

02.02.2007 Bundestag stimmt für die Gesundheitsreform

Mit breiter Mehrheit hat der Bundestag die Gesundheitsreform gebilligt. Nun muss am 16. Februar noch der Bundesrat zustimmen. Dann ist der Weg frei für eines der wichtigsten Reformvorhaben der Bundesregierung: die nachhaltige Sicherung eines leistungsfähigen, solidarischen und finanzierbaren Gesundheitswesens.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sieht grundlegende Reformen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung vor.

Das Gesundheitssystem wird neu strukturiert und wettbewerbsorientierter ausgestaltet – zum Nutzen aller Bürgerinnen und Bürger. Denn es sieht deutlich mehr Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten als bisher vor. Das sorgt für mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung.

Erstmals sind mit einer Gesundheitsreform weder verschärfte Zuzahlungsregelungen noch Einschnitte bei den Leistungen verbunden. Im Gegenteil: Mit der Reform werden bestehende Versorgungslücken geschlossen.

Die wichtigsten Regelungen im Überblick

Versicherungsschutz für alle: Über 200.000 Menschen sind derzeit ohne Versicherungsschutz. Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte besteht ab 2009 für alle Bürgerinnen und Bürger die Pflicht und das Recht, sich zu versichern: und das zu bezahlbaren Beiträgen.

Wer den Versicherungsschutz früher verloren hat, kehrt in seine letzte Versicherung zurück. Das gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt die Versicherungspflicht bereits ab dem 1. April 2007.

Versicherte, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind, können sich ab dem 1. Juli 2007 ohne Risikoprüfung und -zuschläge wieder privat versichern. Das heißt, die Prämien dürfen sich nur aufgrund Alter und Geschlecht unterscheiden.

Die Versicherung erfolgt zunächst im Standardtarif. Ab dem 1. Januar 2009 muss die PKV einen neuen Basistarif zu erheblich verbesserten Bedingungen anbieten. Dieser muss die Versorgung sicherstellen, darf nicht abgelehnt werden und schließt eine Risikoprüfung aus.

Medizinische Versorgung auf hohem Niveau

Jeder erhält auch künftig die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter, Wohnort und Einkommen. Der medizinische Fortschritt kommt allen zugute. Wo es notwendig ist, wird die medizinische Versorgung ab dem 1. April 2007 sogar ausgebaut.

In allen Versorgungsbereichen gilt künftig der Grundsatz: Prävention vor Behandlung, Reha und Pflege.

- Krankenhäuser übernehmen die ambulante Behandlung für Patienten mit seltenen oder schweren Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids. Sie sind dafür oft besser ausgerüstet als die Arztpraxen.
- Empfohlene Impfungen, Mutter- oder Vater-Kind-Kuren werden Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Deshalb werden für ihre Versorgung so genannte Palliativ Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zugelassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerst- und sterbenskranker Kinder in Kinderhospizen verbessert.
- Vor allem ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten können. Wo es nur geht, soll ihnen das Pflegeheim erspart werden. Diese Menschen haben künftig einen Rechtsanspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation.
- Die zumeist älteren Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege.

Ressourcen bestmöglich einsetzen

Eines der wichtigsten Reformziele besteht darin, die Mittel der Krankenversicherung effizient und zielgenau zu verwenden. Über-, Unter- und Fehlversorgungen sollen vermieden werden. So sollen zum Beispiel überflüssige Mehrfachuntersuchungen reduziert werden.

Neue Arzneimittel müssen sich künftig einer Kosten-Nutzen-Bewertung stellen. Teure oder spezielle Arzneimittel dürfen Ärzte nur dann verordnen, wenn sie vorher eine Zweitmeinung einholen. Diese zweite Meinung erteilen fachlich besonders ausgewiesene Kollegen oder Kolleginnen.

Gerade die Arzneimittelpreise gehören zu den kostentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen. Deshalb wird dieser Bereich stärker für den Wettbewerb über Ausschreibungen geöffnet. Den Krankenkassen wird es leichter gemacht, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.

Eigenverantwortung steigt

Versicherte, die selbst etwas für ihre Gesundheit tun, zum Beispiel mit Vorsorgeuntersuchungen, sollen von ihrer Krankenkasse dafür belohnt werden. Gleiches gilt für Versicherte, die im Krankheitsfall eine optimierte Versorgungsform, zum Beispiel ein integriertes Versorgungsangebot, in Anspruch nehmen.

