

19.07.2006

Eckpunkte A-Z

Wichtige Begriffe aus den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006

Alterungsrücklagen in der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Das plurale System des deutschen Gesundheitswesens soll im Sinne eines fairen Wettbewerbs zwischen den Privaten Krankenversicherungen (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen erhalten bleiben. Daher müssen die Privaten Krankenversicherungen auch zukünftig als Vollversicherer im Markt bleiben. Um den Wettbewerb sowohl innerhalb der privaten Krankenversicherung als auch zwischen den Systemen GKV und PKV zu ermöglichen, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen gesetzlich geregelt.

Ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus

Bestehende und neue Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (zum Beispiel hochspezialisierte Leistungen, ambulantes Operieren) müssen konsequenter umgesetzt werden. Dazu bedarf es eindeutiger Regelungen zur Zulassung und Vergütung. Zur Förderung der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird eine eigene Anschubfinanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen bereitgestellt, die sich zur Hälfte aus 0,5 v.H. der Krankenhausbudgets und zur anderen Hälfte aus Mitteln der Krankenkassen in gleicher Höhe finanziert. Ambulante Leistungen, die sowohl im Krankenhaus, aber auch in der niedergelassenen Praxis erbracht werden können, sollen mit vergleichbaren Honoraren vergütet werden.

Ambulante zahnärztliche Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Versorgung mit Zahnersatz auf ein völlig neues System (befundorientierte Zuschüsse) umgestellt. Berichte über Erfahrungen in der Praxis zeigen keinen akuten gesetzgeberischen Handlungsbedarf, wohl aber einen Bedarf nach Klarstellungen für die intendierte Anwendung des Gesetzes. Dies gilt zum Beispiel für die Korridorlösung zur Vergütung zahntechnischer Leistungen oder für die Regelungen zur Reparatur von Zahnersatz.

Auf die Bedarfszulassung soll in der zahnärztlichen Versorgung verzichtet werden.

Anwendungsbeobachtungen

Künftig werden besondere Anforderungen an durch Arzneimittelhersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen gestellt.

Arzneiverordnungsdaten

Zur Sicherung einer von ökonomischen Interessen der Hersteller freien Arzneimittelauswahl wird den Herstellern die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt. Außerdem werden besondere Anforderungen an durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen gestellt.

Ärztliches Vergütungssystem

Das ärztliche Vergütungssystem wird vereinfacht und entbürokratisiert. Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst, die für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils nach unterschiedlichen Systematiken ausgestaltete Pauschalvergütungen, die in überschaubarer Zahl mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen kombiniert werden, sowie Abstaffelungsregelungen vorsieht. Dadurch gewinnt das Vergütungssystem erheblich an Transparenz, und die Ärzte erhalten weitgehende Kalkulationssicherheit. Durch die Pauschalisierung wird zudem dem heute systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entgegengewirkt; die Leistungssteuerung wird dadurch verbessert. Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems sind:

- Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Gewährleistung von Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung
- Honorarzuschläge für besondere Qualität
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize
- Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform

Aufsichtsbehörden

An den bestehenden Aufsichtskompetenzen wird grundsätzlich festgehalten. Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung auch in einem durch Einzelverträge stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen erhalten die Länderaufsichtsbehörden die Aufsichtskompetenz über die Versorgungsvertragsgestaltung und damit über die Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich auch bei über die Landesgrenzen hinaus agierenden Kassen.

Auseinzelung

Die Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken wird erleichtert.

Basistarif in der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente: Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung. 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. Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif.

Beitragseinzug

Durch Verlagerung von den Einzelkassen auf regional organisierte Einzugsstellen wird der Beitragseinzug für alle Sozialversicherungsbeiträge stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen den Beitrag damit in Zukunft nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen, sondern nur noch an eine Stelle entrichten. Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen.

Beiträge

Der Gesundheitsfonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und den Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.

Fahrtkosten

Um den überproportionalen Ausgabenanstieg bei Fahrtkosten zu kompensieren, werden Ausgabenabschläge in Höhe von 3 Prozent vorgenommen. In diese Abschläge sind auch Rettungsfahrten einzubeziehen.

