

Beschluss des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands vom 21. Juni 2003

Der Bundesvorstand unterstützt den Beschluss der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18. Juni 2003 als eine gute Grundlage für die künftige Erarbeitung seines Antrages zur Reform der sozialen Sicherungssysteme an den 17. Parteitag im Dezember 2003. Der Bundesvorstand begrüßt insbesondere, dass die Kommission den unabweisbaren Reformbedarf für die nächsten 20 Jahre klar aufzeigt.

Der Bundesvorstand bittet die Kommission „Soziale Sicherheit“ unter anderem, ergänzende Vorschläge für eine Verbesserung der Effizienz des Gesundheitssystems im Lichte der im Bundesvorstand geführten Diskussion vorzulegen. Er empfiehlt ferner zu prüfen, ob zusätzlich zu den von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen auch Wahlmöglichkeiten zwischen der GKV und der PKV für bestimmte Leistungen eingeräumt werden können.

Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Beschluss der Kommission „Soziale Sicherheit“
vom 18. Juni 2003

1. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört zu den unverzichtbaren Institutionen der sozialen Sicherung. Sie stellt eine qualitativ hochwertige und humane medizinische Versorgung zur Verfügung, die allen Versicherten - unabhängig vom Alter oder der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit - zugute kommt. Aus Sicht der Kommission muss auch künftig der Grundsatz Geltung haben: Was medizinisch notwendig ist, muss im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht geleistet werden. Die Kommission lehnt jede Form von Zwei-Klassen-Medizin nachdrücklich ab.

2. Angesichts der demographischen Entwicklung und auch angesichts des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts können die von der amtierenden Bundesregierung kurzfristig eingeleiteten und überdies in keiner Weise in einem Gesamtkontext entwickelten Maßnahmen nicht sicherstellen, dass der Problemdruck im System der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig beseitigt wird. Die Kommission ist der Auffassung, dass nur ein Bündel unterschiedlicher, in ihrer Wirkung aber sorgfältig aufeinander abgestimmter Maßnahmen zum Erfolg führen kann. Insbesondere die Anlage einer Demographie-Reserve, wie sie die Kommission vorschlägt, wird nur im Verlauf einer längeren Ansparphase zu verwirklichen sein.

Die Kommission empfiehlt, die vorgeschlagenen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst bald einzuleiten. Alle Beteiligten müssen dies in dem Bewusstsein tun, dass damit ein langfristig angelegter Prozeß begonnen wird, der in seinen Auswirkungen bis 2030 und in einzelnen Maßnahmen sogar bis 2050 reicht.

3. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden in den kommenden Jahren die Ausgaben für Gesundheit dramatisch ansteigen. Dies wird auf der Ausgabenseite vor allem verursacht durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft und durch den medizinisch-technologischen Fortschritt.

Auf der Finanzierungsseite bereiten insbesondere die Veränderungen der Versichertenstruktur Probleme; der Anteil der Rentenempfänger steigt dauerhaft, der Anteil der Arbeitslosen steigt derzeit. Überdies führen die stark veränderten Beschäftigungsbiographien zu neuen Herausforderungen. Ohne eine Verbesserung der derzeitigen Wachstumsraten und ohne eine Verringerung der Arbeitslosigkeit werden die den Vorschlägen der Kommission zugrunde liegenden Annahmen nicht von Bestand sein.

Die demographische Belastung wird vor allem ab dem Jahr 2010 einsetzen. Ohne eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung würden die Beiträge von derzeit über 14 Prozent auf fast 19 Prozent im Jahr 2030 und auf deutlich über 20 Prozent in den Folgejahren ansteigen.

Ein solcher Anstieg hätte erhebliche negative Auswirkungen auf die bereits heute im internationalen Vergleich sehr hohen Arbeitskosten und damit auf die Marktchancen deutscher Produkte im nationalen, europäischen und globalen Wettbewerb. Dies führt gleichzeitig zu einer nicht mehr vertretbaren Belastung des Einzelnen.

