

Stand: 09.11.2006

Die neue Gesundheitsversicherung

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

- I. Mehr Wettbewerb und Qualität durch neue Strukturen
- II. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Gesundheitsfonds
- III. Die künftige Rolle der privaten Krankenversicherung

I. Mehr Wettbewerb und Qualität durch neue Strukturen

Was ändert sich für:	Alte Krankenversicherung	Neue Gesundheitsversicherung
Versicherte	<p>Versicherungsschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, die aus der Versicherung ausgeschieden sind und auch nicht privat versichert werden können, haben keine Rückkehrmöglichkeit in eine Versicherung. <p>Wahlmöglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Vorsorge und Rehabilitation gilt bislang der Grundsatz, dass die Kasse die Einrichtung auswählt. Sie kann dabei eine eigene Vertragseinrichtung belegen. Sie soll die Wünsche des Versicherten berücksichtigen. ▪ Versicherte können begrenzt Kostenerstattung statt Sachleistungen wählen. Die Kassen haben entsprechende Satzungsregelungen vorzusehen. ▪ Freiwillig Versicherte können unter bestimmten Voraussetzungen Tarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückzahlung wählen. 	<p>Versicherungsschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Nichtversicherten erhalten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Versicherung (gesetzlich oder privat). <p>Wahlmöglichkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Versicherte erhält ein echtes Wahlrecht zu einer Vorsorge und Rehabilitationseinrichtung, die zugelassen und entsprechend zertifiziert ist. Fallen dabei Kosten an, die über die der Vertragseinrichtungen hinausgehen, sind die Mehrkosten vom Versicherten zu tragen. ▪ Die Möglichkeiten der Versicherten zur Wahl der Kostenerstattung werden entbürokratisiert und flexibilisiert. ▪ Die Wahlmöglichkeiten werden flexibilisiert. Künftig können die Kassen <i>allen</i> Mitglieder Selbstbehalttarife anbieten und Prämienzahlungen vorsehen.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Umfassender Leistungskatalog mit dem medizinisch Notwendigen.▪ Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden nur im Haushalt des Versicherten erbracht.▪ Empfohlene Impfungen sind Satzungsleistung, die die Kassen nicht zwingend erbringen müssen.▪ Mutter-/Vater-Kind-Kuren sind Regelleistungen, die die Kassen nicht zwingend erbringen müssen.▪ Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sind ebenfalls Regelleistungen.▪ Faktisch keine Leistungsbeschränkung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit.	<p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Künftig werden zusätzliche Leistungen angeboten: geriatrische Rehabilitation als Pflichtleistung und verbesserte Palliativversorgung.▪ Der Haushaltsbegriff wird erweitert. Künftig wird häusliche Krankenpflege auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht.▪ Empfohlene Impfungen werden Pflichtleistungen. Alle Kassen müssen sie anbieten.▪ Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden ebenfalls Pflichtleistungen.▪ Für den Bereich der Geriatrie werden die ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen Pflichtleistungen.▪ Bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit in besonderen Fällen wie z. B. bei Komplikationen durch Schönheitsoperationen, Piercing, Tätowierungen etc. muss in stärkerem Umfang von Regressmöglichkeiten zur Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden. Die bisherige Vorschrift, nach der Krankenkassen keine Kosten bei Selbstverschulden übernehmen müssen, wird präzisiert.
--	--	--

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für chronisch Kranke gilt eine Belastungsgrenze von ein Prozent der Einnahmen zum Lebensunterhalt. Zuzahlungen werden nur bis zu dieser Grenze erhoben. Für alle anderen Versicherten gilt eine Belastungsgrenze von zwei Prozent. ▪ Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen ist bis zum 30. Juni 2007 nicht Leistung der GKV, sondern der sozialen Pflegeversicherung. ▪ Maßnahmen der Prävention sind Leistungen der GKV. <p>Besondere Versorgungsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherter kann Hausarztmodell seiner Kasse wählen. ▪ Für einen begrenzten Versichertenkreis bestehen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die günstigere Belastungsgrenze von ein Prozent gilt künftig für chronisch Kranke nur dann, wenn sie sich an regelmäßigen Gesundheitsvorsorgemaßnahmen beteiligen oder sich therapiegerecht verhalten, z. B. an einem bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen. Hierbei gelten bestimmte Altersgrenzen. ▪ Die medizinische Behandlungspflege wird dauerhaft der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen. ▪ Präventionsmaßnahmen sind Leistungen der GKV. Mit einem Präventionsgesetz wird die Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut. Hierdurch werden die Qualität, die Kooperation und die Koordination übergreifend und unbürokratisch verbessert. <p>Besondere Versorgungsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten und die Qualitätsanforderungen werden präzisiert. ▪ Integrierte Versorgung wird weiter ausgebaut. Pflegeversicherung und nichtärztliche Heilberufe können integriert werden. Die Anschubfinanzierung wird verlängert.
--	---	--

