

Zentrale Inhalte der Gesundheitsreform 2006

Mit der Umsetzung der Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 4. Juli 2006 sollen durch umfassende Veränderungen auf der Einnahmen- wie der Ausgabenseite

- die **Qualität** der Versorgung verbessert,
- die **Wirtschaftlichkeit** durch Erhöhung der **Transparenz** und Intensivierung des **Wettbewerbs** verbessert,
- die **Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten** der Versicherten erweitert
- der **bürokratische Aufwand** bei allen Beteiligten vermindert und,
- in Zukunft die Gesundheitsausgaben der Krankenversicherung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) zunehmend aus Steuermitteln finanziert werden

Zur Erreichung dieser Ziele sind im folgenden Gesetzgebungsvorhaben vor allem folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. **Umfassender Versicherungsschutz für alle Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall**

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

2. **Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten**

Die Versicherten können zukünftig zwischen mehr Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Hausarzttarife etc.) sowie Versicherungs-, Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarifen wählen. Der Versicherte kann vor diesem Hintergrund wählen, welche Krankenkasse am besten zu ihm passt.

3. **Gesundheitsfonds**

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf längerfristig tragfähigere Fundamente gestellt. Der Beitragssatz wird künftig bundeseinheitlich festgelegt. Dazu wird zum 1. Januar 2009 ohne bürokratischen Aufwand ein Gesundheitsfonds gebildet, der künftig die Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen bündelt. In den Fonds fließen ab 2009 auch die anwachsenden Zuschüsse des Bundes aus Steuermitteln. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Im einzelnen handelt es sich hierbei um eine Grundpauschale sowie alters- und risikoadjustierte Zuschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Soweit Krankenkassen nach Ausschöpfung ihrer Wirtschaftlichkeitsreserven mit diesen Zuweisungen finanziell nicht auskommen, müssen sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Dieser Zusatzbeitrag darf 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Feste oder prozentuale Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 € werden – falls für die Kasse erforderlich – ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Die Überforderungsklausel wird im Jahr 2011 überprüft. Gut wirtschaftende Kassen werden ihren Versicherten überschüssige Mittel auszahlen können. Damit können Versicherte auf einen Blick erkennen, wie gut ihre Kasse arbeitet. Dies schafft mehr Transparenz und Wettbewerb.

4. **Risikostrukturausgleich**

Der neue Risikostrukturausgleich wird ebenfalls zum 1. Januar 2009 einge-

führt. Zu diesem Zweck wird die unterschiedlich zwischen den Krankenkassen verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt, indem für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

5. Verbesserte Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten (Zuzahlungsregelung, Bonus, Schönheits-OPs)

Das Verantwortungsbewusstsein der Versicherten für ihre Gesundheit wird gestärkt. Die Belastungsgrenze der Zuzahlungen für Chroniker wird nur noch auf 1% des Haushaltseinkommens reduziert, wenn diese sich therapiegerecht verhalten und an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen oder an speziellen Chronikerprogrammen teilnehmen. Wer regelmäßig Früherkennungsmaßnahmen nutzt, kann dafür von seiner Krankenkasse in Zukunft einen Bonus erhalten. Versicherte, die nicht medizinisch bedingte Eingriffe (Schönheitsoperationen, Tätowierungen etc.) vornehmen lassen, werden in stärkerem Umfang als bisher an Folgekosten beteiligt. Diese Kosten muss die Versichertengemeinschaft nicht mehr in vollem Umfang tragen.

6. Impfungen und Mutter-Vater-Kind-Kuren als Regelleistungen

Sowohl die zur Krankheitsvorbeugung empfohlenen Impfungen als auch Mutter-Vater-Kind-Kuren werden Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Impfungen und Mutter-Vater-Kind-Kuren bleiben damit nicht mehr dem Ermessen der Krankenkassen vorbehalten. So werden Versorgungslücken zum Wohle der Versicherten geschlossen.

7. Ausbau der Rehabilitation und der Palliativversorgung

Zukünftig gibt es einen Rechtsanspruch für ältere und pflegebedürftige Menschen auf Rehabilitation. Rehabilitation kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden. Dies kommt insbesondere älteren Menschen zu Gute. Schwerstkranke erhalten spezialisierte Betreuung (Palliativversorgung) in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld.

8. Leistungsverbesserungen für Heimbewohner und andere Personen

Es werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Heimbewohner mit einem besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarf (z.B. Wachkomapatienten) den Anspruch auf häusliche Krankenpflege behalten. Es wird klargestellt, dass auch geistig und körperlich schwerst betroffene Heimbewohner von den Krankenkassen mit Hilfsmitteln zu versorgen sind, damit ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet bleibt. Mitglieder von Wohngemeinschaften und anderen neuen Wohnformen erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege wie Patienten in normalen Privathaushalten.

9. Abbau unnötiger Bürokratie

Leistungserbringer und Krankenkassen werden von unnötiger Bürokratie entlastet. Abrechnungsverfahren werden vereinfacht, überflüssige Kontrollen abgebaut, Prüfverfahren entschlackt und vereinfacht.

10. Leistungsgerechte Vergütung der Vertragsärzte

Für die Vertragsärzte wird zum 1. Januar 2009 eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen eingeführt. Das bringt mehr Planungssicherheit für die Ärzte. Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patienten (Morbiditätsrisiko) tragen zukünftig die gesetzlichen Krankenkassen. Die schematische Budgetierung der ärztlichen Vergütung wird beendet. So wird sichergestellt, dass die Krankenkassen den Ärzten für zusätzliche Leistungen, die medizinisch erforderlich sind, zusätzliches Honorar in angemessener Höhe

zahlen.

