



Elke Ferner

Mitglied des Deutschen Bundestages
Stellvertretende Vorsitzende
der SPD-Bundestagsfraktion

Berlin, 7. Juli 2006

Zusammenfassung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006

Die SPD ist bei der Bundestagswahl im September 2005 mit dem Vorhaben angetreten, die Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln, verbunden mit den Zielen,

- dass zukünftig jeder krankenversichert sein muss,
- dass auch in Zukunft jeder, unabhängig von seinem Einkommen, alle medizinisch notwendigen Leistungen erhalten und am medizinischen Fortschritt teilhaben soll,
- dass auch Gutverdienende, Beamte, Selbstständige und Politiker in die solidarische Krankenversicherung einbezogen werden,
- dass jede Krankenkasse jeden ohne Ansehen des Risikos versichern muss,
- dass jeder sich entsprechend seiner Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt,
- dass die beitragsfreie Familienversicherung erhalten bleibt,
- und dass das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in einen Wettbewerb um die beste Versorgung umgewandelt wird.

Das Wahlergebnis hatte eine große Koalition zur Folge. Damit verbunden ist, dass keine Seite ihr jeweils präferiertes Modell (Bürgerversicherung bzw. Gesundheitsprämienmodell) in dieser Koalition durchsetzen konnte.

Die SPD hat sich der Verantwortung gestellt, gemeinsam mit der Union nach Lösungen zu suchen und Kompromisse zu schließen ohne dabei ihre zentralen Ziele aus dem Auge zu verlieren.

Nach neun teilweise schwierigen Verhandlungswochen können wir gemessen an unseren Zielen folgende Ergebnisse vorlegen:

- Wir haben beschlossen, dass jeder in Deutschland versichert sein muss.
- Wir haben beschlossen, dass auch in Zukunft jedem unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts alle medizinisch notwendigen Leistungen zuteil werden.
- Wir haben beschlossen, dass die beitragsfreie Familienmitversicherung erhalten bleibt.
- Wir haben beschlossen, dass die Private Krankenversicherung jeden ehemals privat Versicherten ohne Versicherungsschutz und jeden freiwillig Versicherten ohne Ansehen des Risikos in einem Basistarif versichern muss.

Im ersten Teil der Verhandlungen standen die Strukturreformen und somit der Aufgabenbereich des Gesundheitssystems im Mittelpunkt der Beratungen.

Ziel ist, durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen die Effektivität der bereits im Gesundheitssystem vorhandenen Finanzmittel zu erhöhen, hin zu einer besseren medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten.

I. Die wichtigsten Strukturreformen

1. Schaffung eines modernen Vergütungssystems

Das ärztliche Vergütungssystem wird vereinfacht und entbürokratisiert. Zukünftig wird nicht mehr mittels abstrakter Punktwerte, sondern in Euro und Cent abgerechnet. Die meisten ärztlichen Leistungen, die in der Regel auch in Kombination erbracht werden, sollen zu einer überschaubaren Zahl sogenannter „Komplex-Pauschalen“ zusammengeführt und nach einer für den fach- und hausärztlichen Bereich unterschiedlichen Systematik pauschal abgerechnet werden. Für den hausärztlichen Bereich sind Versichertenpauschalen pro Quartal vorgesehen. Daneben wird es nur noch wenige Einzelleistungsvergütungen geben. Erstmals werden auch im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Qualitätszuschläge möglich und durch Zu- und Abschläge wird der Über- und Unterversorgung begegnet. Im neuen Vergütungssystem zahlen alle Krankenkassen für vergleichbare Leistungen grundsätzlich vergleichbare Preise. Ambulante Leistungen, die sowohl im Krankenhaus aber auch in der niedergelassenen Praxis erbracht werden können, sollen mit vergleichbaren Honoraren vergütet werden.

Mit diesen Maßnahmen wird das Vergütungssystem erheblich transparenter und für die Ärzte mehr Kalkulationssicherheit und Verteilungsgerechtigkeit geschaffen.

Die Versicherten werden von mehr Wettbewerb um Qualität zwischen den Ärzten ebenso profitieren wie von der besonderen Förderung der Ärzte, die bereit sind, sich in Gebieten niederzulassen, in denen derzeit Ärztemangel herrscht.