Für chronisch Kranke gilt ab dem 1. Januar 2008: Die Zuzahlung wird dann auf ein Prozent begrenzt, wenn vor der Erkrankung regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen worden sind.

Die Kosten von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe tragen die Krankenkassen nicht mehr. Das betrifft Schönheitsoperationen oder etwa Piercings.

Der Gesundheitsfonds: Beiträge und Steuermittel

Der Gesundheitsfonds startet zum 1. Januar 2009. In ihn fließen die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen ein, außerdem Steuermittel. Die Krankenkassen-Beiträge werden in Zukunft im ganzen Bundesgebiet einheitlich festgesetzt.

Aus dem Fonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten eine Grundpauschale. Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren und kranken Versicherten bekommen einen Zuschlag. Damit haben sie im Wettbewerb keine Nachteile gegenüber anderen Kassen.

Das neue Finanzierungssystem macht das Leistungs- und Kostenmanagement der Krankenkassen transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder Beitragsrückerstattungen gewähren.

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, wird sich zuerst bemühen, die Versorgung kostengünstiger zu organisieren. Reicht auch dies nicht, kann sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen, der jedoch ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen darf (Überforderungsklausel).

Zusatzbeiträge bis zu acht Euro werden ohne Einkommensprüfung erhoben. Für die Versicherten wird damit erkennbar, wie leistungsfähig ihre Krankenkasse ist. Jede Kasse, die einen Zusatzbeitrag erhebt, muss ihre Mitglieder darauf hinweisen, dass sie umgehend zu einer anderen Kasse wechseln können.

Steuergeld für Aufgaben der Gesellschaft

Ab 2008 werden schrittweise Steuermittel für so genannte versicherungsfremde Leistungen der Kassen eingesetzt. Dies sind zum Beispiel das Mutterschaftsgeld, verschiedene Leistungen während einer Schwangerschaft sowie Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes.

Der Gedanke dahinter: Für Aufgaben der gesamten Gesellschaft sollen nicht mehr allein die Beitragszahlerinnen und -zahler aufkommen. Steuererhöhungen dafür hat die Bundesregierung für diese Legislaturperiode ausdrücklich ausgeschlossen.

Mehr Wettbewerb

Künftig haben die Versicherten die Wahl: zwischen den leistungsfähigsten Krankenkassen, den günstigsten Tarifen, der besten Versorgung und verschiedenen Behandlungsmodellen. Die Krankenkassen bieten Hausarztmodelle und

kostengünstigere Tarife an. Das wird zu mehr Wettbewerb zwischen Kassen, Ärzteschaft und Apotheken führen.

Die integrierte Versorgung, Hausarztmodelle, Chronikerprogramme und medizinische Versorgungszentren werden ausgebaut. Das bringt mehr Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten. Und sorgt für mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem.

Wettbewerb innerhalb der Privaten

Die Möglichkeit, von einer gesetzlichen zu einer privaten Krankenversicherung zu wechseln, wird verändert. Die PKV, deren Geschäftsmodell von risiko-, geschlechts- und altersbezogene Faktoren gekennzeichnet ist, bleibt als Vollversicherung erhalten. Gleichwohl wird sie künftig stärker als bisher kranke Menschen zu bezahlbaren Preisen versichern. Und es wird mehr Wettbewerb innerhalb der PKV geben.

Die PKV muss ab dem 1. Januar 2009 einen Basistarif anbieten. Der Basistarif tritt neben die bestehenden Tarife. Er kann mit Zusatzversicherungen kombiniert werden. Er ist offen für alle Nichtversicherten, die früher in der PKV waren und für alle freiwillig Versicherten. Bis zum 30. Juni 2009 können auch die heute schon privat Versicherten in diesen Tarif wechseln.

Der Basistarif orientiert sich am Leistungsumfang der GKV. Der Beitrag für den Basistarif darf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Spezielle Regelungen schützen die Versicherten im Falle von Bedürftigkeit vor finanzieller Überforderung.

Es gilt ein Kontrahierungszwang. Das bedeutet: Die PKV ist verpflichtet, mit denjenigen, die die genannten Voraussetzungen erfüllen, einen Vertrag über den Basistarif abzuschließen. Eine Risikoprüfung ist untersagt. Die Prämien für den Basistarif dürfen sich also nur aufgrund von Alter und Geschlecht unterscheiden.

Innerhalb der PKV wird eine Übertragbarkeit der Altersrückstellungen (Portabilität) eingeführt. Das erleichtert den PKV-Versicherten den Wechsel.