

Positionen der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Konzentration der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Basissicherung durch Begrenzung der Leistungen auf das medizinisch Notwendige (z.B. Behandlungsleitlinien, Negativlisten für Arzneimittel) und Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus der paritätischen Beitragsfinanzierung (z.B. Sterbegeld, beitragsfreie Versicherungszeiten, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen) **Ziel:** Senkung und Stabilisierung des durchschnittlichen Beitragssatzes auf unter 12 Prozent; Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Systems.
2. Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags durch Gesetz auf höchstens 6 Prozent der versicherungspflichtigen Arbeitsentgelte und zusätzlich auf höchstens 50 Prozent des Beitragssatzes der jeweils günstigsten wählbaren Krankenkasse. **Ziel:** Senkung der gesetzlichen Personalzusatzkosten; die freiwillige Wahl einer teureren Krankenkasse und von medizinisch nicht notwendigen Leistungen dürfen nicht zu Lasten der Arbeitskosten bzw. von Arbeitsplätzen gehen.
3. Intensivierung des Wettbewerbs im gesamten Gesundheitswesen durch mehr Spielräume für die Krankenkassen bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) und bei den Leistungsangeboten an die Versicherten. **Ziel:** Schaffung von bedarfsgerechten, qualitätssichernden und kostengünstigen Strukturen und Angeboten durch marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen.
4. Einräumung von Wahlrechten für die Versicherten bei der Festlegung des Versicherungsschutzes (z.B. häusliche Krankenpflege, Gesundheitsförderung, Prävention, Heil- und Hilfsmittel) sowie bei der Gestaltung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (z.B. Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr, Bonussysteme, Kostenerstattung). **Ziel:** Erhöhung der Eigenverantwortung und der Selbstbestimmungsrechte; Entlastung der Solidargemeinschaft.
5. Ausbau der Selbstbeteiligung der Versicherten - unter Beachtung notwendiger Härtefallregelungen für Einkommensschwache und chronisch Kranke - durch Anhebung, Ausdehnung und Dynamisierung der Zuzahlungen und/oder Einführung von Zuzahlungspauschalen für einzelne Behandlungsfälle sowie Herausnahme einzelner Kassenleistungen aus dem paritätisch finanzierten Aufgabenkatalog (z.B. Zahnersatz, Kieferorthopädie). **Ziel:** Stärkung des Gesundheits- und Kostenbewusstseins; Senkung der Zwangsabgabbelast für alle Beitragszahler.
6. Überprüfung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen auf seine Notwendigkeit und seine konkrete Ausgestaltung. **Ziel:** Verhinderung sowohl von Wettbewerbseinschränkungen durch Gleichmacherei als auch von einseitigem Wettbewerb um gute Versicherungsrisiken.
7. Ausbau und konsequente Anwendung der Instrumente zur Qualitätssicherung sowie Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (z.B. Leitlinien, integrierte Versorgung, Fallmanagement, Controlling, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherungssysteme). **Ziel:** Vermeidung überflüssiger Untersuchungen, unnötiger Verordnungen, unsachgerechter Behandlungen und Abbau nicht notwendiger Kapazitäten.
8. Abbau überzähliger Betten und Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus durch Erschließung von Rationalisierungsreserven (z.B. integrierte Versorgung, Verzahnung der Sektoren) und Einräumung des Rechts für die Krankenkassen, unwirtschaftlichen und nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäusern zu kündigen. **Ziel:** Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlichkeit; Schaffung bedarfsgerechter und finanzierbarer Strukturen und Kapazitäten.
9. Keine Erschließung neuer Einnahmenquellen (z.B. Anhebung der Versicherungspflicht- und/oder Beitragsbemessungsgrenze), sondern Lösung der Finanzprobleme der Krankenkassen über Strukturenreformen, die auf der Ausgabenseite ansetzen. **Begründung:** Abgabenlast ist bereits heute zu hoch; private Krankenversicherung ist als Wettbewerber im Gesundheitssystem unverzichtbar.
10. Keine gesetzliche Reglementierung von Angebot und Nachfrage bei „weichen“ Gesundheitsleistungen (z.B. medizinisch nicht notwendige und konsumnahe Gesundheitsleistungen, Wellness und Fitness), die allerdings voll selbst finanziert werden müssen. **Begründung:** Nutzung von Wachstums- und Beschäftigungschancen im Gesundheitsmarkt; Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen und Vergrößerung individueller Handlungsspielräume.