demografische Entwicklung machen es erforderlich, die Leistungen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung auf die medizinisch notwendige Grundversorgung zu konzentrieren und endlich auch den Weg von einem umlagefinanzierten System hin zu kapitalgedeckten Elementen in der Krankenversicherung zu beschreiten. Deshalb hat sich die CDU in ihren Leipziger Beschlüssen für einen Systemwandel hin zu einer Gesundheitsprämie mit Demographievorsorge entschieden. Die jetzige Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP hat in ihrem Koalitionsvertrag eine demographiefeste Weiterentwicklung des Gesundheitssystems vereinbart. Zur Realisierung dieser Pläne spricht sich die MIT für eine schrittweise Einführung einer Gesundheitsprämie in der Krankenversicherung aus. Hierzu sollen nachstehende Maßnahmen zeitnah geprüft und umgesetzt werden:

1. Die Krankenversicherung für Kinder wird grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert. Dazu wird der derzeitige Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in Höhe von ca. 16 Mrd. Euro in den Gesundheitsfonds entsprechend umgewidmet. Für Kinder von Privatversicherten wird der Zuschuss über das Kindergeld auf Antrag ausgezahlt. Er entspricht der Höhe des durchschnittlichen rechnerischen Beitrages pro Kind eines gesetzlich Versicherten. Eine entsprechende Änderung des SGB ist hierzu vorzunehmen.
2. Im Bereich der Zahnmedizin und im Bereich des Krankengeldes soll eine Prämie eingeführt werden. Die Ausgliederung des zahnmedizinischen Bereiches aus der GKV würde ein Finanzvolumen von ca. 12,2 Mrd. Euro umfassen. Eine Zahnprämie würde nach aktuellen Schätzungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz bei ca. 19 Euro pro Versicherten liegen. Das Krankentagegeld umfasst ein Volumen von 7,3 Mrd. Euro. Die Leistungen sind einkommensabhängig und werden ab dem 43. Tag gezahlt. Eine Krankengeldprämie könnte bei 51,37 Mio. Versicherten bei ca. 13 Euro pro Versicherten liegen. Für die Zahnprämie besteht für alle erwachsenen Personen und für die Krankentagegeldprämie für alle Erwerbstätigen auch künftig Versicherungspflicht. Bei der Krankengeldprämie entfällt die Versicherungspflicht mit Eintritt des Vollrentenbezuges. Die Abrechnung im zahnmedizinischen Bereich soll auf das Kostenerstattungsprinzip umgestellt werden.

Bei der Organisation dieser Prämien sind drei Modelle vorstellbar:

- a) Die Krankengeldprämie und die Zahnprämie werden aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und in die private Krankenversicherung eingegliedert. Es besteht Kontrahierungszwang.
- b) Die Versicherten können zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung wählen. In diesem Fall kann jedoch in der

PKV kein Kontrahierungszwang stattfinden. (Beiträge als einheitliche Prämie, aber auch altersbezogen möglich – siehe Anlage)

- c) Die Zahn- und Krankengeldprämie verbleiben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aus ordnungspolitischen Erwägungen spricht sich die MIT für das Modell a) aus.

3. Die aktuelle „Kleine Gesundheitsprämie“ wird dagegen hinfällig und soll gestrichen werden.
4. Versicherte, die durch die beiden Prämien finanziell überfordert wären, sollen einen Anspruch auf Sozialausgleich haben.
5. Der Arbeitgeberbeitrag bleibt in jetziger Höhe unberührt.
6. Durch die Einführung der beiden Prämien wird der bisherige Arbeitnehmerbeitrag um 1,7 % entlastet. (Ausgliederung der Ausgaben aus der GKV: Zahnbehandlung 8,19 Mrd. Euro, Zahnersatz 3 Mrd. Euro und Krankengeld 7,3 Mrd. Euro – Basis 2009)
7. Nach Einführung der Gesundheitsprämie im Bereich der Zahnmedizin und des Krankentagegeldes ist zu prüfen, welche weiteren Bereiche in das Finanzierungssystem einer Gesundheitsprämie überführt werden können.

Anlage:

A) Beschluss des MIT-Bundesvorstands 2008 - „Gesundheit für Deutschland“ - (Auszug)

B) Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP 2009 - (Auszug)

Tabellen

C) Tabellen - Krankentagegeldversicherung

A) Beschluss des MIT-Bundesvorstands 2008 - „Gesundheit für Deutschland“ (Auszug)

Finanzierung: lohnunabhängig, solidarisch, wettbewerbsfreundlich

1. Versicherungspflicht

Jeder Bürger muss eine Krankenversicherung mindestens im Umfang einer Grundversorgung abschließen. Die entsprechende Absicherung kann bei einem Träger der jetzigen gesetzlichen Krankenversicherung, einer Privaten Krankenversicherung unter vergleichbaren Rahmenbedingungen geschehen oder durch eine staatliche Beihilfe/Heilfürsorge gewährleistet werden.

2. Grundversorgung

Die Grundversorgung umfasst eine zweckmäßige, ausreichende und das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitende Versorgung und wird unter Mitwirkung unabhängiger Sachverständiger gesetzlich definiert. Dadurch wird die ambulante und stationäre Versorgung sichergestellt. Alle derzeit krankenversicherungsfremden Leistungen sind nicht Bestandteil der Grundversorgung.

3. Zusatzversorgung

Zusätzlich zur Grundversorgung können Krankenversicherungen, Krankenkassen, Versicherte sowie Leistungserbringer Verträge mit vergleichbaren Rahmenbedingungen frei verhandeln und abschließen. Die Verträge unterliegen dem Wettbewerbsrecht. Durch die Möglichkeit der Absicherung zusätzlicher Leistungen außerhalb der Grundversorgung durch die Krankenversicherungen erhält der Versicherte mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Umfang und Ausgestaltung seiner Krankenversicherung. Zu einer funktionierenden Wettbewerbslandschaft gehört die frei wählbare Vollversicherung in der Privaten Krankenversicherung.