Früherkennung und Vorsorge

Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen sollte für die Gruppe der 45- bis 55-jährigen durch eine Bonus-Malus-Regelung nach dem Vorbild der Vorsorgescheckhefte beim Zahnersatz gesteigert werden.

Nur wer die wichtigsten evidenzbasierten Untersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen hat und chronisch krank wird, sollte in den Genuss der Überforderungsklausel mit der Begrenzung der Zuzahlungen auf 1 Prozent des Einkommens kommen, es sei denn, er oder sie beteiligt sich hinreichend an einer adäquaten Therapie.

Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)

Die privatärztliche Gebührenordnung ist veraltet. Sie bedarf dringend der Novellierung. Ziel muss es aber schon jetzt sein, für vergleichbare Leistungen in Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist. Abweichungen vom Umfang dieses Leistungsverzeichnisses und Abweichungen innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) bleiben weiterhin möglich. Die Voraussetzungen für Abweichungen innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze) werden präzisiert.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Deren Amtszeiten sind auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt. An der Patientenbeteiligung wird in der bisherigen Form festgehalten.

Die Gremienarbeit wird gestrafft und transparenter gestaltet. Die Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein. Sektorenübergreifende Entscheidungen auch zur Arzneimittelversorgung sind in einem Gremium zu fällen. Werden Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten diese Methoden als zugelassen. Wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog. Die Möglichkeiten zur Konfliktlösung durch die unparteiischen Mitglieder werden erweitert. Die Möglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme werden präzisiert.

Um Doppelstrukturen (zum Beispiel in der Qualitätssicherung) zu vermeiden, können Institutionen und Gremien außerhalb des G-BA in dessen Aufgaben- und Arbeitsstruktur integriert werden.

Geriatrische Rehabilitation

Es muss sichergestellt werden, dass Patienten notwendige Präventions- und Rehaleistungen zur Vermeidung oder Verhinderung einer Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten. Der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation wird für den Bereich der Geriatrie von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt. Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.

Gesundheitsfonds

Das Modell eines Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, und sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein. In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzreserven gestartet; bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden. Ab dann erhalten sie für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fonds. Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt. Die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht der Versicherten werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen. Jeder Versicherte erhält im letzten Quartal eine Mitteilung (für Kinder erfolgt die Mitteilung an das Kassenmitglied) über den einheitlichen Betrag, den seine Kasse für ihn aus dem Fonds erhält, zusammen mit Mitteilungen über einen eventuellen Zusatzbetrag oder gegebenenfalls Tarifangebote.

Die Kassen erhalten künftig für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Die Einführung des Fondsmodells erlaubt dadurch einen vereinfachten und zielgenauen

Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen mit

- einem Einkommensausgleich zu 100 Prozent,
- einem zielgenaueren Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht sowie
- der Abschaffung des Ausgleichs zwischen den Kassen durch Verlagerung in den Fonds. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfängerkassen.

Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.

Durch Verlagerung von den Einzelkassen auf regional organisierte Einzugsstellen wird der Beitragseinzug für alle Sozialversicherungsbeiträge stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen den Beitrag damit in Zukunft nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen, sondern nur noch an eine Stelle entrichten. Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen.

Hausarzttarife

Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig. Ein verpflichtendes Hausarztmodell ist damit nicht verbunden.

Häusliche Krankenpflege

Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen (zum Beispiel Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.

Heil- und Hilfsmittel

Die Wettbewerbs- und Regulierungsmechanismen im Heil- und Hilfsmittelbereich erzielen hinsichtlich der Preisgestaltungen nicht immer die gesetzlich intendierten Wirkungen. Daher müssen insbesondere das Festbetragskonzept für Hilfsmittel und die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel so umgestaltet werden, dass sie echten Preiswettbewerb ermöglichen. Dabei soll für Hilfsmittel der Preiswettbewerb über Ausschreibungen erfolgen.

Höchstpreise (in der Arzneimittelpreisverordnung)

Das Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz hat bereits abweichende Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern eröffnet. Nun wird die Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise umgestellt. Damit wird es möglich, dass auch die Apotheker niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind in angemessener Höhe an die Versicherten beziehungsweise Krankenkassen weiterzugeben.

Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken im Jahr 2007 nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Millionen Euro erreicht, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt werden.

Honorarzuschläge für Qualität

Bei besonderer Qualität der ärztlichen Leistung können künftig auch innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung besondere Honorarzuschläge vereinbart werden.

Impfungen

Impfungen, sofern von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen, werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt. Die gesetzlichen Vorgaben werden mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versichertengruppen weiterentwickelt.

Die Anschubfinanzierung wird bis zum In-Kraft-Treten des neuen ärztlichen Vergütungssystems verlängert. Auch nichtärztliche Heilberufe können in die zugrunde liegenden Versorgungskonzepte einbezogen werden. Ebenso wird künftig die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung eingebunden.

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)

Die Aufgaben und Funktionen der KVen müssen den Veränderungen des Vergütungssystems, der Bedarfsplanung und der Steuerung veranlasster Leistungen (zum Beispiel Arzneimittel), sowie den neuen Möglichkeiten, abweichende Verträge zu schließen, angepasst werden. Die Hauptaufgaben der KVen werden künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen. Sie werden darüber hinaus vermehrt als Dienstleister für ihre Mitglieder tätig werden können.

Kassenrabatt für Arzneimittel

Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken im Jahr 2007 nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Millionen Euro erreicht, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende Preisverhandlungen gesetzt werden.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Um eine angemessene Grundlage für Preisverhandlungen und Erstattungshöhen zu erhalten, wird die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. Dabei sind auch andere Behandlungsformen zu berücksichtigen. Diese Bewertung ist keine zusätzliche Zulassungsvoraussetzung.

Krankenhausentlassung

Bei Entlassung aus Krankenhäusern ist eine sachgerechte Anschlussversorgung sicherzustellen. Dazu bedarf es einer besseren Vernetzung der Leistungsangebote und eines verbesserten Entlassungsmanagements.

Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung stationärer Leistungen wird seit 2003 weitgehend auf Fallpauschalen (DRGs) umgestellt. Dieser Prozess wird erst Ende 2008 abgeschlossen sein und führt zu erheblichen Veränderungen der Krankenhausversorgung. So bewirken verkürzte Liegezeiten der Patienten eine zunehmende Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich. Auch Zahl und Struktur der Krankenhäuser verändern sich.

Rechtzeitig vor Abschluss der Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem muss der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung dieser Entwicklung angepasst werden. Im Jahr 2007 werden dazu im Rahmen einer Sonder-Gesundheitsministerkonferenz Vorschläge für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens im Anschluss an die im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase erarbeitet. Dabei sind Grundfragen, wie innerhalb eines zu definierenden Zeitraums der Umstieg von einer dualen zur monistischen Finanzierung durchgeführt werden kann, zu klären. Dieser Umstieg hätte eine Übernahme der Investitionskosten durch die Gesetzliche Krankenversicherung zur Folge. Daraus resultierende Kostenbelastungen der Krankenkassen müssten kompensiert werden.

Krankenkassen und Haftungsfragen

Die Haftungsregelungen werden den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst. Dabei ist sicherzustellen, dass bis zum Stichtag grundsätzlich alle Kassen schuldenfrei sind. Gegebenenfalls vorhandene Verbindlichkeiten werden innerhalb der heute geltenden Strukturen vertraglich abgesichert.

Zur Verbesserung von Transparenz und Effizienz soll die Rechnungslegung nach dem Handelsgesetzbuch (HGB) eingeführt werden. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit das Insolvenzrecht in einer wettbewerblich orientierten Gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden sollte. Um zu verhindern, dass Kassen sich mittels Fusionen bestehender Haftungsverpflichtungen entziehen, wird eine zeitlich zu begrenzende nachfolgende Haftung eingeführt.

Krankenkassenfusionen

Jede Kasse darf mit anderen Kassen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fusionieren. Fusionen sollen aber weiterhin in einem geordneten Rahmen erfolgen.

