

Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist mit ihren Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung ein Modell, das eine umfassende medizinische Versorgung gewährleistet. Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Allerdings gibt es strukturelle Mängel, die zunehmend zu einer Fehlleitung der Mittel führen. Gerade im Bereich der großen Volkskrankheiten, die die höchsten Kosten verursachen, sind mangelnde Effektivität und Qualität zu verzeichnen. Deshalb müssen die vorhandenen Mittel effizienter eingesetzt und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich gesteigert werden.

Zudem führen der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen zu einem Ausgabenanstieg, der die Entwicklung der Einnahmen auch in Zukunft übersteigen wird. Diese Finanzierungslücke kann nicht einfach nur durch eine weitere Steigerung der Beitragsätze finanziert werden, denn steigende Sozialbeiträge führen zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und zu einer steigenden Arbeitslosigkeit. Zentrale medizinische Leistungen zu rationieren, wird parteiübergreifend strikt abgelehnt. Der sozial gerechte Weg ist es vielmehr, durch strukturelle Reformen Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und gleichzeitig alle Beteiligten maßvoll in Sparmaßnahmen einzubeziehen. Hierzu gehört auch eine angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten, bei der auf soziale Belange Rücksicht genommen wird. Nur so kann weiterhin ein hohes Versorgungsniveau bei gleichzeitig angemessenen Beitragssätzen gesichert werden.

Deshalb haben sich die Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen, die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Vertreter der Bundesländer auf eine umfassende und nachhaltig wirksame Reform zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen verständigt. Diese Reform sorgt für einen zielgerichteten Einsatz der Finanzmittel, ermöglicht deutliche

Beitragssatzsenkungen und gewährleistet auch weiterhin eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten.

Mit dieser Reform werden die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert, die Transparenz ausgebaut, Eigenverantwortung und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten gestärkt, die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und freien Berufe im Gesundheitswesen verbessert, leistungsfähige Strukturen geschaffen, die solidarische Wettbewerbsordnung weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut.

2. Belastungsgerechtigkeit durch Einbeziehung aller Beteiligten

Mit einem Bündel von Maßnahmen wird die gesetzliche Krankenversicherung spürbar entlastet. Für eine gerechte und ausgewogene Lastenverteilung müssen alle Beteiligten, von den Versicherten und Patienten über die Krankenkassen bis hin zu den Leistungserbringern ihren Beitrag leisten und sich strukturellen Veränderungen stellen. Dies ist erforderlich, um die Beitragsätze deutlich zu senken, die Lohnnebenkosten zu entlasten und wieder mehr Beschäftigung zu ermöglichen.

So werden künftig bestimmte Leistungen in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen. Der Zahnersatz wird ab 2005 in Zukunft allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert. Die Versicherten haben die Wahl zwischen privater und gesetzlicher Versicherung. Das Krankengeld wird umfinanziert und aus der Mitfinanzierung der Arbeitgeber ausgeschlossen. Versicherungsfremde Leistungen werden künftig gegenfinanziert aus Mitteln, die dem Staat durch stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer zufließen. Alle Rentnerinnen und Rentner zahlen künftig von ihren sonstigen Versorgungsbezügen volle Beiträge.

Die Zuzahlungsregelungen werden neu gestaltet. Künftig tragen Versicherte eine angemessene Beteiligung an ihren Krankheitskosten. Überforderungsregelungen schützen dabei vor unzumutbaren finanziellen Belastungen. Dabei wird auf Familien besonders Rücksicht genommen. Chronisch Kranke werden besonders geschützt. Neu eingeführt werden Bonusregelungen für Versicherte, die an präventiven Maßnahmen oder an besonderen Versorgungsformen teilnehmen.

Auch die Leistungserbringer werden bei der Reform in die Pflicht genommen. Die immer noch bestehende Unwirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelversorgung wird abgebaut, die Pharmazeu-

tischen Hersteller und Apotheker müssen dazu erhebliche Beiträge leisten. Dabei ist zu beachten, dass die Leistungserbringer bereits mit den für 2003 beschlossenen Beitragssatzsicherungsmaßnahmen zu Sparbeiträgen verpflichtet worden sind. Hierzu gehören „Nullrunden“ für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser sowie eine Absenkung der Vergütungen bei Zahntechnik. Der Pharmabereich - Apotheken, Pharmaindustrie und Großhandel - musste u.a. mit Rabatten zu Einsparungen beitragen. Die Kassen sind für dieses Jahr ebenfalls zu einer Nullrunde bei den Verwaltungskosten verpflichtet worden.

