



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

mit über 250 Milliarden Euro nimmt Deutschland einen weltweiten Spitzenplatz bei den Ausgaben für Gesundheit ein. Allein die gesetzliche Krankenversicherung gibt rund 150 Milliarden Euro im Jahr aus. Ab 1. Januar 2009 wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu organisiert. An diesem Tag wird der Gesundheitsfonds eingeführt.

Für die Mitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen gilt ab 1. Januar 2009 der gleiche Beitragssatz. Diesen hat die Bundesregierung auf 15,5 % festgelegt. Der Bund wird zur Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen für das Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds zahlen.

Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich diese Leistungen um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro. Jede Krankenkasse erhält aus dem Fonds pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Außerdem gibt es Zu- und Abschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und Krankheiten der Versicherten richten, also einen zusätzlichen Risikostrukturausgleich.

Das Ziel des Gesundheitsfonds ist es, durch die Bündelung der Finanzströme für mehr Transparenz, Solidarität und Gerechtigkeit zwischen den derzeit noch gut 200 gesetzlichen Krankenkassen zu sorgen. Die Transparenz erhöht zugleich das Leistungs- und Kostenmanagement der Kassen. Dies kommt auch den Versicherten zugute. Denn Überschüsse sollen künftig an die Versicherten weitergegeben werden. Wie immer, wenn etwas neu organisiert werden soll, gibt es zunächst viele Skeptiker und Kritiker. Davon darf man sich jetzt nicht beirren lassen.

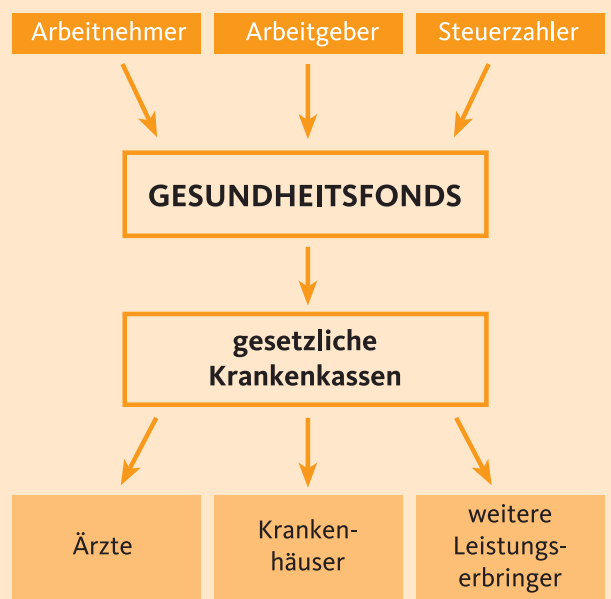
Ihr
Dr. Armin Jäger
Fraktionsvorsitzender

Der Gesundheitsfonds

Die Bundesregierung hat den neuen bundesweit einheitlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 % beschlossen. D. h. für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen gilt künftig der gleiche Beitragssatz. Trotzdem bleibt es beim Wettbewerb, denn eine Krankenkasse, die gut wirtschaftet, kann ihren Versicherten Geld zurückzahlen, das sie vorher aus dem Gesundheitsfonds erhalten hat.

Am Verfahren des Beitragseinzugs ändert sich im Jahr 2009 nichts. Arbeitgeber müssen weiter Sozialbeiträge an die Krankenkasse ihres Arbeitnehmers zahlen, die das Geld dann an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Der Krankenversicherungsbeitrag wird prozentual nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erhoben: Wer wenig verdient, zahlt weniger, wer gut verdient, zahlt mehr.

Aus dem Gesundheitsfonds erhält jede Krankenkasse pro Versichertem eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Um konjunkturelle und saisonale Schwankungen aufzufangen, wird eine Schwankungsreserve von rund 3,3 Milliarden Euro gebildet. Sie stabilisiert den Beitragssatz langfristig.



Gesundheitsfonds

CDU-Fraktion im Landtag Mecklenburg-Vorpommern

Schloss Schwerin Telefon: 0385 5252205 www.cdu-fraktion.de
19053 Schwerin Telefax: 0385 5252277 info@cdu-fraktion.de
V.i.S.d.P. Wolfram Axthelm Satz & Layout: www.lieps-verlag.de

Gesundheitsfonds

Oktober 2008



Wer zahlt ein?

Die Beiträge werden weiterhin gemeinsam vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Die rund 23 Millionen pflichtversicherte Arbeitnehmer und 4 Millionen freiwillig Versicherte zahlen also auch künftig gemeinsam in den Gesundheitsfonds ein. Außerdem steuern die Deutsche Rentenversicherung die Beiträge für die 17 Millionen Rentner und die Bundesagentur für Arbeit für die knapp 3 Millionen Arbeitslose bei.

