

## **Das bringt die Gesundheitsreform den Versicherten (Stand: 26.10.2006)**

Mit der Gesundheitsreform 2006 wird das deutsche Gesundheitswesen zukunftsweisend umgestaltet: in den Strukturen, in der Organisation, in den Finanzen und auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Alle Maßnahmen haben das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen und insgesamt durch mehr Wirtschaftlichkeit, höhere Transparenz, stärkeren Wettbewerb und systematischen Bürokratieabbau die finanzielle Stabilität der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürgern zu sichern.

Für die Versicherten zählt allein ihre Gesundheit und die hierfür notwendige medizinische Versorgung – heute und für die Zukunft. Die Fragen lauten daher: Was bringt mir die Gesundheitsreform? Welche konkreten Veränderungen erwarten mich? Welche neuen Möglichkeiten habe ich künftig?

### **Versicherungsschutz für alle**

Gesundheitspolitik ist immer Politik für 82 Millionen Menschen. Die Zahl der Menschen, die ohne Absicherung im Krankheitsfall sind, hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. In einem modernen Sozialstaat ist es jedoch nicht hinnehmbar, dass eine größere Zahl von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ist. Deshalb wird ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall eingeführt und zwar sowohl in der gesetzlichen wie in der privaten Krankenversicherung.

✓ *Alle bisher nicht versicherten Bürgerinnen und Bürger erhalten einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz.*

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind folgende Regelungen vorgesehen, die zum 1. April 2007 in Kraft treten sollen:

- Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher einmal in Deutschland gesetzlich versichert waren, oder die dem Bereich der GKV deshalb zuzurechnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.
- Anwartschaftsversicherung: Die Möglichkeit, Anwartschaften zu bilden, war bislang nur auf freiwillig gesetzlich Versicherte beschränkt, die während eines berufsbedingten Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen hatten. Künftig wird diese Möglichkeit ausgeweitet auf andere vergleichbare Personengruppen wie Rentner, Studenten, die einen Teil ihres Studiums in Ländern verbringen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, Strafgefangene und Zivildienstleistende. Das erleichtert den genannten Personengruppen die spätere Rückkehr in eine gesetzliche Krankenversicherung. Eine vergleichbare Anwartschaftsversicherung ist auch für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung vorgesehen.

In der privaten Krankenversicherung gilt künftig Folgendes:

- Alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die vormals in der PKV versichert waren oder der PKV systematisch zuzuordnen sind, erhalten das Recht, sich in einem neuen Basistarif der PKV zu versichern. Gleiches gilt für alle bereits in der PKV Versicherten sowie für freiwillig in der GKV Versicherte. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen diesen Basistarif ab 1. Januar 2008 anbieten. Er ersetzt den bisherigen Standardtarif der privaten Krankenversicherung. Die Leistungen dieses Tarifs müssen dem Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die privaten Krankenversicherungen dürfen niemanden zurückweisen, der sich im Basistarif versichern will. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro. Sind Ehegatten oder Lebenspartner auch im Basistarif, darf die Prämie für beide Partner insgesamt nicht mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung betragen.

Würde die Bezahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II (Grundsicherung für Arbeit Suchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) auslösen, stellen weitere gesetzliche Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

- Was bisher in der privaten Krankenversicherung nicht möglich war, wird mit der Reform eingeführt: Wenn ein privat Krankenversicherter in ein anderes PKV-Unternehmen wechseln will, kann er Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Dadurch können die Versicherten in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln.
- Versicherte im Basistarif erhalten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Versorgung. Die Sicherstellung der Versorgung von Versicherten im Basistarif ist künftig Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die Verpflichtung (Kontrahierungszwang) der privaten Krankenversicherung, freiwillig Versicherte der GKV in den Basistarif aufzunehmen, gilt für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs beziehungsweise für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit (Bei Arbeitnehmern bedeutet das: Das Einkommen lag drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze). Hierdurch sollen Versicherungsunternehmen und Privatversicherte davor geschützt werden, dass Personen im Status der Nichtversicherung bis zum Eintritt einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verbleiben, um dann in den Basistarif einzutreten.

- Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die ehemals privat versichert waren oder der PKV aufgrund ihres beruflichen Status zuzuordnen sind, müssen bei der Wahl des Basistarifs keine Frist beachten.

Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden die Einwohner in dem Krankenversicherungssystem versichert, dem sie zuzuordnen sind.

Dies ist zum Beispiel für Selbständige und Beamte die private Krankenversicherung, für Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung.

✓ *Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung: Für alle, die privat versichert sind oder versichert sein können – unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko und zu bezahlbaren Prämien.*

### **Gezielter Ausbau notwendiger medizinischer Leistungen**

Mit der Gesundheitsreform bleibt die gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau erhalten – und dies unabhängig von Alter und Einkommen. Dort, wo es notwendig ist, werden Leistungen ausgebaut:

- Für die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind spezialisierte Krankenhäuser oft besser gerüstet als eine Arztpraxis. Deshalb wird den von bestimmten schweren oder seltenen Krankheiten betroffenen Patienten der Zugang zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus künftig erleichtert. Im Rahmen der Integrierten Versorgung können Verträge mit Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung dieser Patienten auch ohne die Einbindung eines niedergelassenen Vertragsarztes mit entsprechendem Zulassungsstatus geschlossen werden. Darüber hinaus werden ausgewählte Kliniken mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik was anbieten darf, wird in Zulassungsverfahren des jeweiligen Bundeslandes entschieden.

- Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. So genannte Palliative Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen. Mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt die Gesundheitsreform dem Wunsch vieler schwerkranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung zu bleiben.
- Die Rahmenbedingungen für Kinderhospize werden verbessert. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.
- Damit ältere Menschen nach einem Unfall oder einer Krankheit nicht in ein Pflegeheim müssen, wird die Rehabilitation für ältere Menschen verbessert. So können sie weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.
- Wichtige Impfungen müssen künftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.
- Die medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter oder Väter wird verbessert. Notwendige Vater-/Mutter-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren werden gestärkt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zu fördern.

✓ *Mehr Leistungen für diejenigen, die sie benötigen.*

## **Verantwortlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit ist gelebte Solidarität**

Der Staat sorgt dafür, dass jeder die medizinische Hilfe bekommt, die er benötigt. Doch auch der Einzelne trägt eine Verantwortung: für die eigene Gesundheit und für einen sorgsamen Umgang mit den medizinischen Versorgungsangeboten. Um diese Verantwortung zu fördern, werden die Teilnahme an Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung und ein therapiegerechtes Verhalten im Krankheitsfall künftig stärker belohnt. Die Regelung über die reduzierte Belastungsgrenze für chronisch Kranke wird entsprechend ergänzt:

- Versicherte, die bereits heute chronisch krank sind und von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, können diese auch weiterhin in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Deshalb darf die Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten feststellt.

Therapiegerechtes Verhalten kann zum Beispiel die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sein. In Fällen, in denen ein solches nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.

- Für alle Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre alt oder älter sind, gilt dasselbe, wenn sie einmal chronisch krank werden sollten.
- Für jüngere Versicherte wird eingeführt, dass sie empfohlene Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung wahrnehmen müssen, um bei einer späteren chronischen Erkrankung einen Anspruch auf die reduzierte Belastungsgrenze geltend machen zu können. Je nach Alter und Geschlecht der Versicherten sind hier unterschiedliche Untersuchungen relevant und deshalb auch unterschiedliche Stichtage.

Die näheren Einzelheiten wird der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Auch notwendige Ausnahmen von dieser Regelung werden noch definiert.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll, ähnlich wie bei den Zahnvorsorgeuntersuchungen, in einem Bonusheft dokumentiert werden.

Und wer die angebotenen Untersuchungen nutzt, kann außerdem noch von seiner Kasse belohnt werden, zum Beispiel in Form von Zuzahlungsermäßigungen oder Prämien.

Mehr Eigenverantwortung gilt auch bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe wie zum Beispiel Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen oder Piercing. Hier müssen die Krankenkassen die Versicherten an den Behandlungskosten beteiligen.