Durch die Anbindung der Vergütung für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser an die stagnierende Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wird auch 2004 faktisch kein Spielraum für Zuwächse bei den Leistungserbringern bestehen.

Die Ausgliederung einzelner Leistungsbereiche (z.B. Sehhilfen, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) wirkt sich ebenfalls auf die Leistungserbringer aus und führt bei ihnen zu Einnahmeminderungen. Zudem werden die Konzentration des Leistungskatalogs auf das medizinisch Notwendige sowie Steuerungswirkungen durch veränderte Zuzahlungsregelungen zu Nachfragerückgängen und wird die Intensivierung des Preiswettbewerbs zu Gewinnbegrenzungen führen.

Die schrittweise zu erschließenden und ansteigenden Einsparpotenziale der strukturellen Maßnahmen in Höhe von mehreren Mrd. Euro werden allein von Leistungserbringer- und Kassen-seite getragen werden. Auch insofern leisten die Leistungserbringer einen erheblichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung des Gesundheitswesens.

Mit der finanziellen Entlastung der Arbeitgeber (und auch der Rentenversicherung) trägt die gesetzliche Krankenversicherung dazu bei, Beschäftigung zu fördern. Dies wiederum führt zu mehr Einnahmen und damit zu einer Stabilisierung der Finanzgrundlagen der Sozialversicherung insgesamt.

3. Langfristige Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit der nun eingeleiteten Gesundheitsreform wird die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig stabilisiert. Die Beitragssätze können deutlich sinken. Allerdings werden damit nicht alle Probleme der Zukunft gelöst. Die Systeme der sozialen Sicherung stehen mittel- und langfristig vor weiteren schwierigen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung und grundlegende Veränderungen der Erwerbsbiografien sowie die Entwicklung der Einkommensverteilung konfrontieren Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung mit tiefgreifenden Problemen. Durch

die am Arbeitsverhältnis und den akzessorischen Lohnersatzleistungen ansetzende lohnzentrierte Finanzierung drohen diese Entwicklungen langfristig zu einer wachsenden Belastung des Faktors Arbeit zu werden. Dies ist mit weitreichenden Konsequenzen für gesamtwirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung verbunden.

Die Neuordnung der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Beitragssatzsenkungen ermöglicht, ist ein wesentlicher Schritt zur kurz- und mittelfristigen Senkung der Lohnnebenkosten und zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Langfristig werden weitere Weichenstellungen zur nachhaltigen Finanzierung der GKV erfolgen müssen.

4. Stärkung der Prävention

Ein weiteres wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik ist die Stärkung der Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksame Strategien, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Ziel ist es, die Gesundheit zu erhalten und damit Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Die Vielzahl der präventiven Ansätze und des schon bestehenden Engagements der öffentlichen Hand, der Nichtregierungsorganisationen, der Sozialversicherungsträger und nicht zuletzt der Bürgerinnen und Bürger über Patientenselbsthilfeorganisationen und andere Zusammenschlüsse muss gestärkt und zielgerichteter strukturiert werden. Hierzu ist ein abgestimmtes Konzept erforderlich, das alle Ebenen und Akteure einbindet. Deshalb wird in naher Zukunft ein eigenständiges Präventionsgesetz erarbeitet, das Prävention definiert, eine Vernetzung von Initiativen bewirkt, das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Prävention schärft und für eine Intensivierung der Forschung sorgen soll.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Mit dem vorliegenden Gesetz wird die gesetzliche Krankenversicherung mit einem Bündel von Maßnahmen spürbar entlastet. Gleichzeitig werden strukturelle Weichenstellungen eingeleitet, die zu einer verbesserten medizinischen Versorgung führen.

Zur Neuorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung gehören insbesondere

- Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität,

- Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung,
- die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen,
- die Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich,
- die Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln,
- eine Reform der Organisationsstrukturen,
- die Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz und
- die Neuordnung der Finanzierung.

