

Gesundheitsreform 2007 – Die wichtigsten Inhalte im Überblick (Stand: 25.10.2006)

Eine notwendige Reform

Gesundheitspolitik ist immer Politik für 82 Millionen Menschen. In Deutschland erhalten alle Menschen die medizinische Versorgung, die sie im Krankheitsfall benötigen, unabhängig von ihrem Alter und ihrem Einkommen, auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass dies auch in Zukunft gilt. Sie gestaltet unser Gesundheitswesen zukunftsweisend um – in den Strukturen, in der Organisation, in den Finanzen und im Bereich der Privatversicherung.

Klare Ziele

Alle Maßnahmen haben das Ziel

- die Qualität der Versorgung zu verbessern,
- die Wirtschaftlichkeit durch mehr Transparenz, intensiveren Wettbewerb und weniger Bürokratie zu erhöhen,
- die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten auszuweiten.

Die Reform soll die effiziente Verwendung der Beiträge sicherstellen. Damit möglichst jeder Euro so eingesetzt werden kann, dass er den Versicherten am meisten nützt – für ihre Gesundheit.

Versicherungsschutz für alle und bessere Leistungen

Künftig haben alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen umfassenden Gesundheitsschutz. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, erhält ein Rückkehrrecht in seine letzte Versicherung. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung.

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

- 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.
- 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 pflegerischen Personal zulassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder in Kinderhospizen verbessert. Unter anderem werden stationäre Kinderhospize finanziell entlastet, indem der Kostenanteil, den sie bisher z. B. durch Spenden aufbringen mussten, von zehn auf fünf Prozent gesenkt wird.
- 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.
- 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.
- Zukünftig kann jeder Versicherte – egal ob gesetzlich oder privat – direkten Zugang zu den besten Ärzten des Landes erhalten. Entsprechende Tarife werden zukünftig auch von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten.
- Empfohlene Impfungen sowie notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren 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.

- Neue Produkte und Medikamente müssen sich zukünftig an ihrem Nutzen **und** an ihren Kosten messen lassen. Wir können nicht die begrenzten Mittel für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgeben.
- 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.
- Die Kosten für Arzneimittel gehören zu den ausgabentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen. Deshalb wird der Arzneimittelbereich stärker für den Wettbewerb geöffnet. Krankenkassen und Apotheker erhalten erweiterte Möglichkeiten, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.

Mehr Kassenwettbewerb, bessere Angebotsqualität, mehr Wahlfreiheit

Mit der Gesundheitsreform wird der Wettbewerbsdruck auf Kassen erhöht. Die Erhebung eines Zusatzbeitrages oder die Auszahlung eines Bonus an die Versicherten setzt ein deutlicheres Preissignal als die gegenwärtigen prozentualen Beitragssatzunterschiede.

Deshalb werden die Kassen viel stärker als bisher ihre Vertrags- und Tarifgestaltungsmöglichkeiten nutzen, um Kosten zugunsten ihrer Versicherten einzusparen. Die Reform zielt darauf ab, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu erweitern, den Versicherten unterschiedliche, qualitativ hochwertige und individuellere Angebote zu machen:

- 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.
- Der intensivierte 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.

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 in ihm die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen wird. Dies ist 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 Versicherten 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

Aufgrund der Befürchtungen einiger Bundesländer, der Gesundheitsfonds könne zu unverhältnismäßigen regionalen Umverteilungswirkungen führen, wird es eine Konvergenzklausel geben, die gewährleistet, dass aus keinem Bundesland durch den Gesundheitsfonds jährlich mehr als 100 Mio. Euro in andere Länder abfließen. Sollten die theoretischen Belastungen größer sein, tritt eine Konvergenzklausel ein.

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

Der Beitragseinzug

Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Die Kassen können aber – 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.

Die Wirkung

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.

Der Zusatzbeitrag

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. 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 intensivierte 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 eine Hausarztversorgung 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 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.

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 einher gehen. Der überbordende Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im gesamten System Bürokratie gezielt abgebaut:

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

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

Private Krankenversicherung – Wettbewerb zum Nutzen der Versicherten

Kontrahierungszwang

Unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko können zukünftig freiwillig in der GKV Versicherte und ehemals privat Versicherte in die private Krankenversicherung wechseln. Hierzu wird ein Basistarif eingeführt. Im Basistarif dürfen sich die Prämien nur aufgrund des Alters und des Geschlechts unterscheiden. Es besteht Kontrahierungszwang, Risikozuschläge oder -ausschlüsse gibt es nicht.

Portabilität von Altersrückstellungen

Die Versicherten können in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln. Dazu werden ihre Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Versicherung im Umfang des Basistarifs anrechnungsfähig gestaltet.

Hilfebedürftigkeit abgesichert

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro. Sind Ehegatten oder Lebenspartner auch im Basistarif, darf die Prämie für beide Partner insgesamt nicht mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung betragen.

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