

Fragen und Antworten zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006

I. Ausgangslage

Was sind die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung und wie werden sie gelöst?

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen wettbewerbsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird hierzulande als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Angesichts der Höhe und des Zuwachses der Gesundheitsausgaben müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ständig auf ihre medizinische Notwendigkeit, ihre Qualität und ihre Wirtschaftlichkeit überprüft werden.

Mit der Umgestaltung der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung erreichen wir, dass alle Menschen unabhängig von ihrer finanziellen Situation einen Versicherungsschutz haben, die Leistungen des Gesundheitswesens in gesicherter Qualität erbracht werden und Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung abgebaut werden.

Die Regeln für die Krankenkassen und die Leistungserbringer werden mit dem Ziel gestaltet, den Wettbewerb um die bessere und effizientere medizinische Versorgung zwischen den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern zu stärken. Die Patientinnen und Patienten werden mehr Wahlmöglichkeiten haben und sie werden sich noch besser als bisher über Leistungen und Kosten informieren können.

Der Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Privatversicherungen wird fairer, auch Privatversicherte sollen innerhalb der privaten Anbieter und auch zur GKV wechseln können.

II. Strukturreform

Was sind die wesentlichen Inhalte der Reform?

Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens werden modernisiert und neu geordnet.

Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies erreichen wir u.a. durch erweiterte Wahlmöglichkeiten, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Analyse von neuen Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen. Leistung und Qualität werden besser und verlässlicher entlohnt.

Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds schaffen wir die Voraussetzungen dafür, dass ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote erhöht werden können. Zusammen mit der erheblichen Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird damit die Grundlage für einen fairen Wettbewerb zugunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten unternommen.

Mit dem Einstieg in eine teilweise Steuerfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Finanzierung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig stellen wir sicher, dass jeder Kranke auch in

Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.

Die Wechsellmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird verändert. Das spezifische Geschäftsmodell der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen und die Schaffung eines Basistarifs für alle freiwillig Versicherten wird der Wettbewerb innerhalb der PKV und mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) intensiviert.

Gibt es künftig noch Bürgerinnen und Bürger ohne Versicherungsschutz?

Der weit überwiegende Teil der Bevölkerung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ein kleiner Teil in der privaten Krankenversicherung. Daneben gibt es einen geringen Anteil Nichtversicherter. Sie haben im Krankheitsfall keinen Versicherungsschutz. Ihre Zahl wird derzeit auf rund 200.000 geschätzt. Tendenz steigend. Künftig wird es für die gesamte Bevölkerung einen Versicherungsschutz geben. Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen. Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif, der das medizinisch Notwendige entsprechend dem Leistungskatalog der GKV umfasst. Somit wird Jede und Jeder in Deutschland einen umfassenden Schutz gegen Gesundheitsrisiken haben.

Wird Bürokratie abgebaut?

Die Krankenversicherung hat in den letzten Jahrzehnten „Speck“ angesetzt. Überflüssige und zunehmende Bürokratie sind auch Ausdruck eines in die Jahre gekommenen Gesundheitssystems. Das bekommen alle Beteiligten zu spüren. Der überbordende Verwaltungsaufwand hemmt eine moderne und zielgerichtete Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger.

Daher wird nun im gesamten System Bürokratie abgebaut. So wird etwa das ärztliche Vergütungssystem insgesamt transparenter und übersichtlicher gestaltet und notwendige Prüfmechanismen werden vereinfacht. Bürokratische Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser werden reduziert. Auch im Bereich der neuen, innovativen Versorgungsstrukturen, wie z.B. bei Chronikerprogrammen oder im Bereich der integrierten Versorgung kann durch transparentere und einheitlich ausgestaltete Regelungen unnützer Verwaltungsaufwand abgebaut werden. Und auch bei der Entscheidungsfindung in den Selbstverwaltungsgremien gilt es, verkrustete Strukturen aufzubrechen und so unnötigen Ballast über Bord zu werfen. Das alles kommt den Versicherten zu Gute. Sie werden künftig in einem effizienten Gesundheitssystem bestmöglich versorgt.

Was passiert bei den Ärztehonoraren?