1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität

Die Belange der Patientinnen und Patienten stehen im Zentrum der Reform, denn die gesetzliche Krankenversicherung dient den Menschen. Sie erwarten eine qualitativ hochwertige und humane Versorgung in Medizin und Pflege, die allen Menschen ohne Ansehen des Alters oder der finanziellen Leistungsfähigkeit zugute kommt.

Auf Bundesebene wird den Anliegen der Patientinnen und Patienten durch Bestellung eines Patientenbeauftragten Rechnung getragen. Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten wird durch Kabinettentscheidung eingesetzt und wird in unabhängiger und beratender Funktion die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

In der GKV werden mit diesem Gesetz die Versicherten künftig stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie müssen von Betroffenen zu Beteiligten werden. Nur dann ist ihnen mehr Eigenverantwortung zuzumuten. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Herstellung von Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität. Auf dieser Grundlage können die Versicherten Entscheidungen über Versicherungs- und Versorgungsangebote treffen. Außerdem erhalten Organisationen von Patienten und Selbsthilfegruppen qualifizierte Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss. Versicherte und Patienten tragen dadurch wesentlich zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bei.

Im Einzelnen ist vorgesehen:

- Die Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität wird erhöht. Auf Verlangen erhalten Versicherte vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form. Ferner haben Versicherte einen Anspruch

auf Information über die Höhe der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Krankenkasse andererseits.

- Ab 2006 löst eine intelligente Gesundheitskarte die bisherige Krankenversicherungskarte ab. Sie wird fälschungssicher sein, datenschutzrechtlichen Belangen genügen und administrative Daten wie z.B. den Namen des Versicherten und Angaben zur Krankenkasse speichern. Auf Wunsch des Versicherten werden Gesundheitsdaten, insbesondere die wichtigsten Angaben zur Notfallversorgung, verfügbar gemacht.
- Künftig erhalten alle Versicherten die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung. An ihre Entscheidung sind sie mindestens ein Jahr gebunden. Die Krankenkassen sollen die Versicherten vor einer Festlegung beraten. Versicherte können ihre Wahl auf den ambulanten Bereich begrenzen. Die Krankenkassen erstatten jeweils auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln. Dabei sind Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen und Zuzahlungen miteinzubeziehen.
- Grundsätzlich können Versicherte künftig bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der EU Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Die Kosten werden auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln erstattet. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich.
- In Ausnahmefällen können Versicherte auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Inland im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Die Kasse muss dies vorher genehmigt haben. Ferner muss sichergestellt sein, dass eine zu zugelassenen Leistungserbringern gleichwertige Qualität gewährleistet ist. Bei ihrer Entscheidung hat die Kasse medizinische und soziale Aspekte zu berücksichtigen.
- Beim Versicherungsumfang und dessen Finanzierung erhalten Versicherte größere Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Krankenkassen können künftig freiwillig Versicherten z.B. Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anbieten.
- Als Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte in Zukunft über ihre Krankenkasse günstige Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen erhalten. Hierzu wird den Kassen die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglicht.

- Künftig können Krankenkassen ihren Versicherten Bonuslösungen anbieten. Einen finanziellen Bonus können Versicherte erhalten, die erfolgreich an Vorsorgeuntersuchungen, an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder an einer betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen. Ein Bonus kann auch gewährt werden für die freiwillige Entscheidung der Versicherten, an besonderen Versorgungsformen (integrierte oder hausärztlich zentrierte Versorgungsformen) teilzunehmen.
- Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe erhalten bei Entscheidungen, die die Versorgung betreffen, ein Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss. Durch Rechtsverordnung werden Einzelheiten zu Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzierung der zu beteiligenden Patienten-Organisationen geregelt.

2. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Eine Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung gehört zu den zentralen Zielen der Reform. Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zeichnet sich durch ein hohes Niveau aus. Jedoch gibt es strukturelle Mängel und einen ständigen Verbesserungsbedarf. Deshalb werden die Strukturen bei den Institutionen der Selbstverwaltung effizienter gestaltet und es werden gezielte Anreize für effizientes und qualitätsorientiertes Handeln der Leistungserbringer und Krankenkassen etabliert. Ferner werden Bürokratie abgebaut und die Abläufe werden vereinfacht. Dies alles trägt dazu bei, dass sich alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten künftig wieder umfassender auf ihre eigentliche Aufgabe - die Patientenversorgung - konzentrieren können.