<p>Krankenkassen</p>	<p>Institutionell:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassen können geöffnet (für alle Versicherten) oder geschlossen (begrenzter Personenkreis) sein. ▪ Kassenfusionen nur kassenartenintern. ▪ Erfordernis eines Staatsvertrages bei Fusionen von Landeskassen. <p>Beitragserhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. ▪ Kassen bestimmen individuellen Beitragssatz. ▪ Kassen ziehen die Beiträge vom Arbeitgeber ein. ▪ Arbeitgeber haben die Beiträge für jeden einzelnen Versicherten an dessen Krankenkasse zu zahlen. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. 	<p>Institutionell:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichtagsbezogen werden alle Kassen für den Wettbewerb geöffnet. (Bestandsschutz für geschlossene BKKen). ▪ Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. ▪ Staatsvertrag wird überflüssig. <p>Beitragserhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. ▪ Es gilt für alle Kassen ein einheitlicher Beitragssatz. ▪ Kassen ziehen die Beiträge für den Gesundheitsfonds ein. Die Kassen erhalten die Zuweisungen in Form einer Grundpauschale und einem alters- und risikoadjustierten Zuschlag aus dem Fonds. ▪ Ab dem Jahr 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, sämtliche Beiträge nur noch an eine Weiterleitungsstelle zu zahlen. Das wird zu Zusammenschlüssen auf Seiten der Einzugsstellen führen. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vom Kollektivvertrag abweichende Vereinbarungen mit den KVen, mit einzelnen
-----------------------------	--	---

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Fahrkosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Ausgaben der Krankenkassen für Fahrkosten sind in den vergangenen Jahren überproportional gestiegen. <p>Krankenversichertenkarte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten zur Leistungsinanspruchnahme die Krankenversichertenkarten aus und sollen diese bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel wieder einziehen. Eine weitergehende Verpflichtung der Kassen einem Missbrauch durch rechtswidrige Weitergabe der Karten entgegenzuwirken besteht nicht. 	<p>Ärzten oder Gruppen von Ärzten werden zugelassen. Hierdurch werden optimierte Versorgungsformen erreicht und Effizienzsteigerungen ermöglicht.</p> <p>Fahrkosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um diesen überproportionalen Ausgabenanstieg zu kompensieren, behalten die Kassen bei Rechnungsabgleichung Ausgabenabschläge in Höhe von drei Prozent vom Erbringer der Leistung ein. <p>Krankenversichertenkarte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Krankenkassen werden gesetzlich verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen einem Missbrauch der Karten entgegenzuwirken.
<p>Arbeitgeber</p>	<p>Beitragszahlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Arbeitgeber zahlen den individuellen Krankenversicherungsbeitrag mit Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die 	<p>Beitragszahlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Beitragseinzug verbleibt bei den Krankenkassen. Die Kassen leiten die Beiträge an den Gesundheitsfonds weiter. Mit dem Fonds

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>zuständigen Einzugsstellen. Zuständige Einzugsstelle ist für jeden Beschäftigten jeweils dessen Krankenkasse.</p>	<p>werden gesetzlich fixierte Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer eingeführt. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation. Ab dem Jahr 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, sämtliche Beiträge nur noch an eine Weiterleitungsstelle zu zahlen. Der Beitragseinzug wird durch diese Neuregelungen stark vereinfacht.</p>
<p>Ärzte</p>	<p>Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Honorierungssystem mit floatenden Punktwerten. ▪ Sektorale Budgets. ▪ Geringe Transparenz und Kalkulationssicherheit. Verteilungsungerechtigkeit durch arztgruppenbezogene Honorarverteilung auf Landesebene. ▪ Morbiditätsrisiko liegt weitgehend bei den Ärzten. ▪ Unterschiedliche Vergütungshöhen je nach Krankenkasse. 	<p>Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinfachtes Honorierungssystem mit einer Gebührenordnung mit festen – bei einer bestimmten Mengenüberschreitung abgestaffelten – Preisen. ▪ Pauschalvergütungen mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen. Honorarzuschläge für besondere Qualität. ▪ Ablösung der sektoralen Budgets durch neue Instrumente der Mengensteuerung, insbesondere Abstaffelungen (vertragliche Vereinbarungen). ▪ Erhöhte Transparenz und weitgehende Kalkulationssicherheit. ▪ Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen. ▪ Für alle Kassen gelten gleiche Preise für gleiche Leistungen.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Honorarreformen werden von der Selbstverwaltung (Ärzte und Krankenkassen) im Bewertungsausschuss umgesetzt. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. ▪ Uneinheitlicher und verwaltungsaufwendiger Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs). <p>Behandlung und Verordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Verordnungen können grundsätzlich von jedem Arzt ausgestellt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erarbeitung der Vergütungsreform wird professionalisiert. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vom Kollektivvertrag abweichende Vereinbarungen mit den Kassen werden zugelassen. ▪ Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs) wird vereinheitlicht und entbürokratisiert. <p>Behandlung und Verordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei speziellen Arzneimittelverordnungen muss ein fachlich besonders ausgewiesener Arzt beteiligt werden.
<p>Krankenhäuser</p>	<p>Ambulante Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine generelle Öffnung für ambulante Behandlung, aber Möglichkeit für hochspezialisierte Leistungen, Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, einschließlich ambulantem Operieren 	<p>Ambulante Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die bestehenden Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (hochspezialisierte Leistungen, Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, einschließlich ambulantem Operieren) werden konsequenter umgesetzt: Zulassung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung, Konkretisierung der Vergütungsregelungen