Vergleichbare Vergütungen für vergleichbare Leistungen zahlen künftig auch gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen im ambulanten Bereich. Dabei ist die einheitliche Leistungsbeschreibung ein wichtiger erster Schritt auf dem Weg hin zu einer weitgehend einheitlichen Gebührenordnung beider Systeme. Die Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens bleibt bestehen, wird aber an präzisere Kriterien gebunden.

2. Mehr Vertragsmöglichkeiten und bessere Kooperation

Die Vertragsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten werden deutlich erweitert. Beide Seiten können dabei alleine oder in Gruppen als Vertragspartner auftreten. Alle Krankenkassen müssen für ihre Versicherten Hausarzttarife anbieten. Die „integrierte Versorgung“ als Instrument zur besseren Zusammenarbeit verschiedener Leistungsbereiche und unterschiedlicher Heilberufe wird fortgeführt und auf größere Versichertengruppen ausgeweitet. Außerdem können in Zukunft auch nicht-ärztliche Heilberufe in die zugrunde liegenden Versorgungskonzepte einbezogen werden. Neu ist auch, dass die Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung eingebunden wird. Die laufende Anschubfinanzierung wird bis zum In-Kraft-Treten des neuen ärztlichen Vergütungssystems verlängert.

Damit die Versicherten zukünftig mehr hochspezialisierte Leistungen im Krankenhaus ambulant in Anspruch nehmen können, wird dieser Leistungsbereich mit einer eigenen Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen zusätzlich gefördert.

Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten werden die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Arztgruppen sowie ambulantem und stationärem Sektor verbessert und die Übergänge erleichtert.

3. Stationäre Versorgung

Der stationäre Versorgungsbereich befindet sich weiterhin im Umbruch. Die 2003 eingeleitete Umstellung auf das neue Fallpauschalen-Vergütungssystem dauert noch an und wird erst Ende 2008 abgeschlossen sein. Verkürzte Liegezeiten und die

zunehmende Verlagerung ehemals stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich sind nur zwei Gründe für den tiefgreifenden Wandel der Krankenhauslandschaft. Dieser Entwicklung muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung angepasst werden. Hierzu werden die Gesundheitsministerinnen und -minister von Bund und Ländern im kommenden Jahr Vorschläge erarbeiten. Dabei wird es auch um die Frage gehen, ob die Investitionskosten der Krankenhäuser künftig von den Ländern auf die Krankenkassen mit einem entsprechenden Finanzausgleich verlagert werden.

Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie pauschal zu einem Sanierungsbeitrag von 1 % der Budgets herangezogen.

Die Qualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen soll künftig durch regelmäßige unabhängige Zertifizierungen aufgrund gemeinsamer Qualitätsstandards von gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung gewährleistet werden. Die Krankenkassen können wie bisher für ihre Versicherten Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen schließen. Den Versicherten wird aber in Zukunft ermöglicht, auch andere als die bei ihrer Krankenkasse unter Vertrag stehenden zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Allerdings müssen dann mögliche Mehrkosten gemessen an den Kosten der Vertragseinrichtungen selbst getragen werden.

4. Arzneimittelversorgung

Die enormen Kostensteigerungen in der Arzneimittelversorgung können nicht mit medizinisch notwendigen Erfordernissen begründet werden. Mit dem erst im Mai dieses Jahres in Kraft getretenen Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz, kurz AVWG genannt, wurde dieser Entwicklung mit ersten wirksamen Maßnahmen begegnet, denen im Rahmen dieser Reform weitere folgen:

- **Noch mehr Preisvereinbarungsmöglichkeiten im Arzneimittelbereich**

Nachdem das AVWG bereits Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern eröffnet hat, wird jetzt die Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise umgestellt. Das heißt, Apotheken können beim Bezug von Arzneimitteln niedrigere Preise vereinbaren, wobei die daraus resultierenden Preisvorteile in angemessener Höhe an die Versicherten bzw. Krankenkassen weitergegeben

werden müssen. Außerdem erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, einzelne Präparate und Wirkstoffe auszuschreiben.

2007 muss durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken ein Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erreicht werden, ansonsten müssen die Apotheken den Differenzbetrag durch einen entsprechend höheren Kassenrabatt tragen.