Die Vergütung der ambulant tätigen Ärzte durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt momentan anhand eines sehr komplexen und schwer durchschaubaren Abrechnungsverfahrens. Der von der Selbstverwaltung festgelegte so genannte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) legt danach für alle abrechnungsfähigen Leistungen Punkte fest. Der geldmäßige Wert der Punkte schwankt jedoch, da das insgesamt für alle Ärzte zur Verfügung stehende Budget begrenzt ist und die Menge der abgerechneten Leistungen schwankt. Daher weiß der abrechnende Arzt heute nie genau, wie hoch das von der Kassenärztlichen Vereinigung für die Patientenbehandlungen überwiesene Honorar ausfallen wird. Zudem ist die Honorarverteilung immer noch nicht leistungsgerecht. Die Selbstverwaltung hatte bereits mit der letzten Gesundheitsreform den Auftrag erhalten, das Vergütungsverfahren gerechter zu gestalten. Es ist ihr jedoch nicht gelungen, eine leistungsgerechte Verteilung der Honorare zu gewährleisten.

Daher werden nun gesetzliche Änderungen herbeigeführt, die das Vergütungssystem vereinfachen und entbürokratisieren. Die Erarbeitung der Vergütungsreform wird professionalisiert. Künftig werden hauptsächlich Pauschalvergütungen auf der Basis von Euro und Cent für eine überschaubare Bezahlung sorgen. Für besondere Qualität werden Honorarzuschläge eingeführt.

Über- und Unterversorgung werden durch finanzielle Anreize beseitigt. Die bisherige Budgetierung wird abgeschafft und durch eine gerechtere Mengensteuerung ersetzt. Die Ärztinnen und Ärzte erhalten somit künftig mehr Kalkulationssicherheit. Durch mehr Verteilungsgerechtigkeit und Bezahlung nach Qualität rückt die Behandlung der Patienten wieder in den Mittelpunkt.

Darüber hinaus wird die Vergütung bei vergleichbaren Leistungen in GKV und PKV neu geregelt. Dazu wird ein Leistungsverzeichnis erstellt, das auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist. Die dort aufgeführten Leistungen sollen dann von PKV und GKV vergleichbar bezahlt werden. 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. Bei besonderer Qualität können auch innerhalb der GKV Zuschläge vereinbart werden.

Was geschieht gegen Ärztemangel?

In Deutschland gibt es mehr als 306.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Das bedeutet, dass ein Arzt in Deutschland heute durchschnittlich 269 Einwohner versorgen muss. Im Jahr 1992 waren es noch 322 Einwohner. Diese Zahlen machen deutlich, dass es genug Ärztinnen und Ärzte gibt. Dennoch kommt es in einigen ländlichen Regionen, besonders im Osten Deutschlands, zu Versorgungsengpässen.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung liegt bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie prüfen, ob die Zahl der Ärzte und Ärztinnen in einem Planungsbereich auch so hoch ist, wie in der Bedarfsplanung festgelegt worden ist. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Landesausschuss aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen handeln.

Mit dem jüngsten Vorhaben der Bundesregierung, dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz sind weitere Maßnahmen, die eine gute Versorgung sicherstellen, vorgesehen. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.

Die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Berufsausübung wird dann deutlich flexibilisiert und liberalisiert. So können Ärzte in Zukunft nicht nur eine Vollzulassung sondern auch eine Teilzulassung beantragen. Eine junge Ärztin kann dann zum Beispiel ein Kind betreuen und in Teilzulassung ihre Praxis weiter betreiben. Bisher war das nicht möglich. Jeder Arzt und jede Ärztin kann zudem frei wählen, ob er oder sie im Krankenhaus, in der niedergelassenen Praxis arbeitet oder über eine Teilzulassung beides macht.

Eine weitere Flexibilisierung wird dadurch erreicht, dass die ärztliche Tätigkeit in Zukunft nicht mehr nur auf einen KV-Bezirk beschränkt wird. Ein Arzt und eine Ärztin können dann neben der Tätigkeit in ihrer Hauptpraxis auch an weiteren Orten – in unterversorgten Gebieten – tätig werden. Darüber hinaus besteht für die Ärzte in Zukunft die Möglichkeit sich in überörtlichen fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften zusammenzuschließen. Also zum Beispiel eine Berufsausübungsgemeinschaft in Mainz, Mannheim und Wiesbaden zwischen Kardiologe, Allgemeinmediziner und Neurologe zu gründen.