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Ordnungspolitischer Rahmen / Finanzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 2003 werden schrittweise die Vergütungsregelungen auf Fallpauschalen (DRGs) umgestellt. 	<p>Ordnungspolitischer Rahmen / Finanzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Sonder-GMK wird sich 2007 mit dem ordnungspolitischen Rahmen für die Zeit nach Abschluss der DRG-Konvergenzphase 2008 befassen. ▪ Um die Krankenhäuser angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt einem Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen. Vorgesehen sind: Kürzung der Krankenhausrechnungen, Absenkung der Mindererlösquote sowie Streichung der Rückzahlungspflicht der Kassen für nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung.
<p>Apotheken</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelabgabe nach in der Arzneimittelpreisverordnung vorgegebenen Preisen. ▪ Arzneimittel dürfen grundsätzlich nur als Packung abgegeben werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Arzneimittelpreise werden auf Höchstpreise umgestellt. Apotheken erhalten so die Möglichkeit, niedrigere Preise mit den Herstellern zu vereinbaren. Für das Jahr 2007 muss mindestens ein Einsparvolumen für die GKV von 500 Mio. Euro erreicht werden. Anderenfalls tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt. ▪ Abgabe von einzelnen Tabletten (so genannte Auseinzelung) wird erleichtert.

<p>Selbstverwaltung</p>	<p>Krankenkassenverbände:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sieben Kassenartenbezogene Spitzenverbände auf Bundesebene. Kein zentraler Spitzenverband für alle Kassen. <p>Gemeinsamer Bundesausschuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammensetzung der Entscheidungsgremien aus Vertretern der beteiligten Gruppen. ▪ Sitzungen und Beratungen größtenteils nichtöffentlich. ▪ Entscheidungsfindung grundsätzlich zeitlich unbefristet. <p>Kassenärztliche Vereinigungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgabeschwerpunkte liegen bei der Sicherstellung der Versorgung und der Honorarverteilung. 	<p>Krankenkassenverbände:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Krankenkassenspitzenverband auf Bundesebene mit zentralen wettbewerbsneutralen Aufgaben. Er regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (z. B. durch für alle Kassen gültige Verträge und Vereinbarungen auf Bundesebene). <p>Gemeinsamer Bundesausschuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidungsgremien werden mit weisungsunabhängigen Hauptamtlichen besetzt. ▪ Sitzungen finden in der Regel öffentlich statt. ▪ Entscheidungsfindung wird durch Fristsetzung beschleunigt. <p>Kassenärztliche Vereinigungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung der Aufgaben an die geänderten Strukturen, insbesondere im Qualitätsmanagement.
<p>Vorsorge- und Rehabilitations-</p>	<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarungen zur Qualitätssicherung 	<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängige Zertifizierung mit gemeinsamen