✓ *Verantwortung für die eigene Gesundheit stärkt eine gute medizinische Versorgung für alle.*

### **Mehr Wirtschaftlichkeit bedeutet mehr Qualität**

Die Versicherten haben einen Anspruch darauf, dass jeder Euro dahin fließt, wo er ihnen am meisten nützt. Die Gesundheitsreform sieht daher umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit vor:

- Nicht jedes Arzneimittel, das teuer ist, ist auch gut. Deshalb wird künftig geprüft, ob die Preise für Arzneimittel in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem therapeutischen Nutzen stehen. Aufgrund dieser Kosten-Nutzen-Bewertungen können für bestimmte Arzneimittel Höchstbeträge für die Kostenübernahme bestimmt werden.
- Alle Arzneimittelpreise sind künftig Höchstpreise und können im Einzelfall unterschritten werden. Höchstpreise bedeuten für die Apotheken, dass sie diese Arzneimittel preiswerter abgeben können, indem sie eine Ermäßigung auf den höchstzulässigen Handelszuschlag gewähren. Bei der Abgabe von Arzneimitteln auf Kassenrezept kann die Apotheke dadurch auf die Erhebung von Zuzahlungen gegenüber den Versicherten teilweise verzichten.

Höchstpreise bedeuten für die Pharmaunternehmen, dass die Krankenkassen Rabatte mit Arzneimittelherstellern vereinbaren und dadurch die Arzneimittelzuzahlungen für ihre Versicherten senken können.

- Vier-Augen-Prinzip: Bei der Verordnung von speziellen, hochinnovativen und teuren Arzneimitteln, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika, muss künftig vorher eine ärztliche Zweitmeinung bei einem dafür eigens ausgewiesenen Arzt eingeholt werden. Das erhöht die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.
- Die Möglichkeiten zur Versorgung mit Einzeldosen von Arzneimitteln werden verbessert: Apotheken können künftig leichter einzelne Tabletten an Patienten abgeben.
- Die Kassen werden verpflichtet, einer missbräuchlichen Verwendung der Versichertenkarte durch weitere geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken – zum Beispiel durch die tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen zur Karte (Verlustmeldung, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus) an die Leistungserbringer.

✓ *Die finanziellen Mittel werden so eingesetzt, dass sie den Patientinnen und Patienten am besten nützen.*

### **Reibungslose Übergänge in der Versorgung**

Oft werden beim Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) Behandlungsabläufe unterbrochen. Die Gesundheitsreform enthält deshalb gezielte Maßnahmen, um Patienten einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu ermöglichen – ohne unnötige Mehrfachuntersuchungen und Wartezeiten bei der Behandlung.

Zum Beispiel durch

- ein verbessertes Entlassungsmanagement: Zur Vermeidung von Versorgungslücken wird Krankenhausärzten die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben.

- eine stärkere Berücksichtigung von besonderen Lebensumständen bei der häuslichen Krankenpflege. Sie wird künftig auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.
- Künftig werden integrierte Versorgungsangebote, die flächendeckend für Volkskrankheiten wie zum Beispiel Diabetes oder Bandscheibenerkrankungen entwickelt werden, gezielt gefördert. Unter Integrierter Versorgung versteht man eine abgestimmte Versorgung, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

### **Mehr Wahlfreiheit für die Versicherten**

Die Versicherten profitieren künftig von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen werden professioneller, flexibler und kundenorientierter arbeiten und ihren Versicherten eine hohe Versorgungsqualität anbieten müssen.

Denn Versicherte haben künftig die Wahl zwischen vielen unterschiedlichen Tarifangeboten ihrer Krankenkasse:

- Jede Krankenkasse muss ihren Versicherten einen speziellen Hausarztтарif anbieten. Wer diesen Tarif wählt, verpflichtet sich, im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt zu gehen. Die Teilnahme am Hausarztтарif bleibt für Ärzte und für Versicherte freiwillig.
- Künftig kann jeder Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Selbstbehalt wählen, das heißt er zahlt die Behandlungskosten bis zu einem gewissen Betrag selbst. Im Gegenzug vereinbart er einen günstigeren Tarif mit seiner Krankenkasse. Diesen Tarif können künftig alle gesetzlich Krankenversicherte wählen.
- Künftig können sich Versicherte für die Kostenerstattung entscheiden. Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden.