- **Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung**

Neue Arzneimittel werden in der Regel zu hohen Preisen in den Markt eingeführt, auch wenn ihr therapeutischer Zusatznutzen gegenüber etablierten Substanzen gering ausfällt oder nur für eine sehr kleine Patientengruppe einen Vorteil bietet. Bisher werden sie im Rahmen der Zulassung auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft. Eine wirtschaftliche Bewertung findet nicht statt. Zukünftig soll die Anwendung neuer Wirkstoffe auf die Patientinnen und Patienten konzentriert werden, bei denen eine therapeutische Verbesserung zu erwarten ist. Die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel wird daher zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung unter Gewährleistung international üblicher akzeptierter Standards erweitert. Hierzu wird das neue Produkt nicht nur mit anderen Arzneimitteln, sondern auch anderen Behandlungsformen verglichen. Dabei werden die Belange des Patienten insbesondere im Hinblick auf Verlängerung der Lebensdauer, Verbesserung der Lebensqualität und Verkürzung der Krankheitsdauer angemessen berücksichtigt.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung bildet in Zukunft die Grundlage für die Festsetzung der Erstattungshöhe neuer Arzneimittel. Es bleibt bei der geltenden Regelung, dass neue Arzneimittel nach Zulassung und Markteinführung grundsätzlich zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind, bis eine Kosten-Nutzen-Bewertung vorliegt. Neue, innovative Wirkstoffe bleiben auch weiterhin festbetragsfrei. Die zentrale Entscheidungsbefugnis verbleibt beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

- **Verordnungen mit Zweitmeinung**

Die Verordnung von besonders teuren Wirkstoffen, die oft auch risikoreich sind, soll in Zukunft in Abstimmung mit fachlich besonders qualifizierten Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Das gleiche gilt für hochspezialisierte Diagnostika und Hilfsmittel. Die näheren Bestimmungen zu den Verfahren und die Auswahl der besonders ausge-

wiesenen Ärzte erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten.

- **Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit**

Zur Sicherung einer von ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie freien Arzneimittelauswahl wird den Herstellern die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt.

Außerdem werden besondere Anforderungen an durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen gestellt. Zukünftig muss die Industrie die gezahlten Vergütungen für Anwendungsbeobachtungen an Vertragsärzte offenlegen. Ergänzende Regelungen zur Information der Versicherten durch den Arzt werden überprüft.

5. Mehr Wettbewerb bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Die vorhandenen Wettbewerbs- und Regulierungsmechanismen im Heil- und Hilfsmittelbereich verfehlen hinsichtlich der Preisgestaltung die gesetzlich vorgesehenen Wirkungen. Zur Förderung von mehr Wettbewerb bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln müssen das Festbetragskonzept für Hilfsmittel und die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel umgestaltet werden. Dabei soll für Hilfsmittel der Preiswettbewerb über Ausschreibungen erfolgen.

6. Optimierung der Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Reha und Pflege

Das unzureichend vernetzte Nebeneinander von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege führt häufig dazu, dass Patientinnen und Patienten keine optimale Versorgung erhalten, Behandlungsverläufe unterbrochen und Finanzmittel verschwendet werden. Besonders im Bereich der geriatrischen Rehabilitation bestand dringender Handlungsbedarf. Daher wird die ambulante und stationäre Reha für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt.

Damit in Zukunft bei Entlassung aus Krankenhäusern nahtlos eine geeignete Anschlussversorgung sichergestellt werden kann, müssen die Leistungsangebote besser verknüpft und das Entlassungsmanagement verbessert werden.

7. Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten

Durch mehr Transparenz und den Ausbau wettbewerblicher Strukturen sowie den Abbau von hemmender Bürokratie sollen die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten verbessert werden. Dies gilt unter anderem für die Wahl von Ärztin/Arzt und stationärer Einrichtung sowie von besonderen (z. B. Chronikerprogrammen) und neuen (z. B. mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer) Versorgungsformen sowie die Wahl zwischen gesetzlichen Krankenkassen bzw. privaten Krankenversicherungen.