Das heißt:

- Fusionen bedürfen weiterhin der Zustimmung der vor der Fusion zuständigen Aufsichtsbehörden.
- Fusionen müssen nach einheitlichen Kriterien beurteilt werden, die insbesondere eine Erfüllung von Haftungsverbindlichkeiten, ein tragfähiges Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur sowie die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch die neue Kasse gewährleisten.
- Aus einer Neuordnung der Versorgungsaufsicht ist kein (erweitertes) Eingriffsrecht im Rahmen der Fusionen bisher nicht zuständiger Aufsichtsbehörden abzuleiten.
- Ein Staatsvertrag ist nicht erforderlich.
- Zur Vermeidung einer Monopolstellung und zur Verhinderung von Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung bedarf es der Anwendung wettbewerbsrechtlicher Regelungen unter Beachtung der spezifischen Anforderungen des Sondersystems GKV. Dazu gehört notwendigerweise eine Regelung für eventuell bestehende Verbindlichkeiten einer fusionierenden Kasse und deren Zuordnung zu einem Haftungsverbund. Damit sollen Kassen sich nicht missbräuchlich durch Fusionen von Schulden und Verbindlichkeiten befreien oder diese in einen anderen Haftungsverbund einbringen.

- Bei Kassenfusionen sollen Kassen einen Verband wählen können. Der Verband der kleineren Krankenkassen kann die Mitgliedschaft der fusionierten Kasse ablehnen, wenn durch die Verbandszugehörigkeit der neuen Kasse die finanziellen Grundlagen des Verbands gefährdet werden.

Krankenkassenöffnung

Grundsätzlich sollten zu einem bestimmten Stichtag alle Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet werden. Für heute geschlossene Betriebskrankenkassen (BKKen) sollte eine Ausnahmeregelung geschaffen werden. Bis zum Inkrafttreten eines weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs wird das bestehende Öffnungsmoratorium für heute geschlossene BKKen verlängert. Bundesknappschaft und Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt. Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler), ihren Sonderstatus bis zur Regelung dieser offenen Fragen.

Krankenkassenverbände

Damit zeitliche und organisatorische Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden, bilden die Krankenkassen beziehungsweise ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen Spitzenverband. Dies kann in Form eines Vereins geschehen. Die Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes für die Krankenkassen beziehungsweise deren Verbände ist zu gewährleisten. Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen: Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (zum Beispiel Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen).

Um die Entstehung einer kartell- oder monopolähnlichen Struktur zu vermeiden, umfassen die Aufgaben des Spitzenverbandes nicht Bereiche, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen oder deren Verbände beziehungsweise Zusammenschlüsse geregelt werden (zum Beispiel Hausarzttarife, Integrationsverträge, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken). Für diese Bereiche behalten die einzelnen Krankenkassen beziehungsweise ihre Zusammenschlüsse volle Vertragsfreiheit. Auf Landesebene werden die Krankenkassen bei kollektiven Vertragsbeziehungen mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen jeweils von einem entsprechenden gemeinsamen Landesverband vertreten.

Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden. Kassen können sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen oder wettbewerbsfähige Verhandlungspositionen zu erlangen. Soweit die Krankenkassen beziehungsweise ihre Verbände nicht bis zum 31.12.2007 den Spitzenverband beziehungsweise die jeweiligen Landesverbände errichtet haben, führen die Aufsichtsbehörden die Errichtung durch.

Kostenerstattung

Die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung muss entbürokratisiert und flexibler gestaltet werden. Krankenkassen können die Kostenerstattung auch als Wahltarif anbieten. Kostenerstattung darf im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der Gesetzlichen Krankenversicherung führen. Vor Einführung des neuen Vergütungssystems für ambulante Vertragsärzte soll geprüft werden, inwieweit das Abrechnungssystem bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für die Versicherten transparenter gemacht werden kann und verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Versicherten, Vertragsärzten, Vertragszahnärzten und Krankenkassen geschaffen werden können.

Leistungskatalog

Der Umfang des Leistungskataloges bleibt im wesentlichen unverändert. In den Leistungskatalog werden zusätzliche Leistungen (zum Beispiel geriatrische Rehabilitation und Palliativversorgung) aufgenommen. Impfungen, sofern von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt. Bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit wie zum Beispiel bei Komplikationen durch Schönheitsoperationen, Piercing, Tätowierungen, etc. muss in stärkerem Umfang von Regressmöglichkeiten zur Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden. Finanzwirksame Leistungen, die durch Entscheidungen oder Maßnahmen Dritter zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen werden, müssen künftig besonders ausgewiesen werden (zum Beispiel in Gesetzentwürfen).

