

Vorschläge zur Gesundheitsreform im Vergleich

	SPD / Grüne	CDU / CSU	FDP
	Eckpunkte Bürgerversicherung	Kopfpauschale/ Gesundheitsprämie	Lösungen im FDP-Modell
Wer ist versichert?	Pflichtversicherung für alle. Auch Beamte und Selbständige, werden in das reformbedürftige gesetzliche Gesundheitssystem gezwungen.	Pflichtversichert sind alle erwachsenen Arbeitnehmer bis zur heutigen Versicherungspflichtgrenze.	Statt Pflichtversicherung, eine Pflicht zur Versicherung. Alle Bürgerinnen und Bürger versichern sich bei einer privaten bzw. privatisierten Krankenkasse ihrer Wahl und nach einem Tarif ihrer Wahl.
Wer zahlt wie viel?	2-Säulen-Modell nach der Nahles-Kommission: Die Kassenbeiträge richten sich wie bisher nach der Höhe des Einkommens. Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit und Renten unterliegen ebenfalls der Beitragspflicht (erste Säule). Ergänzend wurden zwei Varianten vorgeschlagen, die in der Kommission strittig waren: Variante 1: In der zweiten Säule werden Einkünfte aus Kapitalvermögen bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Für diese zweite Säule gilt der steuerrechtliche Sparerfreibetrag (derzeit 1340 €/Jahr). Variante 2: Einkommensabhängige Beiträge werden ohne Beitragsbemessungsgrenze durch 7% Abgeltungssteuer auf Kapitaleinkünfte und zwar auch für PKV-Versicherte erhöht und als Zuschuss an die GKV gewährt. Im Rahmen des bislang geltenden Kapitalertrags und der Zinsabschlagsteuer wird eine ähnliche Variante vorgeschlagen. Die Steuer soll zweckgebunden sein. Die Krankenversicherungsbeiträge bleiben einkommensabhängig.	Jeder erwachsene Versicherte bezahlt 109,- €. Egal ob Chef oder Sekretärin. Wer sich das nicht leisten (max. 7 Prozent des Einkommens) kann, bekommt einen Zuschuß aus einem Fond, der durch die Arbeitgeber mit festgeschriebenen 6,5 Prozent der Lohnsumme (heute ca. 65 Milliarden €) bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze gespeist wird. Der Rest wird nach Versichertenzahl auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Die Abkoppelung der Krankenversicherungsausgaben vom Lohn erfolgt damit nur höchst unvollkommen. Ein Teil der Beitragseinnahmen bleibt konjunktur- und arbeitsmarktabhängig. Der bürokratische Aufwand ist immens ohne dass dem deutliche Vorteile gegenüber stünden. Die Prämie von 109 € stellt ein verfehltes Preissignal dar, das fälschlicher Weise suggeriert, ein umfassender vollständiger Krankenversicherungsschutz sei für diesen geringen Beitrag zu haben.	Vom Grundsatz her bezahlen alle Bürger eine Krankenversicherungsprämie, die nach versicherungstechnischen Kriterien mit Bildung von Altersrückstellungen kalkuliert ist, und die je nach Eintrittsalter, Risiko, Leistungsumfang und Ausgestaltung (Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr) variiert (Äquivalenzprinzip). Jeder Bürger muß in der Lage sein eine Versicherung abzuschließen, die zumindest die Regelleistungen umfaßt. Aus diesem Grund sind zwei sozialpolitische Maßnahmen erforderlich: Zum einen muß jedes Versicherungsunternehmen mit Kontrahierungszwang einen Pauschalтарif anbieten, der diese Regelleistungen abdeckt und der weder nach Geschlecht noch nach sonstigen Kriterien differenziert.

Vorschläge zur Gesundheitsreform im Vergleich

	SPD / Grüne	CDU	FDP
	Eckpunkte Bürgerversicherung	Kopfpauschale/ Gesundheitsprämie	Lösungen im FDP-Modell
	<p>Die notwendige Abkopplung der Krankenversicherungsausgaben vom Lohn gelingt nicht. Die Einnahmen der Kassen sind weiterhin konjunktur- und arbeitsmarktabhängig.</p> <p>Die Einbeziehung aller Einkunftsarten ist administrativ aufwendig und führt deshalb zu hohen Verwaltungskosten. Sie ist datenschutzrechtlich problematisch und birgt die Gefahr der Steuerunehrlichkeit.</p> <p>Die Beiträge zur Bürgerversicherung sind dem Charakter nach eine zusätzliche Einkommensteuer. Eine solche zweckgebundene Einkommensteuer ist verfassungsrechtlich äußerst bedenklich.</p>		<p>Risikoprüfungen und Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig.</p> <p>Zum zweiten muss jeder Bürger durch staatliche Transfers in dem Umfange unterstützt werden, in dem er nicht in der Lage ist, die Prämie für den Pauschaltarif aus eigenen Kräften aufzubringen.</p>
Was passiert mit der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze?	<p>Diskutiert wird eine Anhebung auf bis zu 5.100 Euro/Monat bzw. eine eigene Beitragsbemessungsgrenze für Kapitaleinkünfte bzw. sonstige Einkünfte. Letzteres hätte eine drastische Mehrbelastung insbesondere von Rentnern, die über zusätzliche Einnahmen verfügen, zur Folge.</p> <p>Eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze schränkt den Kreis der Privatversicherten ein. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze belastet diejenigen, die oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze verdienen, obwohl die Leistungen gleich bleiben.</p>	Sie soll so beibehalten werden wie bisher.	Die Versicherungspflicht- und die Beitragsbemessungsgrenze entfallen und damit die Benachteiligung der gering Verdienenden, die heute die PKV nicht wählen können.