Gesetzlich Krankenversicherte können künftig Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen – mit dem entsprechend höheren Gebührensatz für den behandelnden Arzt.

- Über besondere Wahltarife kann ein individueller Krankengeldanspruch erlangt werden. So können zum Beispiel kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung künftig entsprechende Tarife abschließen.
- Ausnahme: Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen, zum Beispiel Bezieher von Arbeitslosengeld, können nur Wahltarife zu besonderen Versorgungsformen (zum Beispiel Hausarztтарif) wählen, keine Selbstbehalttarife etc.

✓ *Jeder kann sich die Kasse mit den besten Angeboten und den günstigsten Tarifen aussuchen. Oder einfach die Kasse, die am besten zu ihm passt. Das bedeutet: mehr Wahlfreiheit.*

- Für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen kann die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen bis zu einer bestimmten Summe (bei Prämienzahlungen ein Zwölftel der gezahlten Jahresbeiträge) vorsehen. Dies betrifft zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung, Modellvorhaben, spezielle Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer (Ärzte), strukturierte Behandlungsprogramme.

Versicherte haben außerdem künftig die Möglichkeit, ihre Rehabilitationseinrichtung frei zu wählen.

### **Einfache und transparente Finanzierung – So funktioniert der Gesundheitsfonds**

Ab 1. Januar 2009 gilt bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz. Das bedeutet: Alle Krankenkassen verlangen den gleichen prozentualen Beitragssatz. Diesen Beitragssatz legt die Bundesregierung fest.

Die Beiträge, die wie bisher vom beitragspflichtigen Einkommen berechnet und von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt werden, fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den neuen Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds wird ab 1. Januar 2009 die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung transparenter machen. Er bringt den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern mehr Klarheit, wohin ihre Gelder fließen. Jeder Versicherte kann unmittelbar erkennen, ob seine Kasse wirtschaftlich arbeitet. Und zwar daran, ob seine Kasse ihm Geld zurück erstattet oder einen Zusatzbeitrag erheben muss.

Dies setzt ein deutlicheres Preissignal als die gegenwärtigen, nur in Prozentpunkten benennbaren Unterschiede zwischen den verschiedenen Beitragssätzen der Kassen.

Den Krankenkassen werden mit der Reform umfangreiche neue Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten an die Hand gegeben. Sie können mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge schließen, mit Heilmittelerbringern verhandeln, Hilfsmittel günstig durch Ausschreibung einkaufen, Verträge mit besonders qualifizierten Ärzten schließen, mit Krankenhäusern die ambulante Behandlung für schwer kranke Versicherte vereinbaren.

Eine Krankenkasse, die diese Möglichkeiten gut nutzt, wird ihre Versicherten an den Einsparungen teilhaben lassen und ihnen Prämien auszahlen können. Kommt eine Kasse hingegen mit dem aus dem Fonds zugewiesenen Geld nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben.

### **Eine Klausel schützt vor Überforderung**

Grundsätzlich gilt: Erhebt eine Kasse einen Zusatzbeitrag oder erhöht den Zusatzbeitrag, besteht ein Sonderkündigungsrecht. Der Versicherte kann kündigen und zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Auf jeden Fall muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, gilt darüber hinaus generell: Der monatliche Zusatzbeitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Dabei kann eine Kasse zwischen einem festen Zusatzbeitrag in Euro und einem prozentualen Zusatzbeitrag wählen. Verlangt eine Kasse von ihren Mitgliedern einen festen Zusatzbeitrag bis zu acht Euro, findet keine Einkommensprüfung statt.

Dies ist ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Liegt der Zusatzbeitrag einer Kasse über acht Euro, erfolgt eine Einkommensprüfung, und der Versicherte zahlt in jedem Fall höchstens ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag. Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag.

Die faire Verteilung der Beitragseinnahmen schafft mehr Wettbewerb um die beste Qualität der Angebote. Denn für die Kassen steht nicht mehr die Frage des eigenen Beitragssatzes im Mittelpunkt. Sie können sich um das Eigentliche kümmern – um den Wettbewerb, um den besten Service, um die beste Betreuung, um die beste Versorgung für ihre Versicherten.