Medizinischer Dienst

In einem neuen wettbewerblichen Ordnungssystem müssen Organisation, Aufgaben und Finanzierung des Medizinischen Dienstes den aktuellen Herausforderungen angepasst werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Kranken- und Pflegekassen die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes respektieren und ihn nicht in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung einsetzen. Es sind auch neue Wege für die Nutzerfinanzierung (Finanzierung nach Inanspruchnahme) und die Wahl verschiedener Medizinischer Dienste und anderer medizinischer Gutachterdienste zu ermöglichen.

Mutter-Vater-Kind-Kuren

Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen überführt.

Nichtversicherte

Nichtversicherte beziehungsweise nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen beziehungsweise dem sie zugeordnet sind (Nichtversicherte). Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur Privaten Krankenversicherung (PKV) in einen Basistarif.

Palliativmedizin

Der Leistungsanspruch auf und die Vergütung von Palliativversorgung müssen definiert und verbessert werden. Insbesondere müssen konkrete und unbürokratische Abrechnungsmodalitäten geschaffen werden, die auch die Schnittstellen zum stationären und ambulanten Bereich sowie anderen Kostenträgern berücksichtigen.

Private Krankenversicherung (PKV) und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

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 Alterungsrücklage 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 sowohl bei einem Wechsel innerhalb der PKV als auch bei einem Wechsel zwischen den Systemen die Alterungsrücklage 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, der etwa die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufweist. Die Prämie dieses Tarifs wird ohne Berücksichtigung persönlicher gesundheitlicher Risiken kalkuliert sein. Der Basistarif wird mit Alterungsrückstellung kalkuliert.

Der PKV-Basistarif beinhaltet folgende Elemente: Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung.

Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention in Deutschland beteiligt. Damit leistet sie in diesem für alle Bürger wichtigen Bereich einen erforderlichen solidarischen Beitrag.

Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmern von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.

Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung (mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens (Steigerungssätze)).

Qualitätssicherung

Bestehende Regelungen zur Qualitätssicherung sind zu entbürokratisieren und auf das Wesentliche zu konzentrieren. Dabei stehen auch Aufgaben und Funktionen der vielen für Qualitätssicherung zuständigen Institutionen auf dem Prüfstand. Die Instrumente zur Qualitätssicherung (zum Beispiel Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement, Beachtung von Qualitätsstandards, Einholung von qualifizierten Zweitmeinungen) müssen effektiv genutzt und vergütet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hier eine bedeutende Rolle einnehmen.

Rehabilitationseinrichtungen

Die Qualität der stationären Rehabilitation soll für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden. Dazu sind Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig unabhängig zu zertifizieren. Für die Zertifizierung sind gemeinsame Qualitätsstandards der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung zu Grunde zu legen. Beim Vertragsabschluss ist auf Trägervielfalt zu achten. Versicherte erhalten zukünftig das Recht, auch eine andere zertifizierte als die von ihrer Kasse unter Vertrag stehende Rehabilitationseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Fallen dabei Kosten an, die über die der Vertragseinrichtungen hinausgehen, sind diese Mehrkosten von den Versicherten zu tragen.

Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) soll vereinfacht und zielgenauer gestaltet werden. Auch die Verknüpfung des RSA mit den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) wird neu gestaltet.

Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel

Gemeinschaftseinrichtungen, wie zum Beispiel Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel zentral bevorraten können, dürfen nicht genutzte Produkte an andere Patienten abgeben.

Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser

Um die Krankenhäuser als größter Ausgabenfaktor der Gesetzlichen Krankenversicherung angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 Prozent der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen.

Selbstbehalte

Die Versicherten können fakultative Selbstbehalte in begrenzter Höhe wählen. Selbstbehalte dürfen im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der Gesetzlichen Krankenversicherung führen, sondern müssen sich selbst tragend finanzieren. Die Mindestbindungsfrist beträgt drei Jahre. Bei besonderen Härten gilt ein Sonderkündigungsrecht.