<p>einrichtungen</p>	<p>zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und betroffenen Spitzenorganisationen auf Bundesebene.</p>	<p>Qualitätsstandards zwischen GKV und GRV.</p>
<p>Private Krankenversicherung</p>	<p>Tarife:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die PKV bietet unterschiedliche Voll- und Teilversicherungstarife an. Unter anderem auch einen so genannten Standardtarif, der nach dem Gesetz nur für einen eng begrenzten Personenkreis zugänglich ist. <p>Versicherungswechsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) aus der Versicherungspflicht ausscheiden. ▪ Ein Wechsel zwischen privaten 	<p>Tarife:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die PKV wird künftig verpflichtet, einen Basistarif zu bezahlbaren Prämien anzubieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV vergleichbar ist. Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden. Der Basistarif kann von allen gewählt werden, die in der PKV versichert sind oder dort versichert sein können (z. B. freiwillige Mitglieder der GKV). Es gilt Kontrahierungszwang für die privaten Versicherer. Die Sicherstellung der Versorgung erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen ist zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu regeln. <p>Versicherungswechsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Wechsel von der GKV in die PKV ist für diesen Personenkreis künftig dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird. ▪ Der Wechsel zwischen privaten

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Versicherungsunternehmen ist aus finanziellen Gesichtspunkten derzeit nahezu ausgeschlossen. Alterungsrückstellungen können nicht übertragen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei einem Wechsel von der PKV zur GKV können Alterungsrückstellungen nicht mitgenommen werden. ▪ Versicherte, die aus der PKV ausgeschieden sind, haben oftmals keine Rückkehrmöglichkeit in die PKV (und in der Regel auch nicht in die GKV). Sie sind daher häufig nicht versichert. ▪ Freiwillig Versicherte der GKV, die dort ausscheiden und in die PKV wechseln, haben nur in engen Grenzen die Möglichkeit zur Wahl des heutigen Standardtarifs. 	<p>Versicherungsunternehmen wird (auch aus Bestandstarifen) durch Kontrahierungszwang und Portabilität der Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs erleichtert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Portabilität der Alterungsrückstellungen wird im Umfang des Basistarifs gesetzlich festgeschrieben. ▪ Nichtversicherte, die zuletzt bei der PKV versichert waren, erhalten ein Rückkehrrecht in den Basistarif. Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, erhalten das Recht, sich im Basistarif zu versichern. ▪ Der künftige Basistarif der PKV wird für alle freiwillig Versicherten geöffnet. Sie können innerhalb einer Frist von sechs Monaten den Basistarif wählen.
<p>Pharmaindustrie</p>	<p>Arzneimittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für neue Arzneimittel wird eine Nutzenbewertung durchgeführt. <p>Verordnungsdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelhersteller können arzt- oder patientenbezogene Arzneiverordnungsdaten aufbereiten und für eigene (Vermarktungs-) Zwecke nutzen. 	<p>Arzneimittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die bestehende Nutzenbewertung wird zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. ▪ Neue Arzneimittel sind nach der Zulassung und Markteinführung grundsätzlich verordnungsfähig zu Lasten der GKV. <p>Verordnungsdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den Herstellern wird die Aufbereitung und Nutzung von Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Anwendungsbeobachtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beobachtung von Arzneimittelanwendungen durch Arzneimittelhersteller wird auch als Marketinginstrument genutzt. 	<p>Anwendungsbeobachtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen unterliegen in Zukunft besonderen Anforderungen.
<p>Sonstige Einrichtungen</p>	<p>Arzneimittelreste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Weitergabe von ungenutzten Produkten aus angebrochenen Packungen an andere Versicherte ist nicht zulässig. 	<p>Arzneimittelreste:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinschaftseinrichtungen, wie z. B. Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel zentral bevorraten können, dürfen nicht genutzte Produkte an andere Patienten abgeben.

II. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds bündelt die Finanzierung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird neu gestaltet. Der Gesundheitsfonds bündelt in Zukunft die Finanzierung der neuen Gesundheitsversicherung. Die Kassen bestimmen dann nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber. Die Kassen ziehen die Beiträge weiterhin ein. Ab dem Jahr 2009 werden die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber an den Fonds weitergeleitet.

Für jeden Versicherten erhalten die Krankenkassen dann aus dem Fonds einen einheitlichen Betrag. Außerdem werden die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken – wie Alter oder zum Beispiel Krankheit der Versicherten – durch eine der Höhe des Risikos entsprechende, ergänzende Zuweisung ausgeglichen. Das vereinfacht den heutigen Risikostrukturausgleich erheblich und macht ihn wesentlich transparenter.

Mit diesem neuen Modell der Finanzierung der Gesundheitsversicherung über einen Fonds sorgen wir für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Wir erreichen damit nicht nur transparentere Abläufe, sondern vereinfachen das bestehende Geflecht der vielen unterschiedlichen Beitragsströme.

