

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. <p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfassender Leistungskatalog mit dem medizinisch Notwendigen. 	<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. <p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Künftig werden zusätzliche Leistungen angeboten: geriatrische Rehabilitation als Pflichtleistung und verbesserte Palliativversorgung.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine allgemeine Bonusregelung bei der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistung soll für die Gruppe der 45- bis 55-Jährigen durch eine Bonus-Regelung nach dem Vorbild der Vorsorgecheckhefte beim Zahnersatz gesteigert werden.
--	---	---

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen ist bis zum 30.06.2007 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, wenn dies angeboten wird. ▪ Für einen begrenzten Versichertenkreis bestehen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 wird die Qualität, die Kooperation und die Koordination übergreifend und unbürokratisch verbessert. <p>Besondere Versorgungsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Kassen müssen künftig Hausarztmodelle anbieten. Jeder Versicherte erhält die Möglichkeit eines Hausarztmodells auch ohne Kassenwechsel. ▪ 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>Institutionell:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichtagsbezogen werden alle Kassen für den Wettbewerb geöffnet. (Bestandsschutz für geschlossene BKK'en). ▪ 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. ▪ Kassen bestimmen individuellen Beitragssatz. ▪ Kassen ziehen die Beiträge vom Arbeitgeber ein. ▪ Kassen sind Beitragseinzieher und daneben Versichertenversorger. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. <p>Fahrkosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Ausgaben der Krankenkassen für Fahrkosten sind in den vergangenen Jahren überproportional gestiegen. 	<p>Beitragserhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. ▪ Es gilt für alle Kassen ein einheitlicher Beitragssatz. ▪ Beiträge werden vom Arbeitgeber nur noch an kassenübergreifende und regional organisierte Einzugsstellen gezahlt. Diese leiten die Beiträge an den Gesundheitsfonds weiter. Die Kassen erhalten die Beitragsmittel in Form einer Grundpauschale und einem alters- und risikoadjustierten Zuschlag aus dem Fonds. ▪ Kassen konzentrieren sich auf ihre Hauptaufgabe: Gute, qualifizierte Versorgung der Versicherten. <p>Vertragsregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vom Kollektivvertrag abweichende Vereinbarungen mit den KV'en, mit einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten werden zugelassen. Hierdurch werden optimierte Versorgungsformen erreicht und Effizienzsteigerungen ermöglicht. <p>Fahrkosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um diesen überproportionalen Ausgabenanstieg zu kompensieren, behalten die Kassen bei Rechnungsabgleichung Ausgabenabschläge in Höhe von 3 % vom Erbringer der Leistung ein.
--	--	--

<p>Arbeitgeber</p>	<p>Beitragszahlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Arbeitgeber zahlen den individuellen Krankenversicherungsbeitrag mit Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die zuständigen Einzugsstellen. Zuständige Einzugsstelle ist für jeden Beschäftigten jeweils dessen Krankenkasse. 	<p>Beitragszahlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zahlen die Arbeitgeber den Gesamtsozialversicherungsbeitrag künftig nur noch für alle Beschäftigte an eine regional organisierte Einzugsstelle. Der Beitragseinzug wird hierdurch stark vereinfacht. Der Fonds erhebt Beiträge von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern. Die Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.
<p>Ärzte</p>	<p>Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompliziertes und intransparentes Honorierungssystem mit floatenden Punktwerten. ▪ Sektorale Budgets. ▪ Geringe Transparenz und Kalkulationssicherheit. Verteilung ungerecht 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. ▪ Honorierung für privat Versicherte nach abweichender Gebührenordnung. Unterschiedliche Vergütung für vergleichbare Leistungen. <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. ▪ Im Zusammenhang mit der neuen Gebührenordnung der GKV sollen für vergleichbare Leistungen vergleichbare Vergütungen gezahlt werden. <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 kostenintensiven Verordnungen 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 und ambulante Operationen. 	<p>Ambulante Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die bestehenden Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (z. B. hochspezialisierte Leistungen, ambulantes Operieren) werden konsequenter umgesetzt. Zulassungs- und Vergütungsregelungen werden konkretisiert. Krankenhäuser werden für Patienten mit seltenen Krankheiten zur ambulanten Behandlung geöffnet. Der Zugang zu hochspezialisierten ambulanten Behandlungen am Krankenhaus wird erleichtert. Hierzu wird