Was tun wir für die neuen Länder?

Trotz der bundesweit ausreichenden hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung besteht in einigen Regionen kurz- und mittelfristig die Gefahr von Versorgungsengpässen. Zum Vergleich: In Berlin versorgt ein Vertragsarzt 531 Einwohner. In Brandenburg ist die Vertragsarztdichte (*ambulant*) dagegen deutlich geringer. Hier kommen statistisch 825 Einwohner auf einen Vertragsarzt.

Dieser Entwicklung will die Bundesregierung durch ein Bündel von Maßnahmen, die im Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz vorgesehen sind, entgegenwirken. So wird zum Beispiel in Regionen, in denen sich Engpässe abzeichnen oder bereits existieren, die Altersgrenze von 55 Jahren für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung aufgehoben. Ärztinnen und Ärzte können in diesen Gebieten darüber hinaus auch länger als bis zum 68. Lebensjahr arbeiten.

Zudem erhält der aus Vertretern der Ärzte und Krankenkassen bestehende Landesausschuss die Kompetenz, zusätzlich lokalen Versorgungsbedarf festzustellen. Damit wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eingeräumt, an die Vertragsärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen auch wenn

bei globaler Betrachtung keine Unterversorgung vorliegt. Wenn also zum Beispiel in einem Planungsbereich zwar genug Ärztinnen und Ärzte tätig sind, dennoch aber Versorgungsengpässe bestehen, weil sich die Praxen in den Städten konzentrieren.

Schließlich ist zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Ärzten, Zahnärzten und Hebammen in den neuen Ländern vorgesehen, dass der dort immer noch geltende Vergütungsabschlag für privatärztliche und –zahnärztliche Leistungen sowie für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben wird. Mit dem Wegfall des Vergütungsabschlags wird für den jeweiligen Bereich erstmalig seit der Wiedervereinigung ein im gesamten Bundesgebiet einheitliches Vergütungsniveau erreicht.

Mehr Wettbewerb – mehr Wahlmöglichkeiten

Wird es Veränderungen in der Kassenlandschaft geben?

Bisher ist die Kassenlandschaft sehr unübersichtlich. Derzeit existieren über 250 gesetzliche Krankenkassen. Künftig werden Zusammenschlüsse von Kassen erleichtert. Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. Das hilft, Bürokratie und Kosten zu sparen und kommt damit letztlich den Versicherten zu gute. Denn nur Kassen, die eine gute Verhandlungsposition haben, können für ihre Versicherten günstige Versorgungsformen und Rabattverträge aushandeln.

Wird es mehr Wettbewerb bei den Kassen geben? Wie?

Bisher steht der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen noch am Anfang. Grund dafür ist unter anderem die Unübersichtlichkeit der Kassenlandschaft sowie fehlende Transparenz für die Versicherten.

Der neue Gesundheitsfonds wird für mehr Wettbewerb sorgen. Denn aus diesem Fonds erhalten alle Krankenkassen ihre Finanzmittel, und zwar so organisiert, dass sie eine vergleichbare Ausgangsbasis haben (siehe „Fonds“). Kommen Krankenkassen nicht mit den Fondsmitteln aus, stehen ihnen viele Möglichkeiten

zur Verfügung, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren und dadurch ihre Fehlbeträge auszugleichen. Zum Beispiel können sie ihren Versicherten Kosten sparende Tarife (Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife usw.) anbieten.

Führt dies nicht zum Erfolg, kann die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags wird der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit der Einziehung beauftragen.

Der Zusatzbeitrag darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden.

Kassen, die Überschüsse erzielen, sollen diese auch an ihre Versicherten ausschütten.

Damit erhalten die Versicherten klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkasse. Das Fondsmodell zwingt damit das Management der Kassen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven intensiv zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Dies ist eine elementare Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten durch erweiterte Wahlmöglichkeiten zugute kommt.

Wird es mehr Wettbewerb bei Apotheken geben?

