

Gemeinsame Pressemitteilung
der Vorsitzenden der CDU, Dr. Angela Merkel,
des Vorsitzenden der SPD, Kurt Beck,
des Vorsitzenden der CSU, Dr. Edmund Stoiber

Heute hat sich die Große Koalition auf eine weitreichende Gesundheitsreform geeinigt. Damit wird das deutsche Gesundheitswesen zukunftsweisend umgestaltet – in den Strukturen, in der Organisation, in den Finanzen und im Bereich der Privatversicherung. Alle Maßnahmen haben das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen und insgesamt durch Wirtschaftlichkeit, Transparenz, Wettbewerb und Bürokratieabbau die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu sichern.

Im einzelnen:

Mehr Sicherheit im Krankheitsfall durch solidarische Finanzierung

Die Gesetzliche Krankenversicherung wird auf ein solides finanzielles Fundament gestellt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen anteilig einen festen, für alle Krankenkassen gleich hohen Beitragssatz in den Gesundheitsfonds ein, der zum 1. Januar 2009 eingeführt wird. Die Finanzierung der Ausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der Krankenversicherung wird zunehmend durch Steuermittel gesamtgesellschaftlich aufgebracht. Dieser Steuerzuschuss und die Beiträge decken zum Startzeitpunkt 100% der Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung ab, auch künftig mindestens 95%. Dies führt zu mehr Solidarität und Generationengerechtigkeit.

Alle Bürgerinnen und Bürger haben zukünftig die Möglichkeit, sich für den Krankheitsfall abzusichern. Derzeit nicht Versicherte müssen von ihrer früheren Krankenversicherung wieder aufgenommen werden. Dies gilt gleichermaßen für die private wie für die gesetzliche Krankenversicherung

Mehr Transparenz für die Versicherten schaffen

Jede Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine pauschale Zuweisung. Diese wird nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren modifiziert.

Der hierzu notwendige Risikostrukturausgleich an 50 bis 80 Krankheiten orientiert, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen. Der Risikostrukturausgleich wird ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag darf 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Feste oder prozentuale Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 € werden – falls für die Kasse erforderlich – ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen.

Gut wirtschaftende Kassen werden ihren Versicherten überschüssige Mittel auszahlen können. Damit können Versicherte auf einen Blick erkennen, wie gut ihre Kasse arbeitet. Dies schafft mehr Transparenz und Wettbewerb.

Leistungen an den Präferenzen der Versicherten ausrichten

Auch in Zukunft wird jeder Versicherte die medizinische Versorgung erhalten, die er braucht. Darüber hinaus bietet die Gesetzliche Krankenversicherung zukünftig mehr Wahlmöglichkeiten. Versicherte können zwischen verschiedenen Behandlungsmodellen (Integrierte Versorgung, Hausarzttarife, etc.) und Tarifen der Krankenkassen (Selbstbehalte, Kostenerstattung) wählen, ohne dass die Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft in Frage gestellt wird.

Da, wo es notwendig ist, werden Leistungen ausgebaut. Das gilt z.B. für eine bessere Gesundheitsvorsorge durch Impfungen sowie für Mutter-Vater-Kind-Kuren. Die Leistungen für Schwer- und Schwerstkranke in der Palliativmedizin werden

verbessert. Auch ältere und pflegebedürftige Menschen sollen Anspruch auf Rehabilitation haben.

Die Chancen des Wettbewerbs nutzen

Leistungserbringer konkurrieren in Zukunft durch gute Qualität und bezahlbare Preise um Verträge mit den Krankenkassen. Dies gilt sowohl für Ärzte und Krankenhäuser wie für die Versorgung mit Arzneimitteln und Hilfsmitteln.

Gleichzeitig erhalten viele Leistungserbringer mehr Sicherheit über die Vergütung ihrer Leistungen. Am 1. Januar 2009 wird eine neue Gebührenordnung mit Euro- und Cent-Beträgen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung eingeführt, so dass jeder Arzt weiss, was er für seine Leistungen bekommt. Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patienten tragen zukünftig die gesetzlichen Krankenkasse und nicht mehr die Ärzteschaft.

Mehr Wettbewerb auch im Bereich der Privaten Krankenversicherung

Unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko können zukünftig freiwillig Versicherte und ehemals privat Versicherte in die private Krankenversicherung wechseln. Hierzu wird ein Basistarif eingeführt, der nur nach dem Eintrittsalter und Geschlecht differenzierte Beiträge erhebt. Darüber hinaus können die Versicherten in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln; dazu werden ihre Alterungsrückstellungen bei Wechsel der Versicherung im Umfang des Basis tarifs anrechnungsfähig gestaltet.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dieser den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde durch die Bezahlung einer solchen Prämie Hilfebedürftigkeit ausgelöst, reduziert sich dieser Tarif auf die Hälfte. Würde auch bei dieser halbierten Prämienzahlung Hilfebedürftigkeit ausgelöst, muss sich der zuständige Träger nach SGB XII oder SGB II im notwendigen Umfang, maximal aber mit dem heute an GKV-Versicherte bezahlten Satz von 125 € an den Kosten beteiligen.

Portabilität der Altersrückstellungen zwischen PKV und GKV findet nicht statt.

Weniger Bürokratie

Leistungserbringer und Krankenkassen werden von unnötiger Bürokratie entlastet. Abrechnungsverfahren werden vereinfacht, überflüssige Kontrollen abgebaut, teure, historische Zwangsverbände von Kassen abgeschafft, Prüfverfahren entschlackt und vereinfacht, Verbands- und Organisationsstrukturen werden durchgängig der modernen Zeit angepasst und verschlankt.

Alle Bürgerinnen und Bürger haben zukünftig die Möglichkeit, sich für den Krankheitsfall abzusichern. Derzeit nicht Versicherte müssen von ihrer früheren Krankenversicherung wieder aufgenommen werden. Dies gilt gleichermaßen für die private wie für die gesetzliche Krankenversicherung

Konvergenzklausel

Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden.

In dieser Konvergenzphase werden unterschiedliche Be- und Entlastungen durch die Verteilungsmechanismen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. € (bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen) angeglichen. Dieser Höchstangleichungsbetrag von 100 Mio. € wird jeweils auf das Land mit der höchsten absoluten Belastung bzw. Entlastung (Referenzland) bezogen, hiervon abgeleitet werden die Ausgleichsbeträge der anderen Länder jeweils im Verhältnis der Be-/Entlastungen zum absoluten Wert des Referenzlandes ermittelt.

Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Be-/Entlastungswirkungen werden durch ein Gutachten ermittelt.