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Honorierung ambulanter Leistungen im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis. <p>Ordnungspolitischer Rahmen/Finanzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 2003 werden schrittweise die Vergütungsregelungen auf Fallpauschalen (DRG's) umgestellt. ▪ Krankenhausleistungen sind der größte Ausgabenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung. 	<p>eine Anschubfinanzierung bereitgestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergleichbare Vergütung sowohl im Krankenhaus als auch in der niedergelassenen Praxis. <p>Ordnungspolitischer Rahmen/Finanzierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Sonder-GMK wird sich 2007 mit dem finanziellen und ordnungspolitischen Rahmen für die Zeit nach Abschluss der DRG-Konvergenzphase 2008 befassen. ▪ Um die Krankenhäuser angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen, werden sie pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1% der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen.
Apotheken	<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. € erreicht werden. Anderenfalls tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabatt. ▪ Abgabe von einzelnen Tabletten (so genannte Auseinzelung) wird erleichtert.
Selbstverwaltung	<p>Krankenkassenverbände:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassen bilden kassenartenbezogene Landes- und Bundesverbände. 	<p>Krankenkassenverbände:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassen können Verbände und Zusammenschlüsse unabhängig von ihrer Kassenart bilden.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassenartenbezogene Spitzenverbände auf Bundesebene. Kein zentraler Spitzenverband für alle Kassen. ▪ Kassenartenbezogene Landesverbände zur Vertragsregelung auf Landesebene für die Mitgliedskassen. <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>Aufsichtsbehörden der Krankenkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für bundesweit agierende Kassen das Bundesversicherungsamt, für die übrigen Kassen die zuständige Landesbehörde. <p>Kassenärztliche Vereinigungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufgabeschwerpunkte liegen bei der Sicherstellung der Versorgung und der Honorarverteilung. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Krankenkassenspitzenverband auf Bundesebene mit zentralen wettbewerbsneutralen Aufgaben (für alle Kassen gültige Verträge und Vereinbarungen auf Bundesebene). ▪ Ein Landesverband für alle Kassen mit zentralen wettbewerbsneutralen Aufgaben auf Landesebene (für alle Kassen gültige Verträge und Vereinbarungen auf Landesebene). <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>Aufsichtsbehörden der Krankenkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Landesbehörden erhalten die zusätzliche Aufsicht über Versorgungsvertragsgestaltungen auch für bundesweite Kassen zur Sicherstellung der Versorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich. <p>Kassenärztliche Vereinigungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassung der Aufgaben an die geänderten Strukturen, insbesondere im Qualitätsmanagement.
--	--	---

<p>Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen</p>	<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarungen zur Qualitätssicherung zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und betroffenen Spitzenorganisationen auf Bundesebene. 	<p>Qualitätssicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängige Zertifizierung mit gemeinsamen Qualitätsstandards zwischen GKV und GRV.
<p>Private Krankenversicherung</p>	<p>Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt nach der – veralteten – Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). <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. 	<p>Gebührenordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die GOÄ wird mit dem Ziel überarbeitet, ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen. Abweichungen vom Umfang innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) bleiben weiterhin möglich. <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 entspricht. Der Basistarif wird für alle freiwillig GKV-Versicherten und für alle privat Versicherten geöffnet. Es gilt Kontrahierungszwang für die privaten Versicherer. <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.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Wechsel zwischen privaten Versicherungsunternehmen ist aus finanziellen Gesichtspunkten derzeit nahezu ausgeschlossen. Altersrückstellungen können nicht übertragen werden. ▪ Bei einem Wechsel von der PKV zur GKV können Altersrückstellungen 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-Wechsler haben nur in engen Grenzen die Möglichkeit zur Wahl des Standardtarifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Wechsel zwischen privaten Versicherungsunternehmen wird innerhalb eines vergleichbaren Tarifs (auch aus Bestandstarifen) durch Kontrahierungszwang und Portabilität der Altersrückstellung erleichtert. ▪ Die Portabilität der Altersrückstellungen wird gesetzlich festgeschrieben. ▪ Nichtversicherte, die zuletzt bei der PKV versichert waren, erhalten ein Rückkehrrecht in den Basistarif. ▪ Der Basistarif der PKV wird für alle freiwillig Versicherten geöffnet.
<p>Pharmaindustrie</p>	<p>Arzneimittel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für neue Arzneimittel wird eine Nutzenbewertung durchgeführt. 	<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.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

	<p>Verordnungsdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelhersteller können arzt- oder patientenbezogene Arzneiverordnungsdaten aufbereiten und für eigene (Vermarktungs-) Zwecke nutzen. <p>Anwendungsbeobachtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beobachtung von Arzneimittelanwendungen durch Arzneimittelhersteller wird auch als Marketinginstrument genutzt. 	<p>Verordnungsdaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den Herstellern wird die Aufbereitung und Nutzung von Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt. <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 Finanzströme

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird neu gestaltet. Der Gesundheitsfonds wird in Zukunft zum Kern der Finanzströme der neuen Gesundheitsversicherung. Die Kassen bestimmen dann nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, und sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein. Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber fließen ab dem Jahr 2008 direkt in den Fonds.

Für jeden Versicherten erhalten die Krankenkassen aus dem Fonds dann 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. Für die Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt.

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 Beiträge ermitteln müssen, um sie dann an verschiedene Krankenkassen zu senden, sondern werden nur noch einen einheitlichen, prozentualen Beitrag pro Beschäftigten erheben und an die Einzugsstellen im jeweiligen Bundesland weiterleiten. 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. 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.

Die wesentlichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2006

Bekommt er die Ausgaben nicht in den Griff, kann die Kasse von ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Betrag fordern. Es ist den Kassen dabei freigestellt, ob sie einen prozentualen oder einen festen Zusatzbeitrag erheben, er darf jedoch nicht mehr als ein Prozent des Haushaltseinkommens betragen, um eine Überforderung zu vermeiden. Diesen Weg allerdings werden Kassen im Leistungs-Wettbewerb 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% 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 ferner, 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 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, dessen Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der Basistarif wird mit Alterungsrückstellung kalkuliert.