Die Kommission macht sich deshalb das Ziel zu Eigen, die Sozialabgabenquote dauerhaft auf unter 40 Prozent zu senken. Um dieses Ziel zu erreichen, muss nach Auffassung der Kommission der Beitragsanteil der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft auf höchstens 13 Prozent abgesenkt werden.

4. Aus Sicht der Kommission sollte eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung von folgenden Grundsätzen ausgehen:

- Der medizinische Fortschritt muss auch in Zukunft für die gesamte Gesellschaft zugänglich sein.

- Die gesetzliche Krankenversicherung muss auch künftig einen sozialen Ausgleich zwischen jungen und alten, gesunden und kranken Menschen, Beziehern höherer und niedriger Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien ermöglichen.
- Die Reform muss darauf angelegt sein, die Eigenbeteiligung und Selbstverantwortung der Versicherten zu stärken.
- Die freie Arzt- und Krankenhauswahl muss erhalten bleiben.
- Die Reform muss die Wachstumsdynamik des Gesundheitswesens zulassen und damit auch einen Beitrag zu mehr Arbeitsplätzen in diesem Bereich leisten.
- Die Pluralität im Gesundheitswesen ist Ausdruck von individueller Freiheit sowie qualitätssichernder und ressourcenschonender Vielfalt. Reformen im Gesundheitswesen müssen dem Erhalt dieser Pluralität verpflichtet sein.

Exkurs: sofortiger Handlungsbedarf

5. Die Kommission hat ein mittel- bis langfristiges Handlungskonzept entwickelt, das auf eine Umsetzung bis zum Jahr 2010 und auf eine Perspektive 2010 - 2030 abzielt, um in den dann folgenden Jahren seine volle Wirkung entfalten zu können.

Neben dem Konzept der Kommission steht ein auf die Perspektive dieser Legislaturperiode ausgerichteter Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion „Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen statt Staatsmedizin und Bevormundung“, der folgende Maßnahmen fordert:

- Optimierung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit anstelle von Rationierung, Gängelung und staatlichem Dirigismus im Gesundheitswesen.
- Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung (Bonussystem).
- Mehr Entscheidungsfreiheiten der Versicherten bei den Versicherungskonditionen.
- Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Patienten und Versicherten, vor allem in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen.
- Verbesserung der Transparenz von Qualität und Kosten der Gesundheitsleistungen durch einen Abrechnungsbeleg und die Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung.
- Erhalt der freien Arzt- und Krankenhauswahl.
- Fairen Vertragswettbewerb, der kein ruinöser Wettbewerb mit gravierenden Nachteilen für die Versorgung der Patienten ist, sondern das Ziel einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung hat.
- Stärkere Orientierung der Leistungsvergütung an Qualitätsmerkmalen.
- Abbau des Ärzte- und Pflegekräftemangels in Krankenhäusern und Heimen.
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen für motivierte und qualifizierte Leistungserbringer.
- Einfache, gerechte und transparente Ausgestaltung des Risikostrukturausgleiches bei anzustrebender Begrenzung.

- Abbau der Bürokratie und Rückführung der Verwaltungskosten.
- Gleichbehandlung von GKV-Versicherten und Sozialhilfeempfängern, die Krankenhilfe erhalten.
- Halbierung des Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln.
- Private Absicherung von Zahnersatz.
- Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus der GKV.
- Sozial begrenzte, verhaltenssteuernde, prozentuale Selbstbeteiligungen bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages.
- Zeit- und wirkungsgleiche Anpassung der Maßnahmen in der Beihilfe.

Die Kommission empfiehlt, die Ergebnisse der Umsetzung dieser Forderungen vor allem im Hinblick auf Kosteneinsparungen, Steigerung von Effizienz und Transparenz, Auswirkungen von Leistungsanreizen, Lenkungswirkungen und Wettbewerbseffekten abzuwarten. Insbesondere ist zu prüfen, wie sich die private Absicherung von Zahnersatz bewährt und ob die private Versicherungswirtschaft ihren neuen Aufgabenstellungen sachgerecht nachkommen kann.