Die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung soll entbürokratisiert und flexibilisiert werden. Zukünftig können Krankenkassen die Kostenerstattung auch als Wahltarif anbieten. Allerdings darf dieses Angebot im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der GKV führen.

Neu ist auch die Wahlmöglichkeit eines fakultativen Selbstbehalts in begrenzter Höhe verbunden mit einer Mindestbindungszeit von drei Jahren. Auch die Selbstbehalte dürfen im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der GKV führen.

8. Prävention

Die Prävention wird zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut, wobei insbesondere die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger und die Qualität bei Präventionsmaßnahmen verbessert werden sollen. Hierzu ist ein Präventionsgesetz geplant.

Die regelmäßige Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen soll für die 45- bis 55-Jährigen ähnlich der Vorsorge beim Zahnersatz, die mittels eines Scheckheftes dokumentiert wird, durch einen Bonus „belohnt“ werden.

9. Erhalt des Leistungskatalogs

Leistungskatalog und Zuzahlungsregelungen der GKV einschließlich der Überförderungsregelungen bleiben im Wesentlichen unverändert. Zusätzlich aufgenommen werden die geriatrische Rehabilitation und die Palliativversorgung, wobei der Leistungsanspruch auf und die Vergütung von Palliativversorgung definiert und verbessert werden müssen.

Die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen sowie Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt. Bei selbstverschuldeten Behandlungsnotwendigkeiten z. B. nach Schönheitsoperationen oder Piercings soll künftig in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.

10. Modernisierung der Institutionen des Gesundheitswesens

Die verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens müssen so reformiert werden, dass sie ihre Aufgaben und Funktionen in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Ordnungsrahmen erfüllen können. Hierzu sind folgende Veränderungen geplant:

- **Öffnung und Gründung von Krankenkassen**

Grundsätzlich sollen zu einem bestimmten Stichtag alle Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet werden. Eine Ausnahmeregelung wird es übergangsweise für heute geschlossene Betriebskrankenkassen geben.

Es bleibt bei der Möglichkeit, unter den geltenden Bedingungen neue Betriebs- und Innungskrankenkassen zu gründen. Knappschaft und See-Krankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt. Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen vorerst ihren Sonderstatus.

- **Kassenfusionen**

Jede Krankenkasse darf sich in Zukunft mit jeder anderen Krankenkasse im gesetzlichen Krankenversicherungssystem zusammenschließen. Die Fusionen müssen von den zuständigen Aufsichtsbehörden nach einheitlichen Kriterien genehmigt werden. Dabei darf die Zustimmung nur dann versagt werden, wenn gesetzliche Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Zur Vermeidung von Kassenmonopolen werden auch hier die allgemein gültigen wettbewerbsrechtlichen Regelungen unter Beachtung der besonderen Anforderungen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems angewandt. Dazu gehört auch eine Regelung für eventuell bestehende Verbindlichkeiten einer fusionierenden Krankenkasse und deren Zuordnung zu einem Haftungsverbund. So wird gewährleistet, dass sich keine Krankenkasse missbräuchlich durch Fusionen von Schulden

und Verbindlichkeiten befreien oder diese in einen anderen Haftungsverbund einbringen kann.

- **Verbandszugehörigkeit und Haftungsfragen**

Mit dem Ziel der Straffung der zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie zur Vermeidung von Handlungsblockaden werden die Krankenkassen bzw. ihre Verbände aufgefordert, zur Erfüllung bestimmter Aufgaben bis zum 31.12.2007 einen Spitzenverband auf Bundesebene sowie darunter für jedes Bundesland einen Landesverband zu gründen. Wenn dies bis zu der vorgegebenen Frist nicht gelingt, führen die Aufsichtsbehörden die Errichtung durch.

Der Spitzenverband soll künftig die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten, wobei sich seine Vertragskompetenz auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen beschränken wird. Ausgenommen sind davon Bereiche, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen oder deren Verbände bzw. Zusammenschlüsse geregelt werden. Hierzu gehören z. B. Rabatt- und Integrationsverträge oder Hausarzttarife. Auch auf Landesebene sollen die einzelnen Krankenkassen in Zukunft bei gemeinsamen Vertragsbeziehungen mit verbindlicher Wirkung für alle jeweils von einem Landesverband vertreten werden.