Schon mit der Gesundheitsreform 2004 wurde der Wettbewerb bei Apotheken verstärkt. So wurde der Versandhandel zugelassen. Mittlerweile gibt es über 1.400 zugelassene Versandapotheken. Von diesen neuen Möglichkeiten machen mittlerweile immer mehr Menschen Gebrauch. Auch das Mehrbesitzverbot ist gelockert worden. Ein Apotheker darf nunmehr bis zu vier Apotheken führen. Das erhöht den Wettbewerb zwischen den einzelnen Apotheken und steigert die Kundenorientierung. Die Gewinner sind die Versicherten.

Daran knüpfen wir an. Künftig wird den Apotheken beispielsweise weitergehender Spielraum für direkte Verhandlungen mit der Pharmaindustrie eröffnet.

„Bestmögliche Qualität zum bestmöglichen Preis!“ ist ein Prinzip, das im Alltag für jede und jeden von uns selbstverständlich ist. Warum soll das nicht auch im Gesundheitswesen gelten? Warum sollen die Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken die Preise und die Qualität von Leistungen nicht noch stärker untereinander aushandeln können? Das wollen wir ändern.

Bekommen die Versicherten demnächst direkt eine Rechnung vom Arzt?

Es ist schon heute so, dass jede Patientin und jeder Patient das Recht auf eine Arzt-Quittung hat. Das wurde mit der Gesundheitsreform 2004 eingeführt. Fragen Sie Ihren Arzt!

Zudem können Krankenkassen die Kostenerstattung zukünftig auch als Wahltarif anbieten. Dabei soll vor Einführung des neuen Vergütungssystems für ambulante Vertragsärzte geprüft werden, inwieweit das Abrechnungssystem bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für die Versicherten transparenter gemacht werden kann und direkte Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten / Vertragszahnärzten geschaffen werden können.

Was passiert mit dem 2004 eingeführten Hausarztmodell?

Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte und Versicherte freiwillig.

Das Hausarztmodell bedeutet, dass Patientinnen und Patienten sich für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden können. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt, so dass dieser stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten.

Durch die Gesundheitsreform 2004 haben bis heute bereits rund 22 Millionen Versicherte die Möglichkeit, sich in ein Hausarztprogramm ihrer Krankenkasse einzuschreiben.

Was wird aus der integrierten Versorgung?

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde als neue Form die integrierte Versorgung eingeführt und finanziell gefördert. Von den bislang über 2.200 integrierten Versorgungsangeboten mit einem Vergütungsvolumen von rund 500 Millionen Euro profitieren vor allem die Patientinnen und Patienten. Ärzte und Krankenhäuser stimmen die jeweiligen Therapieziele untereinander ab. Die Behandlung folgt definierten Behandlungspfaden. Dadurch können Mehrfachuntersuchungen vermieden und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt werden. Es ist aber bisher noch nicht gelungen, Integrierte Versorgung flächendeckend für große Bevölkerungsgruppen anzubieten.

Das soll sich ändern: Integrierte Versorgungsangebote soll es zukünftig für größere Regionen geben. Und die Verträge sollen möglichst für die umfassende Behandlung ganzer Krankheitsbilder geschlossen werden, z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention, Bandscheibenerkrankungen. Vor allem bei der Behandlung von Volkskrankheiten kann die integrierte Versorgung ihr ganzes Potential entfalten und eine optimale Versorgung sicherstellen. Um diese Entwicklung zu unterstützen, wird die Anschubfinanzierung für Verträge zur Integrierten Versorgung vorerst verlängert.

Um die Behandlung der betroffenen Patienten weiter zu verbessern, können die Kliniken für so genannte hochspezialisierte Leistungen künftig stärker in die ambulante Versorgung einbezogen werden. Dafür wird eine angemessene Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt.

Künftig sollen auch Leistungen der Pflegeversicherung gezielt in integrierte Versorgungsangebote einbezogen werden. Ältere Menschen werden von einer besseren Zusammenarbeit im Gesundheitswesen profitieren. Sie leiden besonders häufig an chronischen Krankheiten.

Wird es neue Leistungen geben?