Erst vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird dann entschieden werden können, ob und wann weitere Maßnahmen des Konzeptes der Kommission umgesetzt werden sollen und können.

Sollte man sich zur Umsetzung dieser Maßnahmen entscheiden, so empfiehlt die Kommission, diese spätestens bis zum Jahr 2010 vollständig umzusetzen.

Versichertenkreis

6. Die Kommission empfiehlt, dass die gesetzliche Krankenversicherung als Pflichtversicherung in der Regel alle abhängig Beschäftigten versichert, deren monatliches Bruttoeinkommen die jeweils geltende Versicherungspflichtgrenze nicht überschreitet. Wer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze freiwillig Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, erbringt einen zusätzlichen Beitrag zur Stärkung ihrer Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus versichert sind die Kinder und Ehegatten der Versicherten, sofern sie ohne Einkommen sind. Sozialhilfeempfänger sollen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden.

7. Die negativen Folgen des demographischen Wandels für die gesetzliche Krankenversicherung können nicht durch eine Ausweitung des Versichertenkreises um weitere Personengruppen aufgefangen werden. Einer solchen Steigerung des Beitragsaufkommens stünden unmittelbar Ausgabensteigerungen für Leistungen an den vergrößerten Kreis der Versicherten gegenüber. Die Kommission rät deshalb ausdrücklich davon ab, den Versichertenkreis um weitere Personengruppen (z.B. Selbständige oder Beamte) auszuweiten.

Beitragsbemessungsgrundlage

8. Die Kommission empfiehlt, zur Bemessung des Beitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung alle Einkünfte des Versicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze heranzuziehen. Zur Ermittlung der individuellen Versicherungspflicht soll nur das Erwerbseinkommen, nicht aber andere Einkunftsarten herangezogen werden.

9. Kinder sind in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert.

Um zu einem sozial gerechteren Umlageverfahren zu kommen, empfiehlt die Kommission, bei der Bemessung der Beitragshöhe von Ehegatten ein Ehegattensplitting anzuwenden. Dies führt zu dem Effekt, dass hohe Einkommen

oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze künftig mindestens teilweise der Beitragspflicht unterworfen werden.

Das Ehegattensplitting wird nicht angewendet, wenn Zeiten der Kindererziehung oder die derzeitige Pflege von Angehörigen nachgewiesen werden können.

Prämiengestaltung

10. Die Kommission empfiehlt, die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung teilweise aufzugeben. Um den Arbeitgebern eine langfristig stabile Kalkulation der Arbeitskosten zu ermöglichen und die Lohnnebenkosten dauerhaft begrenzt halten zu können, soll der Arbeitgeberanteil zur Finanzierung der Gesundheitskosten abgesenkt und bei 6,5 Prozent eingefroren werden.

11. Von dem dauerhaft gedeckelten Arbeitgeberanteil sollen nach Auffassung der Kommission 5,8 Prozent steuerfrei dem Arbeitslohn des Versicherten zugeschlagen werden. Die verbleibenden 0,7 Prozent werden vom Arbeitgeber zur Finanzierung der privaten Absicherung des Krankengeldes im Rahmen einer Versicherungspflicht verwandt.

Es ist Sache des Versicherten, aus den unterschiedlichen Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen das für ihn jeweils günstigste Leistungsangebot auszuwählen und durch Beiträge zu finanzieren.

Durch diese Regelung wird der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen gefördert. Die Krankenkassen müssen wesentlich stärker als bisher wettbewerbsorientiert arbeiten und den Wünschen der Versicherten entsprechende unterschiedliche Tarife anbieten. Zugleich wird der Versicherte wesentlich stärker motiviert, das für ihn günstigste Versicherungsangebot zu finden und zu nutzen.

12. Die Kommission empfiehlt die Einführung einer angemessenen, einkommensorientierten, finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten bei

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im stationären und ambulanten Bereich. Dadurch sollen

- eine verhaltenssteuernde, kostendämpfende Wirkung beim Versicherten im Blick auf die Inanspruchnahme von Leistungen,
- ein Einspareffekt von insgesamt 0,6 Beitragssatzpunkten und
- eine Begrenzung der maximalen Höhe der Eigenbeteiligung auf 2 Prozent des Bruttojahreseinkommens

erreicht werden.

Für Sozialhilfeempfänger wird diese Regelung analog angewandt.

Für Kinder sowie für Maßnahmen der Prävention und der Früherkennung wird keine Eigenbeteiligung fällig.

Leistungsumfang

13. Der Versicherte muss künftig mehr Entscheidungsfreiheit über seinen Krankenversicherungsschutz erhalten. Jeder Versicherte soll selbst darüber entscheiden können, ob er den bisherigen Krankenversicherungsschutz beibehalten will, ob seine Krankenkasse gegen einen höheren Beitrag zusätzliche Leistungen finanzieren soll oder ob er durch Übernahme von mehr Eigenverantwortung seinen Krankenkassenbeitrag reduzieren will.

Auch in den vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen starre Strukturen aufgelockert werden, damit der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit eine Chance erhält. Nur wenn verschiedene Versorgungsangebote und Behandlungsmethoden miteinander konkurrieren, können sich die Patienten für die aus ihrer Sicht beste Versorgung

entscheiden. Mehr Wettbewerb führt zu einer besseren medizinischen Versorgung und zu einem sparsameren Umgang mit den Beiträgen der Versicherten.

14. Nach Auffassung der Kommission müssen die versicherungsfremden Leistungen, bei denen ein Bezug zur Morbidität fehlt, aus dem beitragsfinanzierten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst werden. Unter dem Gesichtspunkt einer gerechten Lastenverteilung ist es nicht vertretbar, diese Leistungen alleine aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren, um auf diese Weise den Bundeshaushalt entlasten zu können.

15. Die Kommission empfiehlt, einzelne, klar abgrenzbare Leistungsblöcke aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen und einer privaten Versicherungspflicht zuzuführen.

Die Ausgliederung dieser Leistungen sollte spätestens 2010 abgeschlossen sein.

Die Kommission hält es für möglich, folgende Leistungen stufenweise auszugliedern und privat zu versichern:

Leistungen für Zahnbehandlung. Dieser Leistungsbereich ist problemlos abgrenzbar. Die Erfahrungen mit der privaten Versicherung von Zahnbehandlungsleistungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass auf diese Weise erhebliche Anreize zu einer verbesserten Prophylaxe gesetzt werden. Überdies können auf diese Weise mehr Wettbewerb entfaltet und beträchtliche Kostensenkungspotentiale genutzt werden.

Krankengeldleistungen. Eine Ausgliederung von Krankengeldleistungen ist sachgerecht, weil dies die einzige Leistung in der GKV ist, die nicht für alle Versicherten identisch ist, sondern von der Höhe des Einkommens abhängt. Die Kommission empfiehlt, die Zuständigkeit für das Krankengeld alleine den Arbeitgebern zu übertragen, die gesetzlich verpflichtet werden, diese Leistung privat zu versichern.

Eine solche Zuordnung ist sachgerecht, weil der Arbeitgeber ohnehin bereits für die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zuständig ist. Durch die Übernahme

auch der Anschlussleistung Krankengeld durch den Arbeitgeber wird die willkürliche Trennung der Zuständigkeiten für die Lohnfortzahlung und das Krankengeld aufgehoben.

Darüber hinaus wird durch eine solche Zuordnung das Interesse der Arbeitgeber erhöht, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die sich positiv auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirken.

Die Übertragung der Krankengeldleistungen auf die Arbeitgeber verursacht diesen Kosten in Höhe von 0,7 Beitragssatzpunkten. Dies führt zusammen mit dem an den Arbeitnehmer auszahlenden Beitrag zu den Gesundheitskosten in Höhe von 5,8 Prozent zu einer dauerhaften Gesamtbelastung durch anteilige Gesundheitskosten auf Arbeitgeberseite in Höhe von 6,5 Prozent.

Leistungen bei privaten Unfällen. Eine Ausgliederung aus der paritätischen Finanzierung ist insofern sachgerecht, als der Arbeitgeber die Beiträge zur Absicherung beruflicher Unfälle alleine trägt.

Die Kommission empfiehlt, die Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und evtl. die privaten Unfälle durch die Versicherten im Rahmen einer gesetzlichen Versicherungspflicht privat versichern zu lassen.

Für die privaten Versicherer besteht Kontrahierungszwang.

Durch gesetzliche Regelung ist sicherzustellen,

- dass Kinder durch den Versicherten beitragsfrei mitversichert sind;
- dass die Prämien einen Höchstbetrag nicht überschreiten, um unzumutbar hohe Prämien für ältere Versicherte zu vermeiden;
- dass die Versicherungsbedingungen so ausgestaltet werden, dass im Hinblick auf Risikoprüfung, risikogerechte Tarifierung und

Geschlechtsneutralität ähnliche Verhältnisse angeboten werden wie bei einer Versicherung in der GKV;

- dass bei einem Wechsel der Versicherung dem Versicherten das ursprüngliche Eintrittsalter weiter angerechnet wird.

Die Kommission hat die private Absicherung der aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliederten Leistungen ausführlich mit Vertretern der privaten Versicherungswirtschaft in Deutschland erörtert. Diese haben vorgetragen, dass die Ausgliederung klar abgrenzbarer Leistungsblöcke und deren Absicherung durch private Versicherer ein gut gangbarer Weg ist, Teile der Gesundheitsvorsorge durch demographiefestere kapitalgedeckte Systeme leisten zu lassen.

Demographie-Reserve

16. Die demographische Entwicklung sowie der medizinische und medizintechnische Fortschritt werden künftig eine kräftige Beschleunigung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen bewirken. Diese Kostensteigerungen können nicht allein durch eine stringendere Ausnutzung von Rationalisierungsreserven, durch mehr Prävention, durch mehr Wettbewerb oder andere Maßnahmen aufgefangen werden.

Die Kommission empfiehlt, dieser Entwicklung dadurch zu begegnen, dass aus den Beiträgen der Versicherten in einem längeren Zeitraum ein Kapitalstock aufgebaut wird, aus dem etwa ab 2030 Mittel zur Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entnommen werden. Indem die Finanzmittel einer solchen Demographie-Reserve - zunächst anwachsend, später wieder abschmelzend - der Krankenversicherung zugeführt werden, wirken sie im Ergebnis beitragsstabilisierend.

Nach Auffassung der Kommission sollte der Aufbau einer Demographie-Reserve so schnell wie möglich angegangen werden. Sie wirkt umso nachhaltiger und sie ist um so preiswerter, je früher ihr Aufbau in Angriff genommen wird.

Die Kommission empfiehlt dringend, die Demographie-Reserve so auszugestalten, dass die angesparten Mittel einem zweckwidrigen staatlichen Zugriff zuverlässig und auf Dauer entzogen bleiben. Dies könnte nach Auffassung der Kommission z.B. durch die Einrichtung eines Fonds bei der Bundesbank sichergestellt werden.

Mehr Transparenz

17. Zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen kann auch beitragen, wenn die Transparenz der Kosten und der Qualität von Gesundheitsleistungen deutlich erhöht wird. Die Kommission empfiehlt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bzw. der elektronischen Patientenakte, um auch auf Seiten des Versicherten das Kostenbewusstsein zu stärken. Auch soll künftig für alle Versicherten das Sachleistungsprinzip durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden. Mehr Transparenz ist zugleich die beste Vorkehrung gegen den Mißbrauch von Versichertenkarten und gegen Abrechnungsmanipulationen.

Prävention und Gesundheitsförderung

18. Die Kommission ist der Auffassung, dass der gesundheitlichen Prävention mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Deutschland ist noch weit entfernt von einer gesellschaftlich fest verankerten und auf breiter Front praktizierten „Kultur der Prävention“. Dies gilt nicht zuletzt im Hinblick auf die bewusst eingegangenen Gesundheitsrisiken, die mit dem übermäßigen Genuss von Nikotin und Alkohol sowie mit mangelnder Bewegung verbunden sind.

Die Kommission ist der Überzeugung, dass konsequente Prävention zu einer spürbaren, aber nicht quantifizierbaren Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen führen wird.

Die Kommission schlägt deshalb vor, in die Prämien-gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung auch Elemente der Beitragsrückerstattung einzubinden. Regelmäßige Vorsorgemaßnahmen sollten durch einen „Präventions-Bonus“ belohnt werden.

Abbau von Sonderregelungen

19. Die Kommission empfiehlt, aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit und unbeschadet des Alimentationsprinzips auch Beamte und andere Beihilfeberechtigte - z.B. Abgeordnete - an den Kosten ihrer Gesundheitsversorgung stärker zu beteiligen. Es muss sichergestellt werden, dass Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wirkungsgleich auf Beamte und andere Beihilfeberechtigte übertragen werden. So müssen z.B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliederte Leistungen auch von Beamten privat versichert werden.

Sonstige Reformmaßnahmen

20. Um Monopolstrukturen zu beseitigen und um die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung zu erhöhen, empfiehlt die Kommission, Verträge der Krankenkassen mit Arztgruppen, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern künftig zu erleichtern. Dazu ist eine Neuordnung des Risikostrukturausgleiches notwendig.

21. Nach der deutschen Steuersystematik wird Grundbedarf wie Lebensmittel, Bücher und Zeitschriften nur mit einem reduzierten Mehrwertsteuersatz belegt. Die Kommission empfiehlt, auch das Grundbedarfsgut „Arzneimittel“ nur mit einem reduzierten Mehrwertsteuersatz zu belasten und damit ein weiteres Einsparpotential im Gesundheitswesen zu nutzen. Gleiches gilt für den Zahnersatz.

22. Die Kommission erachtet es für dringend notwendig, die integrierte Versorgung der Patienten zu verbessern, indem die ambulante und die stationäre Versorgung besser verzahnt werden, um auf diese Weise die Effizienz und Qualität der Leistungserbringung zu steigern.

Die Kommission wird sich in einer ihrer kommenden Sitzungen nochmals mit Langfristoptionen zur Umgestaltung der Ausgabenseite der GKV beschäftigen.

Finanzielle Eckpunkte einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

23. Insgesamt ermöglichen die vorgeschlagenen Maßnahmen einen konstanten GKV-Beitragssatz von 10,4 Prozent bis über das Jahr 2030 hinaus. Dies entspricht - trotz der Mehrbelastung für den Aufbau einer Demographie-Reserve - einer Beitragssatzsenkung gegenüber dem Basisszenario ohne Maßnahmen um 4,7 Prozentpunkte im Jahr 2010 bzw. 8,3 Punkte in 2030.

Der Gesamteffekt resultiert insbesondere aus der Streichung bzw. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, der Ausgliederung zusätzlicher Leistungen sowie der Erhöhung von Eigenbeteiligung, Transparenz, Effizienz und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Die Einführung einer kapitalgedeckten Demographie-Reserve sorgt darüber hinaus für eine nachhaltige Stabilisierung des Beitragssatzes auch über das Jahr 2030 hinaus.

24. Durch die Streichung bzw. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen kann die gesetzliche Krankenversicherung bis 2010 um 4,9 Mrd. Euro bzw. 5,3 Mrd. Euro (2010 bzw. 2030) entlastet werden. Dies entspricht einer Senkung des Beitragssatzes um 0,5 Prozentpunkte (2010 bzw. 2030).

Eine zusätzliche deutliche Entlastung lässt sich durch die Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche erzielen. Eine Reduzierung des Leistungskatalogs um Zahnersatz, Zahnbehandlung, Krankengeld und Privatunfälle senkt die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 32,7 Mrd. Euro bzw. 44,0 Mrd. Euro (2010 bzw. 2030). Damit sinkt der Beitragssatz zur GKV um 3,1 bzw. 3,8 (2010 bzw. 2030) Prozentpunkte.

Die Anwendung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel entlastet die GKV um gut 1,3 Mrd. Euro in 2010 bzw. rund 2,3 Mrd. Euro in 2030. Dies führt zu einer Senkung der Beiträge um 0,1 (2010) bzw. 0,2 Punkte (2030).

25. Einspareffekte gehen auch von Maßnahmen aus, durch die die Transparenz im Gesundheitswesen gesteigert wird. So lässt die flächendeckende Einführung einer elektronischen Patientenkarte bzw. einer elektronischen Patientenakte, durch die beispielsweise Mehrfachuntersuchungen vermieden werden könnten, eine Entlastung der GKV um 2,1 Mrd. Euro bzw. 4,6 Mrd. Euro (in 2010 bzw. 2030) erwarten. Dies entspricht einer Senkung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte in 2010 bzw. 0,4 Punkte in 2030.

26. Die Kommission wird sich in einer ihrer kommenden Sitzungen nochmals mit Langfristoptionen zur Umgestaltung der Ausgabenseite der GKV beschäftigen. Allein durch die bislang identifizierten effizienz- und wettbewerbssteigernden Maßnahmen wie den Ausbau der integrierten Versorgung, die konsequente Verschreibung von Generika und Analoga sowie die Abschaffung der Preisbindung für Arzneimittel ließen sich im Jahr 2010 Einsparungen in Höhe von 5,9 Mrd. Euro (0,6 Beitragssatzpunkte) bzw. in 2030 9,7 Mrd. Euro (0,8 Beitragssatzpunkte) realisieren.

27. Eine verstärkte Eigenbeteiligung (Selbstbehalte, Erhöhung von Zuzahlungen) der Patienten an den Gesundheitskosten führt zu einer Reduzierung des Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte ab 2010. Dies entspricht einer Entlastung der GKV um 6,3 Mrd. Euro in 2010 bzw. knapp 7,0 Mrd. Euro in 2030.

28. Eine Senkung des Beitragssatzes um weitere 0,4 Punkte ergibt sich zudem aus der Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Einkunftsarten. Durch die Einbeziehung nicht erwerbstätiger Ehepartner im Rahmen eines Splittingverfahrens lässt sich der Beitragssatz um etwa 0,5 Punkte reduzieren.

29. Langfristige Beitragssatzstabilität lässt sich durch den Aufbau eines Kapitalstocks erreichen. Diese so genannte Demographie-Reserve führt kurzfristig zu höheren Beiträgen, federt jedoch die langfristig zu erwartenden Beitragssteigerungen ab. Hierdurch lässt sich der Beitragssatz bei voller Umsetzung der Maßnahmen mit sofortiger Wirkung bei 10,4 Punkten bis weit über das Jahr 2030 hinaus stabilisieren.

30. Der Arbeitgeberanteil an den Kosten im Gesundheitswesen wird sich künftig auf 6,5 Prozent vom Bruttolohn belaufen. Davon entfallen 0,7 Punkte auf das

Krankengeld und 5,8 Prozentpunkte auf Leistungen der GKV. Durch deren Festschreibung wird der Faktor Arbeit im Vergleich zu heute nachhaltig entlastet.

Für den Arbeitnehmer ergibt sich im Jahr 2010 eine Belastung des Einkommens in Höhe von 7,5 Prozent bzw. 8,3 Prozent im Jahr 2030. Dies beinhaltet die Ausgaben für GKV-Leistungen (4,6 Prozent in 2010 bzw. 2030), Ausgaben für die Absicherung von Leistungen, die im Zuge des Konzepts aus dem Leistungskatalog gestrichen wurden (2,3 Prozent in 2010 bzw. 3,1 Prozent in 2030) sowie Aufwendungen für Eigenbeteiligung in Höhe von 0,6 Prozent (2010 bzw. 2030).

31. Darüber hinaus ergeben sich weitere schwer quantifizierbare Effekte, die sich auf Grund ihrer Steuerungswirkung nach dem Vorschlag der Kommission künftig ausschließlich zu Gunsten der Arbeitnehmer auswirken werden. Dazu gehören die Einführung von Wahlrechten in Hinblick auf den Umfang des Versicherungsschutzes sowie wettbewerbsfördernde Maßnahmen wie etwa die Vergrößerung des Vertragsspielraums zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

32. Details zu den einzelnen Maßnahmen lassen sich der Tabelle entnehmen:

| 9. BEVÖLKERUNGSVORAUSBERECHNUNG | | | | |
|---|--|---------------|---------------|---------------|
| Der Modellvorschlag führt zu einer spürbaren Entlastung der Ausgaben der GKV | | | | |
| Maßnahmen | Finanzielle Entlastung der KV laut Kommissionsmodell* | | | |
| | 2010 | | 2030 | |
| | in Mrd. Euro | in BS-Punkten | in Mrd. Euro | in BS-Punkten |
| Beitragssatz im Basisszenario (ohne Maßnahmen) | | 15,10 | | 18,70 |
| • Herausnahme versicherungsfremder Leistungen | -4,86 | -0,46 | -5,29 | -0,46 |
| • Auszugliedernde Leistungen | -32,73 | -3,09 | -44,04 | -3,84 |
| – Krankengeld (Arbeitgeberfinanziert) | -7,66 | -0,72 | -7,97 | -0,70 |
| – Zahnärztliche Behandlung (Arbeitnehmerfinanziert) | -9,41 | -0,89 | -14,91 | -1,29 |
| – Zahnersatz (Arbeitnehmerfinanziert) | -3,60 | -0,34 | -4,05 | -0,35 |
| – Privatunfälle (Arbeitnehmerfinanziert) | -12,06 | -1,14 | -17,11 | -1,49 |
| • Sonstige Maßnahmen | -15,66 | -1,16 | -23,65 | -4,01 |
| – Eigenbeteiligung | -6,34 | -0,60 | -6,95 | -0,60 |
| – Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel | -1,32 | -0,12 | -2,34 | -0,20 |
| – Einführung einer elektronischen Patientenkarte | -2,11 | -0,20 | -4,63 | -0,40 |
| – Effizienz- und wettbewerbssteigernde Maßnahmen | -5,89 | -0,56 | -9,73 | -0,84 |
| – Demographie-Reserve (2004 - 2050) | – | +1,22 | – | -1,07 |
| – Einbeziehung nicht erwerbstätiger Ehepartner im Rahmen eines Splittingverfahrens | – | -0,50 | – | -0,50 |
| – Erweiterung der Beitragsbemessungsbasis auf weitere Einkommensarten | – | -0,40 | – | -0,40 |
| – Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags (6,5%) und Auszahlung | – | – | – | – |
| Gesamtwirkung | 53,25 | | 72,98 | |
| Resultierender Beitragssatz | | 10,39 | | 10,39 |

* Annahme: Anwendung der Maßnahmen ausschließlich auf reduzierten Leistungskatalog
Quelle: Büro der Herzog-Kommission