Steuerfinanzierung

Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2009 von 3 Milliarden Euro geleistet. Hierfür entstehen keine zusätzlichen Steuerbelastungen. Es wird in diesem Zusammenhang ausgeschlossen, Kürzungen im Leistungskatalog der GKV oder in anderen sozialen Sicherungssystemen vorzunehmen. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen.

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sollen einen einheitlichen und entbürokratisierten Rahmen erhalten. Die Verknüpfung der Strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) wird neu gestaltet.

Über- und Unterversorgung

Mit dem Vertragsrechtsänderungsgesetz soll eine Fülle von Maßnahmen ermöglicht werden, die einen Abbau von Über- und Unterversorgung sowie eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit bewirken. Das neue Vergütungssystem wird diese Entwicklung nachhaltig unterstützen. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bleibt zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unternimmt eine Kassenärztliche Vereinigung innerhalb einer bestimmten Frist nichts gegen eine existierende oder drohende Unterversorgung, ordnet der Landesausschuss Ärzte / Krankenkassen entsprechende Maßnahmen an. Das Zusammenwirken dieser Maßnahmen bietet die Perspektive, die Bedarfszulassung im Sinne von Zulassungssperren abzulösen und die Bedarfsplanung auf eine Versorgungsplanung, die auch sektorenübergreifend sein sollte, zu konzentrieren.

Vergütung bei gleichen Leistungen im ambulanten und stationären Sektor

Ambulante Leistungen, die sowohl im Krankenhaus, aber auch in der niedergelassenen Praxis erbracht werden können, sollen mit vergleichbaren Honoraren vergütet werden.

Verordnung mit Zweitmeinung

Die Verordnung von kostenintensiven beziehungsweise speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt muss in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die näheren Bestimmungen zu den Verfahren und die Auswahl der zu konsultierenden Ärzte erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten.

Versicherungspflichtgrenze

Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmern von der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Privaten Krankenversicherung ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.

Versicherungswechsel in der Privaten Krankenversicherung (PKV)

In der Privaten Krankenversicherung ist sicherzustellen, dass ein Wechsel zwischen Versicherungsunternehmen in einem vergleichbaren Tarif auch aus Bestandstarifen durch Kontrahierungszwang und Portabilität der Alterungsrücklage erleichtert wird.

Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen

Die Möglichkeiten der Krankenkassen werden erweitert, Vereinbarungen mit Ärzten zu treffen, die von den einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinausgehen können. Für beide Seiten gelten hierbei gleiche Rahmenbedingungen. Auf Kassenseite können dabei Kassen einzeln handeln oder sich in Gruppen zusammenschließen. Auf Ärzteseite können neben einzelnen oder Gruppen von Ärzten auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Vertragspartner sein. Alle Vertragsärzte bleiben auch bei abweichenden Vereinbarungen Mitglieder der KV. Der Sicherstellungsauftrag der KVen einschließlich des Notdienstes wird der Versorgungsplanung entsprechend angepasst.

Verwaltungsräte

Bei Fusionen und bei der Schaffung neuer Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in der Selbstverwaltung.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Die Ärzte werden von bürokratischen Auflagen entlastet. Das Prüfungsverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.

Zusatzbetrag

Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren, zur Verfügung. So können sie ihren Versicherten kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Wahltarife, besondere Versorgungsformen usw.) anbieten. Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Andererseits können Kassen, die Überschüsse erzielen, diese auch an ihre Versicherten ausschütten. Die Obergrenze des Zusatzbetrags darf ein Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden. Gestaltung und Erhebung des Zusatzbetrags wird innerhalb dieses Rahmens der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit der Einziehung beauftragen.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen. Mit einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess werden unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung zuerst über den vereinbarten, aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln, soweit darüber hinausgehend, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen.

Zuzahlungen

Die Ausnahmeregelungen bei Zuzahlungen, insbesondere bei der Praxisgebühr, werden hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung im Jahre 2006 evaluiert und inhaltlich überprüft. Die Überforderungsregelung von 1 Prozent gilt nicht für solche chronisch Kranken, die bei einer adäquaten Therapie nicht hinreichend mitwirken. Die Definition für den Begriff "chronisch Kranke" wird enger und zielgenauer gefasst.