Im Einzelnen ist vorgesehen:

- Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung errichten ein unabhängiges Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Zu diesem Zweck kann auch eine privatrechtliche Stiftung gegründet werden. Die Aufgabenstellung des Instituts erstreckt sich auf Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, insbesondere:
 - Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
 - Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzli-

- chen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischen Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen,
 - Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
 - Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln,
 - Bereitstellung von auch für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Das Institut bearbeitet die Aufgaben im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, indem es seinerseits Aufträge zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige, z.B. wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, Qualitätssicherungsinstitutionen der Selbstverwaltungspartner oder an Dritte vergibt; dazu zählen auch wissenschaftliche Forschungseinrichtungen und Universitäten im In- und Ausland.

- Alle Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe müssen durch kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildung ihren Beitrag zur Qualitätssicherung leisten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Einhaltung der Fortbildungspflichten zu überprüfen. Wer keinen Fortbildungsnachweis erbringt, muss Vergütungsabschläge hinnehmen.
- Ferner haben ärztliche Praxen ein internes Qualitätsmanagement einzuführen. Die Vorgaben hierzu werden von dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen zukünftig eine stärkere Verantwortung für die Qualitätssicherung in ihrem Verantwortungsbereich. Über ihre entsprechenden Aktivitäten haben sie regelmäßig einen Bericht zu erstellen, der auch für Versicherte verständlich sein muss.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist ein weiteres wesentliches Ziel der Reform. Deshalb wird ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können. Ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen beschleunigt zudem Innovationen und ermöglicht es, Effizienzreserven zu erschließen.

Die Maßnahmen sehen konkret vor:

- Künftig werden medizinische Versorgungszentren zugelassen. Diese Einrichtungen zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus, die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten. Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in diesen Zentren tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren werden - wie niedergelassene Ärzte - im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugelassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten von medizinischen Versorgungszentren der Weg in die eigene Niederlassung nicht erschwert oder verbaut wird, ist die Zulassung nach fünf Jahren für eine eigene freiberufliche Tätigkeit nutzbar.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausärztlich zentrierte Versorgungsformen anzubieten. Hierzu bekommen die Kassen in Direktverträgen mit Hausärzten Gestaltungsspielraum zur Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens. Für Versicherte ist die Teilnahme an hausarztzentrierten Versorgungsformen freiwillig.
- Die Krankenkassen können auf der Grundlage von Gesamtverträgen auch mit einzelnen Vertragsärzten Versorgungsverträge abschließen, deren Durchführung besondere qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Vergütungen für diese Versorgungsformen können auch zusätzlich zur Gesamtvergütung gezahlt werden; hierüber befinden die Vertragspartner in den Gesamtverträgen.
- Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Juristische und ökonomische Hemmnisse werden beseitigt. Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken zur Anschubfinanzierung zur Verfügung. Apotheken können in die integrierte Versorgung einbezogen werden. Die vertragsärztlichen Leistungsverpflichtungen werden in diesen Fällen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllt. Krankenkassen können entsprechende Verträge auch mit medizinischen Versorgungszentren abschließen.
- Für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen erfolgt eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung.

Im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) können Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet werden. Eine Teilöffnung zur ambulanten Versorgung kann ferner bei Unterversorgung in dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen, solange die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt.

- Zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern sowie zur Realisierung der geplanten Abschaffung des Arztes im Praktikum werden die finanziellen Rahmenbedingungen verbessert.

4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich

Bedeutend für eine gute Patientenversorgung ist, dass sich die ärztliche Vergütung nicht primär nach der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung richtet, sondern sich an der Morbidität und damit dem Versorgungsbedarf der Patienten orientiert. Deshalb wird die ärztliche Gesamtvergütung ab 2007 durch Regelleistungsvolumina abgelöst und die ärztlichen Leistungen bis zu einer Obergrenze mit festen Punktwerten vergütet. Im Einzelnen wird das Vergütungssystem wie folgt umgestaltet:

- Bis 2006 bildet die bisherige Gesamtvergütung die Obergrenze des von den Krankenkassen zu zahlenden Vergütungsvolumens. Bei der künftigen Anpassung der Regelleistungsvolumina ist die Morbidität der Versicherten zu berücksichtigen. Somit tragen die Kassen das Morbiditätsrisiko, jedoch nicht das Risiko steigender Arztzahlen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei der jährlichen Veränderung zu beachten. Für besondere Versorgungsformen und Leistungen können abweichende Vergütungsregelungen getroffen werden. Ab 2007 entfällt der Honorarverteilungsmaßstab. Eine einvernehmliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Jahr 2006 erleichtert den Übergang auf das neue Vergütungssystem.
- Die Leistungen des einzelnen Arztes werden - im Rahmen seines Regelleistungsvolumens - mit festen Punktwerten vergütet. Leistungen, die das Volumen überschreiten, werden stark abgestaffelt vergütet. Bestimmte Leistungen sind nur für bestimmte Arztgruppen mit entsprechender Qualifikation abrechenbar. Insgesamt soll die ärztliche Vergütung stärker auf Leistungskomplexe und Fallpauschalen ausgerichtet sein.

- Bis Ende 2006 werden die Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen und alten Ländern angeglichen. Das dafür erforderliche Finanzvolumen wird durch eine moderate Absenkung der ärztlichen Vergütung in den alten Ländern bereit gestellt.
- Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden effizienter gestaltet. Künftig sollen sie nur noch von entsprechend spezialisierten Personen durchgeführt werden. Über das Ergebnis ihrer Prüfungen legen sie regelmäßig Rechenschaftsberichte ab. Stichprobenprüfungen und Auffälligkeitsprüfungen bleiben nebeneinander bestehen. Auffälligkeitsprüfungen bei verordneten Leistungen erfolgen grundsätzlich bei Überschreiten einer Schwelle von 25 % der vereinbarten Richtgröße oder bei sonstigen erheblichen Auffälligkeiten. Auch weiterhin haben geprüfte Personen die Möglichkeit, den Beschwerdeausschuss anzurufen.

5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmittel

Die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt auf der Grundlage eines vielfältigen Angebots. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in diesen Bereichen sind in den letzten fünf Jahren überproportional angestiegen, ohne dass dies allein medizinisch zu begründen wäre. Deshalb sind steuernde Maßnahmen erforderlich, die die Effizienz der Versorgung in diesen Bereichen erhöhen. Vorgesehen ist:

- Die Festbetragsregelung wird weiterentwickelt: Auch patentgeschützte Arzneimittel, die keine nennenswerte therapeutische Verbesserung bewirken, werden künftig in die Festbetragsregelung eingezogen. Festbetragsgruppen können bereits gebildet werden, wenn diese mindestens drei patentgeschützte Arzneimittel enthalten. Bis die neue Festbetragsregelung wirksam wird, wird der Herstellerabschlag von 6 auf 16 % für verschreibungspflichtige Nichtfestbetragsarzneimittel im Jahr 2004 erhöht.
- Der neue Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln beauftragen. Die Nutzenbewertung hat empfehlenden Charakter. Über die Übernahme von entsprechenden Ergebnissen in die Arzneimittelrichtlinien entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Arzneimittelrichtlinien wirken als Empfehlungen für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie des Arztes.

- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Ausgenommen bleiben Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen. Ferner gelten Ausnahmen bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, für die nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Der Gemeinsame Bundesausschuss erarbeitet entsprechende Ausnahmen in seinen Arzneimittelrichtlinien. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.
- Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen wie z.B. Mittel gegen erektile Dysfunktionen werden von der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausgenommen.
- Die Arzneimittelpreisverordnung wird grundlegend umgestaltet. Die Apotheken erhalten künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis. Der Apothekenrabatt wird mit 2 Euro je Packung festgesetzt. Der Großhandelsabschlag wird so geregelt, dass übermäßige Belastungen der Apotheker vermieden werden. Die bisher geltende Arzneimittelpreisverordnung gilt für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die von den Kassen erstattet werden, fort. Für alle anderen nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel werden die Preise freigegeben. Der Preisabstand eines importierten Arzneimittels, zu dessen Abgabe der Apotheker verpflichtet ist, wird auf 15 % bzw. mindestens 15 Euro festgesetzt.
- Die aut-idem-Regelung wird vereinfacht. Künftig entfällt für die Apotheker die Ermittlung von Obergrenzen für das untere Preisdrittel des Arzneimittelmarktes. Dafür werden die Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel im unteren Preisdrittel festgesetzt.
- Krankenhausapotheken, die Arzneimittel für die ambulante Versorgung abgeben dürfen, vereinbaren Handelszuschläge mit den Krankenkassen.
- Apotheken können an vertraglich vereinbarten besonderen Versorgungsformen beteiligt werden. Die Angebote sind auszuschreiben. Im Rahmen von Ausschreibungen können die Krankenkassen in diesen Fällen die Höhe der Krankenkassenrabatte abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung vereinbaren.
- Unter Wahrung eines Höchstmaßes an Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit wird der Versandhandel mit Arzneimitteln zugelassen. Es werden faire Bedingungen für

