

Die neue Gesundheitsversicherung

Die Gesundheitsreform 2007 – Fundament der neuen Gesundheitsversicherung

Gesundheit ist ein hohes Gut. Denn Gesundheit ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen Lebenschancen, Fähigkeiten und Träume verwirklichen können.

Deshalb ist Gesundheitspolitik immer Politik für 82 Millionen Menschen. In Deutschland erhalten Bürgerinnen und Bürger die medizinische Versorgung, die sie im Krankheitsfall benötigen, unabhängig von ihrem Alter und ihrem Einkommen, auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. Das soll auch in Zukunft gelten – für alle.

Die Gesundheitsreform 2007 bereitet deshalb den Weg zur neuen Gesundheitsversicherung. Zukünftig wird in Deutschland niemand mehr ohne eine Krankenversicherung sein. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung gilt zukünftig für ausnahmslos alle Bürgerinnen und Bürger. Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte besteht für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Klar in den Zielen, konsequent im Ansatz

Mit der Gesundheitsreform wird unser Gesundheitswesen auf die Herausforderungen der Zukunft eingestellt:

Mit der Einführung einer Pflicht zur Versicherung für alle wird ein umfassender Gesundheitsschutz für alle Bürgerinnen und Bürgern gewährleistet.

Durch die Strukturreformen werden die Qualität der Versorgung verbessert, die Wirtschaftlichkeit durch mehr Transparenz, einen intensiveren Wettbewerb und weniger Bürokratie erhöht und vor allem die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten ausgeweitet.

Die Gesundheitsreform 2007 beinhaltet Reformen in wesentlich vier Bereichen:

- die Einführung einer Krankenversicherung für alle
- eine Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenorganisation
- eine Reform der Finanzierungsordnung
- eine Reform der privaten Krankenversicherung

Versicherungsschutz für jeden und jede

Ein sozialpolitischer Meilenstein

Künftig haben alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland eine Absicherung im Krankheitsfall. Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte besteht ab dem 1. Januar 2009 für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn kein ausreichender anderer Schutz besteht. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, kehrt in seine letzte Versicherung zurück. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung.

- Für Versicherte, die dem GKV-System zuzuordnen sind, gilt die Versicherungspflicht bereits ab dem 1. April 2007.

- Versicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind, können sich ab dem 1. Juli 2007 ohne Risikoprüfung und -zuschläge wieder privat versichern. Die Versicherung erfolgt zunächst im Standardtarif (ab 1. Januar 2009 Basistarif) zu erheblich verbesserten Bedingungen (Sicherstellung der Versorgung, Kontrahierungszwang, keine Risikozuschläge).

Das ist ein sozialpolitischer Meilenstein. Denn die möglichen Kosten, die die Behandlung von Krankheiten hervorrufen, können schnell den Einzelnen überfordern. Dem beugt die neue Gesundheitsversicherung vor. Jede und jeder wird so zukünftig die notwendige medizinische Behandlung erhalten.

Strukture Reformen

Gezielter Ausbau von Leistungen, wo dies notwendig ist

Dies ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, durch die keine Zuzahlungen erhöht oder Leistungen ausgeschlossen werden. Vielmehr werden Leistungen zielgenau dort ausgebaut, wo es notwendig ist:

- ***Krankenhäuser dürfen ambulant behandeln***

Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden und eine spezialisierte Versorgung benötigen (zum Beispiel Aids- oder Krebspatienten), sollen eine bestmögliche Behandlung erhalten. Deshalb werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten geöffnet.

- ***Palliativmedizinische Versorgung wird verbessert***

Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen.

Deshalb werden wir für ihre Versorgung so genannte Palliativ Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zulassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerst- und sterbenskranker Kinder in Kinderhospizen verbessert. Unter anderem werden stationäre Kinderhospize finanziell entlastet, indem der Kostenanteil, den sie bisher zum Beispiel durch Spenden aufbringen mussten, von zehn auf fünf Prozent gesenkt wird.

- ***Rechtsanspruch auf Rehabilitation***

Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Vor allem ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. Deshalb wird es für diese Menschen zukünftig einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation geben.

- ***Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege***

Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in normalen Privathaushalten gleichgestellt.

- ***Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen***

Empfohlene Impfungen, notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren und alle übrigen Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden.

Mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Alle Patientinnen und Patienten sollen auch in Zukunft Zugang zu neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren und zu besseren Arzneimitteln haben. Dabei müssen die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Mittelpunkt stehen.

- ***Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln***

Medikamente müssen sich zukünftig an ihrem Nutzen *und* an ihren Kosten messen lassen. Das folgt dem Prinzip, dass die begrenzten Mittel nicht für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgegeben werden sollen.

- ***Ärztliche Zweitmeinung***

Spezielle, hochinnovative Arzneimittel sind nicht nur teuer, sondern oftmals auch risikoreich. Im Interesse der Patientensicherheit ist deshalb für die Verordnung solcher Medikamente zukünftig eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich.

- ***Rabattverträge senken die Kosten***

Die Preise für Arzneimittel gehören zu den kostentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen. Deshalb wird der Arzneimittelbereich stärker für den Wettbewerb über Ausschreibungen geöffnet. Krankenkassen erhalten erweiterte Möglichkeiten, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.

Mehr Kassenwettbewerb, bessere Angebotsqualität, mehr Wahlfreiheit

Mit der Gesundheitsreform wird der Wettbewerb zwischen den Kassen verstärkt. Deshalb können die Kassen viel stärker als bisher ihre Möglichkeiten zur Vertrags- und Tarifgestaltung nutzen, um Kosten zugunsten ihrer Versicherten einzusparen. Die Reform zielt darauf ab, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu erweitern, den Versicherten entsprechend der unterschiedlichen Präferenzen differenzierte und qualitativ hochwertige Angebote zu machen:

- ***Eigenverantwortung soll sich lohnen***

Versicherte, die bestimmte Verhaltensanreize (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) ernst nehmen oder die im Krankheitsfall eine optimierte Versorgung (zum Beispiel Integrierte Versorgung oder Hausarztmodell) wählen, sollen von ihrer Kasse besser gestellt werden, als diejenigen, die keine gesundheitliche Verantwortung für sich selbst übernehmen.

- ***Angebote nach Maß, Tarife nach Wunsch***

Der intensiviertere Kassenwettbewerb wird zu einer weitreichenden Differenzierung der Angebote führen. Für die Versicherten bedeutet dies vor allem mehr Wahlfreiheit – zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen und zwischen unterschiedlichen Tarifen. Hausarzttarife, Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife erlauben besser als heute die Wahl der Krankenkasse, die am besten zu den eigenen Bedürfnissen passt.

Weniger Bürokratie, straffere Strukturen, schnellere Entscheidungen

Die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss das oberste Ziel der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sein. Mehr Wettbewerb muss deshalb mit weniger Bürokratie einhergehen. Der überbordende Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im gesamten System Bürokratie gezielt abgebaut:

- ***Nur noch ein Spitzenverband***

Die Verbandsstrukturen der Krankenkassen werden gestrafft. Künftig vertritt ein einheitlicher Spitzenverband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene und regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

- ***Alle Kassen können fusionieren***

Die Zwangsmitgliedschaften in kassenartenspezifischen Dachverbänden und deren Finanzierung durch die Einzelkassen werden gelockert. Freie Fusionen und sonstige Verbände über einzelne Kassenarten hinweg werden zukünftig erlaubt.

- ***Höchstes Selbstverwaltungsgremium wird professionalisiert***

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert. Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können dadurch schneller und transparenter getroffen werden. Der medizinische Fortschritt steht den Versicherten zeitnäher zur Verfügung.

- ***Bürokratie wird entrümpelt***

Abrechnungsverfahren werden vereinfacht, Prüfverfahren entschlackt, überflüssige Kontrollen abgebaut und notwendige Dokumentations- und Verwaltungsanforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser entbürokratisiert.

Reform der privaten Krankenversicherung

Basistarif ohne Risikoprüfung

Ab dem 1. Januar 2009 müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Basistarif anbieten. Es besteht Kontrahierungszwang, Risikozuschläge oder -ausschlüsse gibt es im Basistarif nicht.

- ***Basistarif zu GKV-analogen Versicherungsbedingungen***

Der Basistarif muss in seinem Leistungsumfang dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein und darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten.

- ***Basistarif für freiwillig in der GKV Versicherte***

Ab dem 1. Januar 2009 können alle freiwillig in der GKV Versicherten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht in den Basistarif wechseln.

- ***Basistarif für PKV-Kunden***

- Wer bereits privat krankenversichert ist, kann bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif eines Versicherungsunternehmens seiner Wahl wechseln.