Vorschläge zur Gesundheitsreform im Vergleich

	SPD / Grüne	CDU	FDP
	Eckpunkte Bürgerversicherung	Kopfpauschale/ Gesundheitsprämie	Lösungen im FDP-Modell
Wie werden Kinder und Angehörige versichert?	Kinder und nicht berufstätige Ehepartner sind durch die Beiträge der Versicherten zur Bürgerversicherung mitversichert. Statt im Steuersystem findet die Umverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft der Bürgerversicherung über die Mitversicherung statt. Unterstützt werden nicht nur Bedürftige, sondern auch nicht berufstätige Ehepartner in Gutverdienerhaushalten.	Kinder zahlen keine Gesundheitsprämie. Für sie wird die erforderliche Prämie aus Steuermitteln finanziert.	Alle Bürgerinnen und Bürger zahlen zunächst ihre persönliche Prämie. Die Prämien für die Kinder werden über eine Erhöhung des Kindergeldes durch die Gemeinschaft der Steuerzahler solidarisch refinanziert. Die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von bedürftigen Angehörigen wird ebenfalls solidarisch über das Steuersystem finanziert.
Ist das Gesundheitssystem zukunftsfest?	Die Bürgerversicherung hält am Umlageverfahren fest. Die Beiträge werden bei zu niedriger Geburtenrate aufgrund des steigenden Anteils älterer Menschen deutlich steigen. Die nachwachsenden Generationen werden überproportional belastet.	Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnnebenkosten, aber Lohnbezogenheit bleibt erhalten und damit konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit der GKV-Einnahmen. Die Gesundheitskosten müssen in der Finanzierung klar von den Arbeitskosten und dem Einkommen abgetrennt werden, denn nur das schafft neue Arbeitsplätze. Künftige Kostensteigerungen, die über die Lohnentwicklung hinausgehen, tragen die Arbeitnehmer alleine.	Altersrückstellungen in einer kapital gedeckten Krankenversicherung sorgen für eine gleichmäßigere Verteilung der höheren Gesundheitsausgaben im Alter auf die gesamte Lebenszeit. Damit gibt das FDP-Modell Antwort auf die demografische Herausforderung. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Wiederherstellung der Generationengerechtigkeit.
Was passiert mit den Arbeitgeberzuschüssen?	Der Arbeitgeberzuschuß zur Krankenversicherung bleibt unverändert. Steigende Gesundheitskosten führen damit automatisch zu steigenden Lohnkosten zu Lasten von Wachstum und Beschäftigung.	Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung wird in ein Sondervermögen eingezahlt und auf 6,5 Prozent der Lohnsumme festgeschrieben.	Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung wird als Lohnbestandteil ausgezahlt.

Vorschläge zur Gesundheitsreform im Vergleich

	SPD / Grüne	CDU	FDP
	Eckpunkte Bürgerversicherung	Kopfpauschale/ Gesundheitsprämie	Lösungen im FDP-Modell
Gibt es Wettbewerb zwischen den Krankenkassen?	Eine Wechselmöglichkeit im Rahmen der Bürgerversicherung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen besteht. <i>Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist bei einem einheitlichen Leistungskatalog allerdings gering.</i>	Die CDU will bei einem ähnlichen Wettbewerbsmodell bleiben, wie das heutige. Der Ansatz führt mit einheitlichem Leistungskatalog, einheitlicher Tarifgestaltung und einheitlicher Prämie allenfalls zu Wettbewerb um Gesunde, der dann über einen aufwändigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wieder eingefangen werden muss.	Alle Krankenversicherungen stehen in fairem Wettbewerb zueinander. Die Altersrückstellungen können bei einem Wechsel der Krankenversicherung ohne Nachteile mitgenommen werden.
Welche Leistungen gibt es?	Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt pro forma erhalten. Er wird allerdings durch die ungesteuerte Rationierung in den Arztpraxen ausgehöhlt.	Der Gesetzgeber soll den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Gesichtspunkt, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich vertretbar ist, definieren. Die Selbstverwaltung präzisiert den Leistungskatalog unter dem Gesichtspunkt, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich vertretbar ist, und der Versicherte entscheidet über Wahlleistungen.	Den Leistungen der individuell zwischen Versicherten und Versicherung ausgehandelten Tarifen sind nach oben keine Grenzen gesetzt. Im Regelleistungstarif sind die medizinisch unbedingt notwendigen Leistungen abzuschließen. Dies entspricht in etwa dem heutigen Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung vermindert um einen Teil der Zahnmedizin und das über das Existenzminimum hinausgehende Krankengeld.
Wie funktioniert die Bezahlung im Krankheitsfall?	In der Bürgerversicherung rechnet der Arzt über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Kasse ab. Der Patient weiß nicht, was die in Anspruch genommenen Leistungen kosten. Die Abrechnung und die Höhe der verursachten Kosten bleiben für die Versicherten intransparent	Grundlage bildet das Sachleistungsprinzip, bei dem die Krankenversicherung mit den Leistungsanbietern direkt abrechnet. Jeder Versicherte hat die Möglichkeit, stattdessen die Kostenerstattung zu wählen.	Wenn tariflich nichts anderes vereinbart wird, gilt das Kostenerstattungsprinzip, bei dem der Patient eine Rechnung erhält, die er wiederum seiner Krankenkasse zur Erstattung des Rechnungsbetrages einreicht.