den Wettbewerb von Versandapotheken mit öffentlichen Apotheken geschaffen. Versandapotheken können wie öffentliche Apotheken in die integrierte Versorgung einbezogen werden.

- Das Mehrbesitzverbot wird in Grenzen aufgehoben. Künftig darf ein Apotheker bis zu drei Filialapotheken betreiben. Das Fremdbesitzverbot bleibt bestehen.
- Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird das Festbetragskonzept weiterentwickelt. Festbeträge werden auf Bundesebene festgesetzt. Darüber hinaus wird den Krankenkassen die Möglichkeit zu Ausschreibungen über abweichende Vereinbarungen eingeräumt.

6. Reform der Organisationsstrukturen

Die Organisationsstrukturen der Krankenkassen und Leistungserbringer werden flexibler gestaltet und Bürokratie wird abgebaut. Hierzu werden die erforderlichen Voraussetzungen im Organisation-, Vertrags- und Leistungsrecht geschaffen:

- Das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht für die verschiedenen Kassenarten wird harmonisiert. Fusionen bedürfen bei allen Kassenarten der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden. Bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben. Bei geöffneten Betriebskrankenkassen müssen die Personalkosten in den Beitragssatz einbezogen werden. Für Betriebs- und Innungskrankenkassen, denen ein Betriebs- oder Innungsbezug fehlt, besteht bis 1. Januar 2007 ein Errichtungsmoratorium.
- Die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden gestrafft. Es wird ein hauptamtlicher Vorstand eingerichtet. Die Vertreterversammlung wird verkleinert. Im hauptamtlichen Vorstand tätige Ärzte können in begrenztem Umfang eine ärztliche Nebentätigkeit ausüben. Bestehen mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10.000 Mitgliedern in einem Land, werden diese zusammengelegt.
- An die Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse tritt ein Gemeinsamer Bundesausschuss. Er bildet Unterausschüsse für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung. Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Kranken-

hausgesellschaft). Der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt auch Aufgaben, die bisher in einer Vielzahl von Organisationen zur Qualitätssicherung erfüllt werden.

- Zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden Krankenkassen und Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten einzurichten.
- Krankenkassen und Kassen- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz- bzw. Umlageanteil ausweisen. Hierzu zählt auch die regelmäßige Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen.
- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen je Mitglied und ihrer Verbände werden bis zum Jahr 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Solange die Verwaltungskosten einer Krankenkasse je Mitglied um mehr als 10 % über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden sie eingefroren.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer werden verpflichtet, durch organisatorische und informationstechnische Maßnahmen sicherzustellen, dass notwendige Informationen über das Leistungsgeschehen zeitnah zur Verfügung stehen und zur Effizienzverbesserung im Gesundheitswesen genutzt werden können.

7. Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatzes

Die Versorgung mit Zahnersatz wird neu geordnet und künftig allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert. Dabei haben sie die Wahl zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Im Einzelnen ist vorgesehen:

- Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert. Gesetzliche Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Satzungsleistung anbieten. Gesetzlich Versicherte erhalten eine Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung (ohne Rückkehrmöglichkeit), wenn ein der GKV vergleichbarer Versicherungsschutz einer privaten Krankenversicherung für Zahnersatz vorliegt. Die Versicherung bei der privaten Krankenversicherung erfolgt zu den dort geltenden Konditionen.