Jährlich fünf Milliarden Euro geben die gesetzlichen Krankenkassen aktuell für Aufgaben aus, um die sich eigentlich der Staat kümmern müsste. Das sind Leistungen für Schwangere und junge Mütter, Haushaltshilfen oder das Kinder-Krankengeld. Nach der Einführung des Gesundheitsfonds soll die Finanzierung dieser Aufgaben schrittweise über Steuermittel erfolgen. Der Bund zahlt deshalb im Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Zahlungen aus dem Bundeshaushalt um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.

Reichen die finanziellen Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds bei einzelnen Kassen nicht zur Deckung der anfallenden Leistungen aus, so können die Krankenkassen von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge erheben. Diese sind jedoch maximal auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Ohne Prüfung der Einnahmen des Mitglieds kann die Krankenkasse den Zusatzbeitrag erheben, wenn dieser monatlich einen Betrag von acht Euro nicht überschreitet. Außerdem muss die Kasse auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen.



In der Tradition der ostdeutschen Polikliniken soll im Rahmen der Reform mit Medizinischen Versorgungszentren die Grundversorgung in der Fläche gestärkt werden. Medizinische Versorgungszentren sollen verstärkt eine koordinierte Behandlung aus einer Hand bieten. Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen bis hin zu Gynäkologen und Zahnärzten können freiwillig unter einem Dach zusammen arbeiten und mit Apotheken und Physiotherapeuten kooperieren. So werden kurze Wege für die Patienten möglich. Zugleich lassen sich Klinikeinweisungen oft vermeiden und damit Kosten sparen.

Künftig gibt es zudem erweiterte Möglichkeiten bei der ambulanten Versorgung. D. h. Krankenhäuser und Kliniken können mehr hoch spezialisierte Leistungen ambulant anbieten und erbringen. Die Telegesundheitsschwester AGnES wird als Teil der Regelversorgung in dünn besiedelten, medizinisch unterversorgten ländlichen Regionen niedergelassene Landärzte bei Hausbesuchen entlasten und gleichzeitig den Patienten zahlreiche lange, aufwendige Fahrten in die Praxis ersparen.

Wer erbringt die Leistungen?

Mit der Gesundheitsreform tritt für die rund 172.000 kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Praxen ein neues vertragsärztliches Vergütungssystem in Kraft. Ziel ist ein System, das einfach und transparent gestaltet ist sowie den Ärzten mehr Geld und mehr Planbarkeit gibt. Ärzte und Patienten können künftig unmittelbar erkennen, zu welchen Beträgen eine ärztliche Behandlung abgerechnet wird. Das undurchschaubare Punktesystem wird zugunsten übersichtlicher Pauschalbeträge in Euro abgeschafft. Erstmals seit Jahren steigen die Einkünfte der Ärzte wieder.

Risikostrukturausgleich begrenzt Kosten

Ebenfalls ab 2009 erfolgt ein neuer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen armen und reichen Krankenkassen. Dieser basiert auf 80 Krankheiten der jeweiligen Krankenkassenmitglieder. Kassen, deren Versicherte an behandlungsintensiven Krankheiten leiden, bekommen zukünftig mehr Geld aus dem Fonds. Der Wettbewerb zwischen den Kassen wird damit auf eine neue und gerechtere Grundlage gestellt. Für die AOK Mecklenburg-Vorpommern ist das gut – sie erhält mehr Geld aus dem gemeinsamen Topf, ihr Beitragssatz sinkt.

Zusätzlich werden die länderbezogenen finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds durch eine so genannte Konvergenzklausel begrenzt. Sie sorgt dafür, dass nicht vertretbare regionale Belastungssprünge vermieden werden. Mecklenburg-Vorpommern wird insgesamt rund 14 Mio. € zusätzlich erhalten.

Auch wird sich die Anzahl der Krankenkassen in den kommenden Jahren durch eine Vielzahl von Fusionen mehr als halbieren – statt über 200 werden es unter 100 Kassen in Deutschland sein.



Neue Leistungen unterstreichen Solidargedanken

Die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen, aber auch Eltern-Kind-Kuren sind jetzt eine Pflichtleistung der Krankenkassen.

Für ältere und pflegebedürftige Menschen gibt es einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation.

Schwerstkranke und Sterbende sollen zuhause eine spezielle Betreuung (z. B. schmerzmedizinische Begleitung) erhalten können.

Mitglieder von Wohngemeinschaften haben zukünftig ebenso einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege wie Patienten in Privathaushalten.

Diese Leistungsverbesserungen unterstreichen den Solidargedanken der Krankenversicherung.

Das Sorgentelefon der CDU-Landtagsfraktion

Unter der Nummer 0385 525 2244 ist an jedem Dienstag von 12.00 bis 14.00 Uhr die CDU-Landtagsabgeordnete Karin Strenz erreichbar. Sie kümmert sich hier direkt um die Probleme von Bürgerinnen und Bürgern. Durch die zentrale und feste Einwahlnummer bündelt die CDU-Fraktion im Verbund mit den 22 Wahlkreisbüros im Interesse der Bürgerinnen und Bürger ihre Kompetenzen.