Die Haftungsregelungen werden den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst. Dabei muss sichergestellt werden, dass bis zum Stichtag grundsätzlich alle Krankenkassen schuldenfrei sind.

- **Gemeinsame Selbstverwaltung**

Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss werden künftig von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Ihre Amtszeit wird auf maximal zwei Amtsperioden begrenzt. Die Form der Patientinnen- und Patientenbeteiligung bleibt unverändert.

Die Gremienarbeit wird gestrafft und transparenter gestaltet. Die Sitzungen werden in der Regel öffentlich sein. Sektorenübergreifende Entscheidungen auch zur Arznei-

mittelversorgung müssen in einem Gremium gefällt werden. Werden Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten diese Methoden als zugelassen. Wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog.

- **Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Aufgaben und Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen den Veränderungen des Vergütungssystems, der Bedarfsplanung und der Steuerung veranlasster Leistungen (z. B. Arzneimittel) sowie den neuen Möglichkeiten, abweichende Verträge zu schließen, angepasst werden. Die Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen werden künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen. Sie werden darüber hinaus vermehrt als Dienstleister für ihre Mitglieder tätig werden können.

- **Medizinischer Dienst**

In einem neuen wettbewerblichen Ordnungssystem müssen Organisation, Aufgaben und Finanzierung des Medizinischen Dienstes neu geregelt werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes respektieren und ihn nicht in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung einsetzen. Es sind auch neue Wege für die Nutzerfinanzierung (Finanzierung nach Inanspruchnahme) und die Wahl verschiedener Medizinischer Dienste und anderer medizinischer Gutachterdienste zu ermöglichen.

II. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

1. Ausgangslage

Die GKV hat in den vergangenen Jahren erhebliche Einnahmeausfälle hinnehmen müssen. Nicht nur der Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied um fast 31 % (gemessen am Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigen), sondern auch die schwache gesamtwirtschaftliche Entwicklung mit geringen Lohnzuwächsen und dem Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung haben die GKV finanziell belastet.

Allein in den Jahren 2000 bis 2005 ist die Zahl der versicherungspflichtig Beschäftigten um 6 % gesunken, was einem Beitragsvolumen für die GKV von 6,5 Mrd. Euro entspricht. Dazu leidet die GKV unter dem Wechsel freiwillig Versicherter zur PKV und den Kürzungen der GKV-Beiträge für Beziehende von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II. Für die Jahre 2007 bis 2010 dürfte aus der Beschäftigungs- und Lohnentwicklung kaum mit Mehreinnahmen für die GKV zu rechnen sein. Im laufenden Jahr 2006 wird aufgrund des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen von 4,2 Mrd. Euro und der Maßnahmen zur Begrenzung der Arzneimittelkosten mit einem weitgehend ausgeglichenen Finanzergebnis gerechnet. Ab 2007 kommen bedingt durch die Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen um 2,7 Mrd. Euro sowie die Anhebung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und Medizinprodukte (minus 0,8 bis 0,9 Mrd. Euro) auf die GKV Mehrbelastungen von mindestens 3,5 Mrd. Euro zu. Bei unveränderter Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben kann das Defizit bis auf über 7 Mrd. Euro ansteigen. Ab 2008 führt der vollständige Wegfall des Bundeszuschusses zu einer weiteren Reduzierung der Einnahmen um 1,5 Mrd. Euro. Den sinkenden Einnahmen stehen stetig steigende Ausgaben gegenüber. Allein die Arzneimittelausgaben sind 2005 auf 25,4 Mrd. Euro gestiegen. Das waren 16 % mehr gegenüber 2004.

Mit dem 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz haben die Versicherten eine enorme finanzielle Vorleistung erbracht. Veränderte Zuzahlungsregelungen einschließlich Praxisgebühr, Ausgrenzung von Leistungen wie OTC-Arzneimitteln, Sehhilfen und Sterbegeld sowie die Einführung des Sonderbeitrags von 0,9 % Beitragssatzpunkten haben die GKV um 12,2 Mrd. Euro entlastet. Das zum 1. Mai 2006 in Kraft getretene Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz entlastet die GKV um weitere 1,5 Mrd. Euro.