- In die Satzung der gesetzlichen Krankenkassen sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften insbesondere Regelungen zum einheitlichen Leistungsumfang für Versicherte mit/ ohne Bonus und für Härtefälle aufzunehmen. Anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz wird es ab 2005 befundbezogene Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt die befundbezogenen Festzuschüsse fest.
- Die Finanzierung der Satzungsleistung erfolgt - getrennt vom übrigen Beitragsaufkommen - durch einen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festzusetzenden ausgabendeckenden, einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag je Mitglied. Der Beitrag wird allein von den Mitgliedern gezahlt; die beitragsfreie Familienmitversicherung bleibt erhalten. Dabei sind die Leistungsausgaben und Verwaltungskosten für Zahnersatz von den gesetzlichen Krankenkassen getrennt zu erfassen und getrennt im Haushalt zu veranschlagen.
- Es findet ein Ausgleich für Härtefälle zwischen den gesetzlichen Krankenkassen statt.

8. Neuordnung der Finanzierung

In die Neuordnung der Finanzierung werden alle relevanten Beteiligten im Gesundheitswesen eingebunden. Dabei wird sichergestellt, dass notwendige medizinische Leistungen allen zugänglich bleiben. Bei der Neuordnung der Zuzahlung wird sozialen Belangen besonders Rechnung getragen. Vorgesehen ist:

- Versicherungsfremde Leistungen werden künftig aus Steuermitteln mitfinanziert.
- Der Zahnersatz wird ab 2005 allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert. Versicherte können zwischen Angeboten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wählen.
- Ab dem Jahr 2006 wird das Krankengeld umfinanziert. Zur Beteiligung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung an den gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,5 % eingeführt, der nur von den Mitgliedern getragen wird. Der allgemeine Beitragssatz sinkt entsprechend und wird insoweit auch die Belastungen der Beitragszahler durch den zusätzlichen Beitragssatz im Ergebnis abmildern.

- Bestimmte Leistungen werden in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen. Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen künftig von den Versicherten selbst finanziert werden.
- Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird begrenzt auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.
- Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird zumutbar eingeschränkt. Übernommen werden künftig drei Behandlungsversuche. Die Altersgrenzen werden festgesetzt auf 25 bis 40 Lebensjahre bei Frauen bzw. bis 50 Lebensjahren bei Männern. Es muss ein Eigenanteil in Höhe von 50 % übernommen werden.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in engen Grenzen durch die GKV erstattungsfähig.
- Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet. Ausnahmen gelten nur nach Genehmigung durch die Krankenkassen.
- Die Zuzahlungsregelungen werden neu gestaltet und deutlich vereinfacht:
 - Grundsätzlich wird künftig eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von 10 % erhoben, es sind dabei allerdings nicht mehr als 10 Euro je Leistung zu zahlen. Mindestens müssen jeweils 5 Euro zugezahlt werden. Abweichend hiervon gilt bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege künftig eine Zuzahlung von 10 % je einzelner Leistung zuzüglich eines Betrages von 10 Euro für die gesamte Verordnung.
 - Bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Quartal und Behandlungsfall. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung, entfällt die Zuzahlung. Für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V fallen grundsätzlich keine Praxisgebühren an.
 - Bei einem stationären Aufenthalt (Krankenhaus, Reha) fallen täglich 10 Euro für maximal 28 Tage pro Jahr an.
 - Kinder bleiben grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.

- Um die soziale Balance sicherzustellen, werden folgende Befreiungs- und Überforderungsregelungen vorgesehen:
 - Für alle Versicherten einschließlich der Sozialhilfeempfänger gilt künftig für alle Zuzahlungen gleichermaßen eine Belastungsobergrenze in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens.
 - Auf Familien wird besonders Rücksicht genommen: Deshalb werden Freibeträge für Kinder und nicht berufstätige Ehegatten bei der Höhe des zugrundegelegten Einkommens zusätzlich berücksichtigt. Zudem gilt, dass Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr generell von allen Zuzahlungen befreit sind.
 - Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker wird durch eine Überforderungsklausel von 1% des Bruttoeinkommens im Jahr Rechnung getragen.

- Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern werden künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.

- Sozialhilfeempfänger, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden künftig mit GKV-Versicherten gleichbehandelt. Die Krankenkassen übernehmen für sie die Aufwendungen für Krankenbehandlung. Dabei ist wie bei GKV-Versicherten auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu achten. Die Sozialhilfeträger erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale bis zu 5 %.