Betriebe werden künftig keine hundertfach unterschiedlichen Beitragssätze mehr ermitteln müssen. Es wird nur noch einen einheitlichen, prozentualen Beitrag pro Beschäftigten geben. Die Arbeitgeber erhalten zudem ab dem Jahr 2011 die Option, ihre gesamten Beiträge nur noch an eine von ihnen gewählte Einzugsstelle zu entrichten. Dies wird zu einer Konzentration der Einzugsstellen auf Kassenebene führen. An der Beteiligung des Einzelnen nach seiner Leistungskraft wird also nicht gerüttelt. Aber bürokratischer Aufwand wird abgebaut.

Der medizinische notwendige Leistungskatalog bleibt für alle Kassen auch unter diesen neuen Bedingungen gleich. Wenn dennoch eine Kasse in Schwierigkeiten gerät, hat der Vorstand dieser Kasse eine Reihe von neuen Möglichkeiten, die wirtschaftliche Situation zu verbessern. Er kann z. B. die Ausgaben für Arzneimittel mittels Rabattverhandlungen verringern.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

Oder einen Weg anbieten, der zuerst immer zum Hausarzt führt, statt teures Facharzt-Springen zu erlauben. Hier kann er sein Können als Manager unter Beweis stellen, denn zusätzliches Geld aus dem Fonds gibt es – zunächst – nicht.

Bekommt er die Ausgaben nicht in den Griff, kann die Kasse von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Es ist den Kassen dabei freigestellt, ob sie einen prozentualen oder einen festen Betrag fordern. Er darf jedoch nicht mehr als ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen betragen, um eine Überforderung zu vermeiden. Wenn ein kassenindividueller Zusatzbeitrag erforderlich ist, wird dieser bis zu einer Höhe von 8 Euro ohne Einkommensprüfung von den Mitgliedern erhoben. So wird unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden. Den Weg eines Zusatzbeitrags werden Kassen im Leistungs-Wettbewerb allerdings nur beschreiten, wenn er wirklich unvermeidbar ist. Denn damit würde offensichtlich: Man arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere Kassen wiederum wären in der Lage, ihren Mitgliedern sogar Geld zurückgeben zu können.

Sehr wichtig: Eine Überforderung der Kassen und ihrer Mitglieder wird schon im Ansatz vermieden, indem gesetzlich festgelegt wird, dass der Gesundheitsfonds immer mindestens 95 Prozent der Ausgaben aller Kassen deckt. Wird dieser Schwellenwert erreicht, werden aufgrund einer gesetzlichen Anpassungsregelung die prozentualen Beiträge aller Versicherten und der Arbeitgeber angehoben.

Es wird eine dritte Säule aus Steuermitteln geben

Vereinbart wurde auch, ab 2008 der gesetzlichen Krankenversicherung Mittel aus dem Steueraufkommen zur Verfügung zu stellen. In den Folgejahren werden wachsende Zuschüsse in die gesetzliche Krankenversicherung fließen. 2008 werden das 1,5 Milliarden Euro sein, 2009 bereits drei Milliarden. Diese Mittel dienen der schrittweisen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern.

Für das Übergangsjahr 2007 wird ein absehbares Defizit der Krankenkassen aus Einsparungen bei den Arzneimitteln, durch weitere Einsparungen im System der Gesundheitsversorgung und, soweit unvermeidbar, aus Beitragssatzanhebungen ausgeglichen.

III. Die künftige Rolle der privaten Krankenversicherung

Auch die private Krankenversicherung steht vor großen Veränderungen. Heute kann ein Mitglied einer privaten Kasse bereits nach wenigen Jahren nicht mehr zu zumutbaren Bedingungen in eine andere private Kasse wechseln. Denn die vom Mitglied durch seine Prämien angesparte Alterungsrückstellung bleibt immer zurück. Ein Wechsel ist dadurch ein Verlustgeschäft für den Einzelnen. Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherung, das Wechseln zu einem möglicherweise leistungsfähigeren Anbieter wie seit langem in der GKV möglich, ist deswegen dort ein Fremdwort. Das muss sich zu Gunsten der Menschen in der privaten Krankenversicherung ändern.

Künftig werden daher Mitglieder einer privaten Krankenkasse bei einem Wechsel innerhalb der PKV die Alterungsrückstellung mitnehmen können. Das bedeutet: Auch innerhalb der PKV gilt der für die gesetzlichen Kassen traditionelle Grundsatz, dass jeder von jeder Kasse genommen werden muss.

Um die PKV bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken zu verpflichten, wird der PKV-Basistarif auch für alle freiwillig Versicherten geöffnet. Hierzu wird die private Krankenversicherung einen neuen Versicherungstarif (Basistarif) anbieten müssen, dessen Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Der Basistarif wird mit Alterungsrückstellung kalkuliert.