4. Freie Versicherungswahl

Durch die freie Wahl der Krankenversicherung innerhalb der Grundversorgung stehen alle Versicherten im Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung im Wettbewerb. Für alle Versicherten besteht Kontrahierungszwang. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Notwendige Übergangsregelungen beim Wechsel zwischen der GKV und der PKV (Fristen, Altersgrenzen) werden in Abstimmung mit den Beteiligten vom Gesetzgeber getroffen. Der hochbürokratische Risikostrukturausgleich wird vereinfacht.

5. Krankenversicherungsbeitrag

Die Finanzierung der Versicherungsbeiträge wird von den Arbeitsverhältnissen abgekoppelt. Jeder Erwachsene entrichtet einen einkommensunabhängigen Beitrag für die Grundversorgung. Den Grundbeitrag kann jeder Versicherte für seine Mitglieder selbst festlegen. Mit Einführung des Grundbeitrages wird dieser hälftig als Arbeitgeberbeitrag an den Arbeitnehmer ausgezahlt und zum Bestandteil des Bruttolohns umgewandelt. Kinder bleiben bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Die Gesundheitsausgaben für Kinder werden aus Steuermitteln finanziert. Mitglieder, die durch den Krankenversicherungsbeitrag finanziell überfordert werden, haben einen Anspruch auf einen Beitragszuschuss aus Steuermitteln. Für Versicherte in der privaten Krankenversicherung gilt als Basis dafür maximal der Grundbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

6. Generationengerechtigkeit

Ein kassenspezifisch einheitlicher solidarischer Grundbeitrag reduziert die fortschreitende Unterdeckung der Krankenversicherung für alle Bürger. Dieser Beitrag zur Generationengerechtigkeit und Demographieabsicherung wird über die schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und der Einführung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens ergänzt. Das System wird schrittweise um eine individuell zurechenbare Kapitaldeckung ergänzt, um dem demographisch bedingten Ausgabenanstieg vorzubeugen und die fortgesetzte Verschiebung alterungsbedingter Lasten auf nachwachsende Generationen zu unterbinden. Hierzu werden Steuermittel für die Bildung von individuell zurechenbaren Gesundheitssparkonten für Kinder

eingesetzt. In der Krankenversicherung werden individuell zurechenbare Altersrückstellungen beim Versichererwechsel, auch zwischen PKV und GKV, übertragen.

7. Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung setzt klare Anreize zur Stärkung der Eigenverantwortung. Dazu zählen unter anderem Selbstbehalte, Bonusregelungen, Zuschüsse und Beitragsrückerstattungen. Bei Inanspruchnahme einer über die Grundversorgung hinausgehenden Leistung behält der Versicherte seinen Anspruch auf den Betrag der Grundversorgung, beispielsweise als Festzuschuss.

B) Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP 2009 (Auszug)

Seite 51/52

Gesundheitswirtschaft

Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Gesundheitswirtschaft erheblich an Bedeutung gewinnen. Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereichs Gesundheits- und Pflegeleistungen angeboten werden können. Dafür bedarf es einer Verbesserung der wettbewerblichen Strukturen.

Seite 84/85

9. Gesundheit und Pflege

Wir werden das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten. Wir benötigen eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität und Eigenverantwortung. (...)

Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden. Dabei darf keine Generation über Gebühr belastet werden. (...)

Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung. Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

Der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem sind der falsche Weg, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen. Die Finanzierbarkeit muss auch mittel- und langfristig gewährleistet sein.

Der Gesundheitsmarkt ist der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland. Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Es braucht zudem Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten. Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können.

Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem. Der Morbi-RSA wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet. Die derzeitige Situation ist gekennzeichnet durch ein prognostiziertes Defizit, das sich sowohl aus krisenbedingten Beitragsausfällen als auch gesundheitssystemimmanenten Ausgabensteigerungen (Demographie, Innovationskosten, Fehlwirkungen) zusammensetzt. (...)

Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der

Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.

Wettbewerb im Krankenversicherungswesen

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen. Wir werden bei den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen klarer ausgestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitern. Wir werden die Entwicklung im Basistarif der privaten Krankenversicherung beobachten. Das Verhältnis von reduzierten Beiträgen im Basistarif aufgrund von Hilfebedürftigkeit und dem Abschluss privater Zusatzversicherungen wird überprüft. Ein Wechsel in die private Krankenversicherung wird zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.

C) Tabellen - Krankentagegeldversicherung

In der PKV kostet eine „typische“, nicht durchschnittliche (kapitalgedeckte) Krankentagegeldversicherung ab dem 43. Tag je nach Leistung und Einstiegsalter wie folgt:

Monatsbeiträge für Krankentagegeld ab 43. Woche (30 € täglich zur freien Verfügung)		
Einstiegsalter	männlich	weiblich
20 Jahre	3,96 €	5,76 €
30 Jahre	5,40 €	8,22 €
40 Jahre	8,88 €	12,00 €
50 Jahre	14,10 €	16,56 €
60 Jahre	21,36 €	19,50 €

Monatsbeiträge für Krankentagegeld ab 43. Woche (50 € täglich zur freien Verfügung)		
Einstiegsalter	männlich	weiblich
20 Jahre	6,60 €	9,60 €
30 Jahre	9,00 €	13,70 €
40 Jahre	14,80 €	20,00 €
50 Jahre	23,50 €	27,60 €
60 Jahre	35,60 €	32,50 €