11. Sicherung der flächendeckenden Versorgung über wirtschaftliche Anreize

Es werden zusätzliche finanzielle Anreize für Ärzte geschaffen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Eine flächendeckende Versorgung im gesamten Bundesgebiet wird damit über Geld statt über eine wenig wirksame Planung sicher gestellt.

12. Verbesserungen im Schnittstellenmanagement und an den Übergängen im Versorgungssystem

Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung wird verlängert, um insbesondere großräumige Integrationsprojekte zu fördern. Die Pflegeversicherung wird an der Integrierten Versorgung beteiligt. Krankenkassen und Leistungserbringer müssen beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (z. B. zwischen ambulant und stationär, Akutversorgung, Reha und Pflege) wirkungsvolle Maßnahmen zur Lösung von Schnittstellenproblemen organisieren.

13. Wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung

Bei der Verordnung von speziellen, hochinnovativen und teuren Arzneimitteln werden durch die vorherige Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung deutlich erweitert. Für Arzneimittel muss ein angemessenes Preis-Leistungsverhältnis gelten. Deshalb wird die Nutzenbewertung zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln ausgebaut. Die Möglichkeiten der Krankenkassen mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren werden verbessert. Ergänzend dazu wird die Arzneimittelpreisverordnung flexibilisiert. Der Arzneimittelbereich wird dadurch insgesamt stärker für den Wettbewerb geöffnet.

14. Wettbewerblich ausgestaltete Hilfsmittelversorgung

Zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven werden die Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung verbessert. Durch Wegfall der bisherigen Zulassung wird der Vertragswettbewerb unter den Leistungserbringern gestärkt. In Zukunft sollen die Krankenkassen vermehrt die Versorgung mit Hilfsmitteln ausschreiben.

15. Prävention

Unabhängig von einem eigenständigen Präventionsgesetz werden bereits jetzt die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren gestärkt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zu fördern.

16. Schnellere und transparentere Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert, damit die Entscheidungen z.B. über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden schneller und transparenter getroffen werden. Dies soll u.a. dazu beitragen, dass den Versicherten der medizinische Fortschritt zeitnäher zur Verfügung steht. Zudem werden die Voraussetzungen geschaffen, dass die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung weitgehend einheitlich für alle Versorgungsbereiche erfolgt.

17. Organisation und Wettbewerb der Krankenkassen

Die organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen werden durch Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen erweitert. Die Verbandsstrukturen der Krankenkassen werden gestrafft. Künftig vertritt ein einheitlicher Verband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene und regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

18. Beitragseinzug

Es bleibt beim bewährten Beitragseinzug durch die Krankenkassen. Diese leiten die Beiträge an den Fonds und die zuständigen Sozialversicherungsträger weiter. Ab dem 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Kasse oder eine von ihnen gemeinsam gebildete Einrichtung zu entrichten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

19. Entschuldung der Krankenkassen

Es bleibt dabei: Alle Krankenkassen, die derzeit noch Altschulden aufweisen, müssen diese bis zum 31.12.2007 abbauen. Die Verantwortung für die Entschuldung bleibt primär bei den betroffenen Krankenkassen und ergänzend innerhalb der jeweiligen Kassenart.

20. Finanzielle Entlastungen der Krankenkassen

Durch die Einsparmaßnahmen der Gesundheitsreform ergeben sich unter Berücksichtigung von Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche finanzielle Entlastungen in einer Größenordnung von ca. 1,8 Mrd. Euro. Die Einsparungen entstehen vor allem im Arzneimittelbereich sowie bei Krankenhäusern, Hilfsmitteln und Fahrkosten. Davon werden noch im Jahr 2007 bei Inkrafttreten zum 1. April ca. 1,4 Mrd. Euro finanzwirksam. Über diese Entlastungen hinaus ergeben sich durch die Umsetzung struktureller Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit mittel- und langfristig zusätzliche Einsparpotenziale in erheblichem Umfang.

21. Reform der privaten Krankenversicherung

Auch in der privaten Krankenversicherung wird der Wettbewerb um Neu- und Bestandskunden intensiviert. Dazu werden die Alterungsrückstellungen in Zukunft beim Wechsel der Versicherung im Umfang eines Basistarifs anrechnungsfähig gestaltet. Jeder PKV-Versicherte kann im Umfang des Basistarifs künftig unter Beibehaltung aller Rechte im Rahmen der üblichen Kündigungsfristen zwischen den Unternehmen wechseln. Im Basistarif dürfen sich die Prämien nur aufgrund des Alters und des Geschlechts unterscheiden, es dürfen jedoch keine Risikozuschläge erhoben werden. Dieser Tarif, der ein der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbares Leistungsangebot enthält, kann von allen gewählt werden, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind oder versichert sein können.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dieser den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde durch die Bezahlung einer solchen Prämie Hilfebedürftigkeit ausgelöst, reduziert sich diese Prämie auf die Hälfte. Würde auch bei dieser halbierten Prämienzahlung Hilfebedürftigkeit ausgelöst, muss sich der zuständige Träger nach SGB XII oder SGB II im notwendigen Umfang, maximal aber mit dem heute an GKV-Versicherte bezahlten Satz von 125 € an den Kosten beteiligen.

22. Konvergenzklausel

Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden.

In dieser Konvergenzphase werden unterschiedliche Be- und Entlastungen durch die Verteilungsmechanismen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. € (bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Kassen) angeglichen. Dieser Höchstangleichungsbetrag von 100 Mio. € wird jeweils

auf das Land mit der höchsten absoluten Belastung bzw. Entlastung (Referenzland) bezogen, hiervon abgeleitet werden die Ausgleichsbeträge der anderen Länder jeweils im Verhältnis der Be-/Entlastungen zum absoluten Wert des Referenzlandes ermittelt.

Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Be-/Entlastungswirkungen werden durch ein Gutachten ermittelt.