2. Das Fondsmodell

Es soll ein Gesundheitsfonds eingerichtet werden, der mittels regional organisierter Einzugsstellen die Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern einzieht. Beide Beitragssätze werden zunächst gesetzlich fixiert, wobei der Arbeitnehmerbeitrag den heutigen Sonderbeitrag von 0,9 % enthält.

Beim Start des neuen Systems müssen alle Krankenkassen schuldenfrei sein. Die Krankenkassen erhalten dann aus dem Fonds zunächst für jeden Versicherten einen gleichen Betrag, die so genannte Grundpauschale. Der Grundpauschalbetrag wird durch eine „risikoabhängige“ Zuweisung aus dem Fonds für jeden Versicherten ergänzt. Diese risikoabhängige Zuweisung wird die ungleiche Verteilung der vorhandenen Risiken wie Alter, Krankheit und Geschlecht der Versicherten zwischen den Krankenkassen zielgenauer als heute ausgleichen. Für Kinder wird ein die Durchschnittskosten deckender einheitlicher Betrag kalkuliert und dann ebenfalls aus dem Fonds den Krankenkassen zugewiesen. Im Ergebnis findet dadurch ein hundertprozentiger Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen statt.

3. Ergänzende Steuerfinanzierung

Ab 2008 ist der Einstieg in eine teilweise Steuerfinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der GKV vereinbart. Im Haushaltsjahr 2008 soll dafür ohne zusätzliche Steuerbelastungen für die Bürgerinnen und Bürger ein Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt bereitgestellt werden. In diesem Zusammenhang wurde vereinbart, dass es dabei weder zu Kürzungen im Leistungskatalog der GKV noch zu Kürzungen in anderen sozialen Sicherungssystemen kommen darf. Der Steuerzuschuss soll in den Folgejahren weiter ansteigen, wobei die Finanzierung aus dem Haushalt weiterhin kontinuierlich sichergestellt werden muss.

4. Ergänzender Zusatzbeitrag

Die Krankenkassen sind angehalten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren. Dazu werden ihnen neben den bestehenden zahlreiche neue Instrumente im Rahmen der geplanten Strukturreformen zur Verfügung gestellt. Kommen die Krankenkassen dennoch mit den ihnen zugewiesenen Fondsmitteln nicht aus, können sie einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben. Dieser darf analog zur geltenden Überforderungsklausel bei den Zuzahlungen 1 % des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. Dadurch werden soziale Härten vermieden. Über Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags (prozentual oder pauschal) entscheidet die jeweilige Krankenkasse. Sie kann den Fonds mit der Einziehung beauftragen.

5. Anpassungsmechanismus bei Kostensteigerungen

Die vollständige Finanzierung der GKV-Ausgaben muss in der Zukunft zu mindestens 95 % aus dem Fonds erfolgen. Mit einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess werden unvermeidbare Kostensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung zuerst über den vereinbarten, aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln, soweit darüber hinausgehend, paritätisch von Arbeitgebern und Versicherten durch eine Anhebung der Beitragsätze getragen.

6. Verhältnis der PKV zur GKV

Private Krankenversicherungen und gesetzliche Krankenkassen sollen auch in Zukunft nebeneinander am Markt bestehen bleiben. Zur Förderung des Wettbewerbs sowohl innerhalb der PKV als auch zwischen den Systemen PKV und GKV soll die Portabilität der Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den alten und neuen Versichertenbestand und beim Wechsel zwischen den Systemen ermöglicht und gesetzlich geregelt werden. Nicht mehr Versicherte müssen von dem System wieder aufgenommen werden, in dem sie vorher versichert waren. Ehemalige PKV-Versicherte erhalten demnach ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif. Nichtversicherte müssen in dem System versichert werden, dem sie nach den heute geltenden Kriterien zugeordnet sind.

Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente:

- Leistungsumfang der GKV,
- Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung, Risikozuschlag und Leistungsausschluss,
- bezahlbare Prämien und
- die Alterungsrückstellung.

Der PKV-Basistarif muss auch allen freiwillig Versicherten angeboten werden.

Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmerinnen und -nehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 erst dann möglich, wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze, wobei die Jahresarbeitsentgeltgrenze der Versicherungspflichtgrenze entspricht, überschritten wird.

Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens.