

Entschließung
zur
Umgestaltung
der gesetzlichen
Krankenversicherung

Regionalverband Ost

Obentrautstraße 57, 10963 Berlin
Telefon: 0 30 / 8 64 20 – 7 13
Telefax: 0 30 / 8 64 20 – 7 12
e-mail: cgpt-RV-Ost@t-online.de

20. Februar 2010

Am 01. Dezember 2009 bestand die gesetzliche Krankenversicherung bereits 125 Jahre. In dieser Zeit, insbesondere in den letzten 60 Jahren, haben sich umfangreiche Veränderungen ergeben. Die Lebensdauer der Menschen hat sich erheblich verlängert; verursacht durch den medizinischen Fortschritt, Forschung und technische Entwicklung. In gleichem Maße sind damit auch die Kosten im Gesundheitswesen in eine Höhe gestiegen, die zu ständigen Änderungen der Vorschriften Anlass gaben, um die Kosten zu senken und beherrschbar zu machen. Keine der durchgeführten Maßnahmen brachten jedoch den erwarteten Erfolg.

Eine weitere Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der politischen Diskussion. Bei diesen Überlegungen ist zu beachten, dass es neben der gesetzlichen auch eine private Krankenversicherung gibt, die Rücklagen gebildet hat, um die höheren Kosten der gealterten Mitglieder ausgleichen zu können. Solche Rücklagen wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gebildet. Im Unterschied zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist noch zu berücksichtigen, dass Kinder und Ehepartner/innen ohne Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert sind, während in der privaten Krankenversicherung für diese Angehörigen Beiträge zu entrichten sind.

Zu prüfen ist, ob als Grundlage für die Beitragsfestsetzung nur das Arbeitsentgelt gelten oder auch andere Einkünfte einbezogen werden sollten. Ferner ist zu prüfen, ob die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (2010: 45.000 €) angemessen oder veränderungsbedürftig ist.

Die Beitragsleistung wurde mit der letzten Änderung neu geregelt. Der Einheitsbeitrag beträgt für alle Kassen 14,9 % des Einkommens. Die 50 %-Regelung - vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist jeweils die Hälfte des Beitrages aufzubringen - ist durch Zuzahlungen und Eigenbehalte erkrankter Arbeitnehmer bis zu 9,45 % bzw. 8,45 % (chronisch Kranke) seit Langem nicht mehr gültig. Hinzu kommen noch die Selbstbehalte beim Zahnersatz. Beitragssatzerhöhungen der Kassen über die 14,9 % hinaus, gehen ebenfalls allein zu Lasten der Arbeitnehmer/innen.

Zu beachten ist weiterhin die Beihilferegelung bei Beamten. In mehreren Gutachten wurde festgestellt, dass die Beihilferegelung für den Arbeitgeber (Dienstherrn) günstiger ist als der 50 %-Zuschuss beim Beitrag, weil Beihilfe nur im Krankheitsfall gezahlt wird. Wenn diese Regelung kostengünstiger ist, bleibt zu prüfen, ob sie nicht auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung angewendet werden kann.

Aus den genannten Gründen schlagen wir vor, die gesetzliche Krankenversicherung dahingehend umzugestalten, dass die Zahlung der Beitragshälfte durch eine Zuschussregelung für den Arbeitgeber im Krankheitsfall des Arbeitnehmers ersetzt wird. Der/Die beitragsfrei mitversicherte Ehepartner/in und Kinder sind von dieser Regelung zu trennen.

Für die Gruppe der Rentner/innen müsste an die Stelle des Arbeitgebers der zuständige Rentenversicherungsträger treten.

Der Vorschlag würde im Ergebnis bedeuten:

1. Der Arbeitgeber zahlt dem/der Arbeitnehmer/in keinen Beitragszuschuss.
2. Der/Die Arbeitnehmer/in zahlt ihren/seinen Beitrag (50 %) direkt an ihre/seine Krankenkasse.
3. Der Arzt stellt der Krankenkasse der/des Versicherten eine Rechnung über die erbrachten Leistungen aus.
4. Die Kasse begleicht die Rechnung und fordert vom zuständigen Arbeitgeber des/r Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin 50 % des Rechnungsbetrages.
5. Die Arztkosten für den mitversicherten Ehepartner und Kinder begleicht die Kasse und fordert 50 % des Rechnungsbetrages von der Finanzbehörde.
6. Übersteigen alle Zuschüsse des Arbeitgebers zu den Rechnungen 7,45 % der Lohnsumme seines Betriebes, ist ein überbetrieblicher Ausgleich vorzunehmen.

Mit einer derartigen Regelung würde die leidige Diskussion um Budgetkürzungen für die Ärzte sowie Durchschnittserrechnungen für ärztliche Leistungen entfallen. Die kassenärztlichen Vereinigungen könnten durch Wegfall der Quartalsabrechnungen entsprechend verkleinert werden. Die Ärzte müssten für ihre Leistungen - wie jeder andere Betrieb - eine nachprüfbar Rechnung erstellen, wie dies für die privat Versicherten bereits heute geschieht.

Berlin, den 24. November 2009/16. Februar 2010