- Wer 55 Jahre oder älter ist oder wer die Versicherungsprämie nachweislich nicht mehr aufbringen kann, kann auch danach noch den Basistarif wählen. Dann allerdings nur noch innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens.
- Wer ab dem 1. Januar 2009 einen PKV-Neuvertrag abschließt, erhält ein Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens.

Übertragung von Alterungsrückstellungen möglich

Die Altersrückstellungen sind grundrechtlich geschütztes Eigentum der Versicherten. Sie dienen der Glättung des Beitragsverlaufs im Leben des einzelnen Versicherten. Die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen wird daher erleichtert.

- ***Vollständige Übertragbarkeit innerhalb eines Unternehmens***

Für PKV-Versicherte, die innerhalb ihres Versicherungsunternehmens von einem "Voll"- in den Basistarif wechseln, werden die Alterungsrückstellungen vollständig übertragen.

- ***Übertragbarkeit im Umfang des Basistarifs bei Unternehmenswechsel***

Bei PKV-Versicherten, die als Neuversicherte oder innerhalb des ersten Halbjahres 2009 in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens wechseln, werden die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs auf den neuen Versicherer übertragen.

Hilfebedürftigkeit ist abgesichert

Würde die Bezahlung des Beitrags im Basistarif Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) auslösen, stellen weitere gesetzliche Regelungen zur Beteiligung der Grundsicherungsträger sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Finanzreform und finanzwirksame Einzelmaßnahmen

Der Gesundheitsfonds – eine Versichertengemeinschaft, ein Beitragssatz, faire Bedingungen

Das Prinzip

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute – einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesundheitsfonds sorgt dafür, dass die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen wird. Dies ist auch Ausdruck der gesamtstaatlichen Solidarität.

Jede Krankenkasse erhält pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Diese wird gleichzeitig nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren modifiziert. Dieser **morbiditätsorientierte** und zugleich einfachere **Risikostrukturausgleich** innerhalb des Gesundheitsfonds umfasst so die zwischen den Kassen ungleich verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten.

Er orientiert sich an 50 bis 80 Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Der neue Risikostrukturausgleich wird – zeitgleich mit dem Fonds – ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Die Konvergenzklausel

Eine Konvergenzklausel gewährleistet, dass aus keinem Bundesland durch die Einführung des Gesundheitsfonds mehr als 100 Mio. Euro zusätzlich in andere Länder abfließen. Sollten die Belastungen größer sein, tritt eine Konvergenzklausel ein, die die jährliche Veränderung auf 100 Mio. € begrenzt.

Nach Berechnungen des Bundesversicherungsamtes ist nicht davon auszugehen, dass diese Höhe von einem der Bundesländer erreicht wird.

Der Beitragseinzug

Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Die Kassen ziehen aber die Beiträge nicht mehr für sich, sondern für den Gesundheitsfonds ein, an den die Beiträge taggleich weitergeleitet werden. Die Kassen können jedoch – im eigenen Interesse möglichst bald – die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten.

Ab dem 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine einzelne Krankenkasse zu entrichten.

Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

Mehr Transparenz

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

Eine Kasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer günstigeren Kasse wechseln.

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 Euro werden – falls für die Kasse erforderlich – ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Nimmt der Versicherte sein Kündigungsrecht wahr, muss im Kündigungszeitraum (2-3 Monate) der Zusatzbeitrag nicht bezahlt zu werden. Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag. Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst.

Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag.

Der intensivierete Wettbewerb soll dafür sorgen, dass die Kassen einen Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder vermeiden können:

- Jede Krankenkasse wird verpflichtet, den Versicherten Wahlmöglichkeiten zu gewähren: neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse auch einen Hausarzttarif anbieten.
- Gleichzeitig wird der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaunternehmen, Hilfsmittelherstellern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung erheblich ausgeweitet.

Neues Vergütungssystem – mehr Planungssicherheit für Ärzte

Für die Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen innerhalb vereinbarter Leistungsmengen eingeführt. Das bringt mehr Planungssicherheit für die Ärzte, denn jeder Arzt in der ambulanten Versorgung weiß dann, was er für seine Leistungen bekommt.

Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patienten (Morbiditätsrisiko) trägt zukünftig nicht mehr die Ärzteschaft, sondern die Krankenkassen.