Ja, es sollen auch bestehende Defizite in der medizinischen Versorgung abgebaut werden. Deshalb werden z.B. Leistungen der empfohlenen Impfvorsorge und die Mutter- oder Vater-Kind-Kuren Pflichtleistungen der

Krankenkassen. Bisher können die Kassen solche Kosten nur übernehmen, wenn sie es in ihren Satzungen vereinbart haben.

Damit wird die Gesundheitsvorsorge gestärkt. Mit dem Präventionsgesetz wird diese Vorsorge weiter ausgebaut werden. Bereits jetzt sollen die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Selbsthilfeförderung – speziell über eine Gemeinschaftsförderung – verbessert werden.

Darüber hinaus soll es eine dem Bonusheft beim Zahnersatz vergleichbare Förderung der Vorsorge geben. Die Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung und Vorsorgeleistungen soll für die Gruppe der 45- bis 55-Jährigen durch eine Bonus-Regelung gesteigert werden. Wer chronisch krank wird, für den sollte nur dann die Überforderungsklausel (1 Prozent) gelten, wenn er die wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen hat oder sich hinreichend an einer adäquaten Therapie beteiligt. Die Eingrenzung auf diese Altersgruppe folgt der Erkenntnis der Fachleute, dass die Vorsorge in diesem Alter besonders wichtig und deshalb besonders erfolgreich ist.

Die geriatrische Rehabilitation wird zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Denn alte Menschen benötigen oft besondere, ihrer körperlichen und geistigen Konstitution angepasste Formen der Rehabilitation.

Außerdem sollen Defizite in der Versorgung Sterbender abgebaut werden. Es muss allen Menschen ermöglicht werden, ohne unnötige Leiden in Würde – und wo immer möglich und gewünscht – zu Hause bis zum Tod betreut zu werden. Heute gibt es zwar Hospize und Palliativstationen der Krankenhäuser, aber bei weitem nicht ausreichend. Vor allem die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung sind unzureichend.

Deshalb soll für die betroffenen Patientinnen und Patienten ein eigenständiger Leistungsanspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ eingeführt werden. Dabei sollen Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten.

Werden Leistungen ausgegrenzt?

Nein. Allerdings wird die bisherige Vorschrift, dass Krankenkassen keine Kosten bei Selbstverschulden übernehmen müssen, präzisiert. Bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit z.B. Piercing, Tätowieren oder Schönheitsoperationen muss in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden.

Geschieht etwas gegen den anfallenden Arzneimittelmüll?

Ja. Gemeinschaftseinrichtungen wie Hospize und Pflegeheime soll die Weiterverwendung nicht gebrauchter Arzneimittel erlaubt werden. Der Umgang mit Arzneimitteln in Gemeinschaftseinrichtungen gewährleistet auch bei der Weitergabe Sicherheit und Qualität. Darüber hinaus sollen Apotheken leichter einzelne Arzneimittel abgeben können (Auseinzelung).

Was wird gegen hohe Preise bei neuen Arzneimitteln getan?

Neue Arzneimittel, die die Therapie für Patientinnen und Patienten verbessern, sollen ihnen direkt zugute kommen – auch wenn sie teuer sind. Beinhaltet ein neu zugelassenes Medikament jedoch keinen therapeutischen Fortschritt, soll die gesetzliche Krankenversicherung auch keine höheren Preise dafür zahlen. Deshalb wird es eine Kosten-Nutzen-Bewertung geben, die sicher stellt, dass die Krankenkassen nur dann höhere Preise zahlen, wenn ein Medikament auch besser hilft. Es wird also keinen Automatismus mehr geben, dass die Krankenkassen für jede teure Neuzulassung die von den Herstellern festgesetzten Preise bezahlen.

Bereits mit dem Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wird dafür gesorgt, dass die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen bleiben. Die damit ermöglichten Rabattverträge von Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern sollen nun auch für Apotheken möglich werden.

Was ändert sich bei den Strukturen der Selbstverwaltung?

Auch die Strukturen der Selbstverwaltung müssen sich der neuen Gesundheitsversicherung anpassen. Die Einrichtungen der Selbstverwaltung sollen konzentrierter, transparenter und schneller handeln. Das betrifft die Organisation der Krankenkassen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände bilden auf Bundesebene einen Spitzenverband – bisher gibt es sieben Spitzenverbände, die in einer Arbeitsgemeinschaft organisiert sind.

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

Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestrafft und transparenter gestaltet. Die Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein. Die Entscheidungsgremien 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.

Verhältnis GKV und PKV

Wird es Wettbewerb auch innerhalb der PKV geben?

In der privaten Krankenversicherung findet – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung – bislang kein echter Wettbewerb statt. Die dort Versicherten können zum einen in aller Regel nicht zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln. Zum anderen kann auch ein Wechsel innerhalb des Systems der PKV nicht ernsthaft in Betracht gezogen werden. Denn dadurch,

dass die in der Prämienkalkulation der PKV berücksichtigten Alterungsrückstellungen bislang bei einem Versicherungswechsel nicht übertragen werden können, ist der Wechsel in finanzieller Hinsicht nahezu vollständig ausgeschlossen.

Der Wettbewerb wird künftig auch in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Ein Wechsel zwischen den Versicherungsunternehmen wird dadurch erleichtert, dass die Unternehmen verpflichtet werden, Versicherte aufzunehmen, die bislang bei anderen Unternehmen in vergleichbaren Tarifen versichert waren. Flankierend wird die Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen eingeführt. Ein gerechtes Nebeneinander von GKV und PKV erfordert einen in beiden Systemen gleichermaßen funktionierenden Wettbewerb. Dies erhöht die Qualität, die Serviceorientierung und die Wirtschaftlichkeit beider Systeme.

Was ist der "Basistarif", den die PKV zukünftig anbietet?

Die PKV wird zukünftig einen Basistarif anbieten. Der Leistungsumfang dieses Basistarifs entspricht dem der GKV-Leistungen. Wer in diesen Basistarif wechselt, muss sich keiner Gesundheitsprüfung unterziehen. Auch sein Alter oder sein Geschlecht werden nicht bei der Auswahl berücksichtigt. Es gibt keinen Leistungsausschluss. Die Prämien sollen bezahlbar sein.

Menschen, die privat versichert waren und ihren Versicherungsschutz verloren haben, müssen von der PKV in den Basistarif wieder aufgenommen werden.

III. Finanzierungsreform

Was passiert bis zum Start des Gesundheitsfonds?

Wir sichern den Leistungskatalog und stellen die Finanzierung auf eine sichere Basis. Das Jahr 2007 ist ein Übergangsjahr bis zur neuen Finanzierung mit dem Gesundheitsfonds ab dem 01.01.2008. Die Koalition aus CDU/CSU und SPD hat eine Vielzahl von Strukturmaßnahmen verabredet. Dadurch ergeben sich Einsparungen, die teilweise erst mittelfristig eintreten. Da kann es sein, dass die Beitragssätze angehoben werden. Die Alternativen wären Leistungskürzungen gewesen, die wir in keinem Fall wollen.

Zum Start ist der Fonds mit ausreichenden Finanzreserven ausgestattet, bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden.

Wird die Beitragsbemessungsgrenze erhöht?

Nein. Die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze werden nicht erhöht. Im Jahr 2006 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei einem jährlichen Bruttogehalt von 42.750 Euro, das entspricht 3.562,50 Euro pro Monat. Das darüber liegende Einkommen wird nicht in die Beitragsberechnung einbezogen. Die Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2006 bei 47.250 Euro oder 3.937,50 Euro pro Monat. Die Versicherungspflichtgrenze legt fest, bis zu welcher Höhe des jährlichen Bruttoarbeitsentgelts Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Versicherungspflicht in der (GKV) unterliegen.

Der Gesundheitsfonds

Warum brauchen wir einen Fonds?

Der Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Mit dem Fonds wird das Finanzierungssystem auf ein neues Fundament gestellt. Der Gesundheitsfonds ist ein wichtiger Beitrag dazu, das Gesundheitssystem für alle durchschaubarer zu machen, Bürokratie abzubauen und den Wettbewerb unter den Kassen anzukurbeln. Das wiederum kommt besonders den Versicherten zu Gute: die Kassen betreiben künftig Wettbewerb um den besten Service für die Versicherten.

Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds schaffen wir die Voraussetzungen, ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote zu erhöhen. Zusammen mit der erheblichen Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird damit die Grundlage für einen scharfen, aber gleichzeitig fairen Wettbewerb zugunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten unternommen.

Welche Vorteile bringt ein Fonds?

Das Fondsmodell bringt erhebliche Vereinfachungen für alle Seiten und ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau. Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge und müssen diese auch nicht mehr selbst einziehen. Dies erledigt künftig der Fonds. Derzeit sind ca. 30.000 Kassenmitarbeiter mit der Beitragserhebung beschäftigt. Künftig fällt dieses komplizierte Einzugssystem weg. Die damit entlasteten Kassenbeschäftigten können sich mehr um den Service für ihre Versicherten kümmern.

Welche Mittel fließen künftig in den Gesundheitsfonds?

In den Gesundheitsfonds fließen die Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber. Außerdem erfolgt die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) künftig teilweise aus Steuermitteln. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro geleistet. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Auch der steuerfinanzierte Zuschuss fließt in den Fonds.

Wie funktioniert der Fonds?

Der Fonds erhebt Beiträge von den Versicherten und den Arbeitgebern. Sie werden nicht einfach an die Kassen weiter verteilt, sondern in eine Grundpauschale pro Versicherten umgewandelt. Das bedeutet: Jede Krankenkasse erhält für jede Versicherte und jeden Versicherten den gleichen Betrag. Auch für Kinder wird ein kostendeckender Betrag kalkuliert. Der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der Risikostrukturausgleich (RSA), wird über den Fonds erfolgen. Der RSA wird allerdings stark vereinfacht (siehe unten).

Der Gesundheitsfonds regt außerdem den Wettbewerb unter den Krankenkassen an. Dadurch erhalten die Versicherten klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können künftig besser erkennen, ob ihre Kasse gut wirtschaftet oder schlechter ist als andere Kassen. Das geschieht so: Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen,

müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Die Kassen werden angehalten, die Versorgung ihrer Versicherten so effizient wie möglich zu organisieren. Dafür stehen ihnen eine Reihe von bestehenden und neuen Möglichkeiten zur Verfügung. Die Kassen können ihren Versicherten Kosten sparende Tarife (z.B. Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife) anbieten. Erst wenn auch diese Kosten sparenden Wege nicht ausreichen, können die Kassen einen Zusatzbeitrag von ihren erwachsenen Versicherten erheben. Sie können selbst entscheiden, ob dieser Zusatzbeitrag pauschal oder am Einkommen ihrer Mitglieder orientiert erhoben wird. Der Zusatzbeitrag darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten (entsprechend der geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen). Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden. Kassen, die besser wirtschaften und Überschüsse erzielen, können ihren Mitgliedern eine Rückerstattung gewähren.

Wer organisiert den Beitragseinzug? Wird es eine neue Behörde geben?

Der Beitragseinzug wird stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen die Beiträge ihrer Beschäftigten nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen entrichten, sondern nur noch an eine einzige Stelle in ihrer Region. Auch die über 250 Krankenkassen müssen nicht mehr jede für sich die Beiträge selbst einziehen. Künftig wird der Einzug auf regional organisierte Einzugsstellen verlagert. Fazit: Der Gesundheitsfonds entlastet die Kassen und die Betriebe, vereinfacht die Abläufe, baut überflüssige Bürokratie ab.

Was wird aus dem Risikostrukturausgleich (RSA)?

Mit dem Gesundheitsfonds ist eine erhebliche Vereinfachung und Entbürokratisierung des Risikostrukturausgleichs (RSA) verbunden: Weil die einkommensbezogenen Beiträge in einen Fonds fließen, wird der bislang greifende Finanzkraftausgleich im RSA überflüssig. Das Umverteilungsvolumen wird dadurch deutlich niedriger. Die Kassen erhalten aus dem Fonds künftig für ihre Versicherten neben der Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Damit werden die je nach Kasse unterschiedlichen Altersstrukturen und Gesundheitsrisiken der Versicherten ausgeglichen.

Die Einführung des Fondsmodells erlaubt einen vereinfachten und zielgenauen Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen. Mit der Verlagerung des RSA in den Fonds wird das heutige komplizierte Ausgleichsverfahren zwischen den Kassen abgeschafft. Damit gibt es künftig keine Unterscheidung mehr zwischen "Zahlerkassen" und "Empfängerkassen". Der Gesundheitsfonds ermöglicht, dass alle Kassen die gleichen Startvoraussetzungen erhalten.

Bisher erfolgt der RSA zwischen den Kassen in einem komplexen Verfahren, das das Bundesversicherungsamt durchführt. Der RSA wurde 1994 eingeführt, um Wettbewerbsnachteile von Krankenkassen mit ungünstigen Versichertenstrukturen abzubauen. Beim RSA-Verfahren wird die Finanzkraft jeder Kasse ermittelt. Finanzkräftige Kassen leisten Ausgleichszahlungen für weniger finanzkräftige Kassen, sog. "Empfängerkassen".

Was ändert sich für die Arbeitnehmer? Welche Vorteile bringt der Fonds?

Der Fonds erhebt künftig den Beitrag der Arbeitnehmer. Der Beitragssatz wird gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern entspricht der heutigen Relation.

Die Beiträge, die von den Arbeitnehmern in den Fonds fließen, bleiben lohnbezogen. Kinder und Jugendliche bleiben wie nicht erwerbstätige Ehegatten beitragsfrei mitversichert.

Der Gesundheitsfonds macht das System für die Versicherten durchschaubarer. Das bedeutet: Alle Versicherten haben künftig einen klaren Blick darauf, ob eine Kasse gut haushaltet und die bestmöglichen Verträge mit den Leistungsanbietern abschließt oder eben nicht. Dies wird mit Hilfe des Fonds transparent. Insofern ist der Fonds ein hervorragendes Instrument, um für mehr Wettbewerb in der Kassenlandschaft, mehr Wahlmöglichkeiten, Tarifangebote und klare Preissignale für die Versicherten zu sorgen. Die Kassen geraten stärker unter den Druck, die Beitragsmittel effizient einzusetzen. Das alles kommt ausdrücklich dem Patienten zugute.

Welche Vorteile bringt der Fonds für Arbeitgeber?

Der bürokratische Aufwand für die Unternehmen wird deutlich reduziert: Der nunmehr einheitliche Arbeitgeberbeitrag ist nicht mehr an zahlreiche Einzelkassen mit unterschiedlichen Beitragssätzen, sondern nur noch an eine Stelle in der jeweiligen Region abzuführen.

Was passiert bei steigenden Ausgaben?

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 Kosten sparende Tarife (Hausarztmodelle, usw.) anbieten. Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden. Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags 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 von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen.

Werden auch die Leistungserbringer zur besseren Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen?

Ja. Um die Krankenhäuser als größten 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.

Mit der Umstellung der Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise wird es möglich, dass auch die Apotheker mit den Pharmaherstellern niedrigere Preise vereinbaren können. Daraus resultierende Preisvorteile sind in angemessener Höhe an die Versicherten bzw. Krankenkassen weiterzugeben.

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

Die bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. Neue Wirkstoffe werden im Rahmen der Zulassung auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität nur für eine kleinere Zahl von Patienten geprüft, relevant ist bisher jedoch nicht, ob neue Wirkstoffe etablierten Substanzen überlegen sind. Es ist sachgerecht, im Hinblick auf die Patientensicherheit neue Wirkstoffe zurückhaltend anzuwenden und zwar für die Patientinnen und Patienten, bei denen eine therapeutische Verbesserung zu erwarten ist. Diese Beschränkung ist auch aus Kostengründen geboten.

Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung werden nicht nur Arzneimittel untereinander verglichen, sondern auch mit anderen Behandlungsmethoden, die bei dem jeweiligen Leiden alternativ Anwendung finden könnten.

Die Verordnung von kostenintensiven bzw. 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 Ärzten erfolgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die freie Arztwahl bleibt dabei erhalten. Dadurch soll verhindert werden, dass diese speziellen und kostenintensiven Arzneimittel nicht unnötig verordnet werden.

Im Bereich der Fahrtkosten sind die Ausgaben überproportional angestiegen. Hier werden Ausgabenabschläge zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und

Leistungserbringer in Höhe von 3 Prozent vorgenommen. In diese Abschläge sind auch Rettungsfahrten einzubeziehen.