

Gesundheitsreform am 1. April in Kraft getreten

Am 1. April tritt das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) in Kraft. Es ist eines der wichtigsten Reformvorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode.

Das Gesetz verändert unser Gesundheitssystem nachhaltig: Finanzierung, Organisation, die Strukturen und das Verhältnis von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung werden reformiert – damit auch in Zukunft alle Bürgerinnen und Bürger auf der Höhe des medizinischen Fortschritts und zu bezahlbaren Preisen medizinisch gut versorgt werden.

Die Reform bringt den Versicherten viele konkrete Verbesserungen: Erstmals haben alle Menschen in Deutschland im Krankheitsfall einen umfassenden Versicherungsschutz. Die gesetzlich Versicherten erhalten eine Vielzahl neuer Wahlmöglichkeiten. Das Gesundheitssystem wird wettbewerbsorientierter ausgestaltet. Es gibt mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung.

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

Wichtige Neuerungen ab dem 1. April im Einzelnen:

Mit der Gesundheitsreform wird ab dem 1. April 2007 schrittweise die **Krankenversicherungspflicht für alle** eingeführt. Damit wird künftig in Deutschland niemand ohne Versicherungsschutz im Krankheitsfall sein. Das ist im Interesse von mehreren hunderttausend Menschen in Deutschland, die bislang keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall haben.

Die Krankenversicherungspflicht ist ein wichtiger Schritt zu einer zeitgemäßen Absicherung gegen das Risiko Krankheit. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass Erwerbsbiografien heute nicht mehr so geradlinig sind wie früher.

Ab 2009 muss sich jeder gegen Krankheit absichern. Wer den Krankenversicherungsschutz verloren hat, kehrt in seine letzte Krankenversicherung zurück – die gesetzliche oder die private. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Versicherungspflicht bereits ab 1. April 2007.

In der privaten Krankenversicherung können sich Nichtversicherte ab dem 1. Juli 2007 ohne Risikozuschläge versichern, zunächst zum Standardtarif und ab 2009 in einem neuen Basistarif. Sozialklauseln und Zuschüsse sorgen dafür, dass niemand finanziell überlastet wird.

Weiterhin treten zahlreiche Neuerungen zur **Ausweitung der medizinischen Versorgung** in Kraft. Dazu gehören:

Die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser wird ausgeweitet. Die Palliativversorgung wird ausgebaut. Für Träger von Kinderhospizen gibt es finanzielle Verbesserungen. Es besteht Anspruch auf geriatrische Rehabilitation sowie auf alle

anderen medizinischen Reha-Leistungen. Impfungen und Vater-/Mutter-Kind-Kuren sind Pflichtleistungen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird gestärkt. Die Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege werden verbessert. Die häusliche Krankenpflege in Wohngemeinschaften und anderen neuen Wohnformen wird erstattungsfähig. Rehabilitationseinrichtungen werden zertifizierungspflichtig. Eine fachlich unabhängige Institution wird mit der Messung, Darstellung und Dokumentation der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen beauftragt.

Neu ist auch, dass die Versicherten mehr Verantwortung tragen. Sie müssen sich an den Folgekosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahmen (Schönheitsoperationen) finanziell beteiligen.

Der flächendeckende **Ausbau der Integrierten Versorgung** wird gefördert. Hierbei erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten. Dabei wirken Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich und auch Apotheken koordiniert zusammen. Die Pflegeversicherung wird in die Integrierte Versorgung eingebunden.

Bei **Arzneimitteln** wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Besonders teure Medikamente werden nur noch verordnet, wenn der behandelnde Arzt zuvor eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt hat. Die Abgabe von Einzeltabletten wird möglich.

Weitere Neuerungen sind: besserer Schutz der Arzneimitteldaten, Anhebung des Apothekenrabatts und besondere Anforderungen für Anwendungsbeobachtungen. Nicht benutzte, zentral bevorratete Betäubungsmittel in Gemeinschaftseinrichtungen (Hospizen, Pflegeheimen) dürfen weitergegeben werden. All dies führt zu erheblich mehr Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelversorgung.

Es gibt deutlich erweiterte **Wahlmöglichkeiten für die Versicherten**.

Die Krankenkassen müssen ab 1. April 2007 Tarife für die Teilnahme der Versicherten an folgenden besonderen Versorgungsformen anbieten:

- Integrierte Versorgung,
- besondere ambulante ärztliche Versorgung,
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP),
- Modellvorhaben und
- hausarztzentrierte Versorgung.

Wer als Versicherter an einer besonderen Versorgungsform teilnehmen will, bekommt einen Wahltarif angeboten. Die Entscheidung ist freiwillig. Im Wahltarif kann die Kasse vorsehen, dass die Versicherten entweder eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen für die Teilnahme erhalten.

Beispiel: Ein chronisch kranker Rentner nimmt an einem strukturierten Behandlungsprogramm seiner Krankenkasse für Diabetes teil. Er erhält dafür von

seiner Kasse beispielsweise eine Prämienzahlung von 200 Euro. Das ist gespartes Geld bei optimaler Behandlung.

Die Kassen können außerdem anbieten:

- Selbstbehalttarife,
- Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen,
- Variable Kostenerstattungstarife und
- Tarife, die eine Kostenübernahme für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel von besonderen Therapieeinrichtungen beinhalten.

Bei „Selbstbehalttarifen“ verpflichtet sich das Mitglied, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu übernehmen. Im Gegenzug kann das Mitglied von seiner Kasse eine im Wahltarif vereinbarte Prämie erhalten.

Beispiel: Eine sportlich aktive Frau wählt bei ihrer Kasse einen Selbstbehalttarif. Dabei muss sie im Krankheitsfall die ersten 1.000 Euro selbst aufbringen. Ihre Kasse zahlt ihr jährlich im Wahltarif eine Prämie von 400 Euro. Bei weniger als 400 Euro Krankheitskosten im Jahr rentiert sich der Selbstbehalttarif.

Bei „Tarifen für Nichtinanspruchnahme von Leistungen“ nehmen das Mitglied und seine Familienversicherten ein Jahr lang keine Leistungen der Kasse in Anspruch. Auch hier erhält das Mitglied dafür eine Prämie. Diese ist begrenzt auf ein Zwölftel seines Jahresbeitrages.

Beispiel: Ein Versicherter ist stets gesund. Kleinere Krankheiten kuriert er zu Hause aus. Er geht nur im Notfall zum Arzt. Deshalb wählt er einen Tarif, bei dem er einen Monatsbeitrag von seiner Kasse als Prämie erstattet bekommt, falls er ein Jahr lang keine Kassenleistungen beansprucht.

Für alle Tarife, die die Kasse freiwillig anbieten kann, gilt eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Das heißt, die Versicherten legen sich für diesen Zeitraum auf einen solchen Tarif gegenüber ihrer Krankenkasse fest. Die Krankenkasse kann vor Ablauf dieser Zeit auch nur in Härtefällen gewechselt werden.

Weitere Neuerungen zielen ab auf **mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Wettbewerb und weniger Bürokratie**. So werden zum Beispiel Maßnahmen gegen den Missbrauch der Versichertenkarten entwickelt. Kassenübergreifende Fusionen sind möglich.

