

# GesundheitsKompakt

Die direkte Information für den Düsseldorfer Süden

09.03.2007

Sonderausgabe

Karin Kortmann

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Genossinnen und Genossen,

kaum ein Thema wurde und wird so kontrovers diskutiert wie die Gesundheitsreform 2007. Mit dieser Ausgabe von GesundheitsKompakt will ich Ihnen einen Überblick über die Reform geben, weitere Informationsquellen nennen und Sie ermutigen, sich mit dieser Reform auseinander zu setzen und sich umfassend zu informieren.



Das Ziel war immer, das Gesundheitswesen auch in Zukunft leistungsfähig, finanzierbar und vor allem solidarisch zu halten. Alle Menschen sollen die medizinische Versorgung erhalten, die sie brauchen, und am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Um den Ansprüchen einer soliden und solidarischen Reform gerecht zu werden, packt die Gesundheitsreform vier Bereiche an:

1. die Einführung einer Krankenversicherung für alle,
2. die Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenorganisation,
3. die Finanzen und
4. die Private Krankenversicherung.

Politisches Ziel bleibt für die SPD weiterhin die solidarische Bürgerversicherung, auch wenn wir sie mit dem jetzigen Koalitionspartner zur Zeit nicht umsetzen können. Mit der Gesundheitsreform haben wir wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen. Wir, die SPD, haben dieser Reform eine eindeutige Handschrift gegeben. Es darf aber nicht vergessen werden, dass es sich um einen Kompromiss handelt, das Ergebnis eines politischen Prozesses.

Die Verhandlungen mit dem Koalitionspartner waren hart, das war uns Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten von vornherein klar. Die beiden Modelle - die Kopfpauschale der CDU/CSU und die solidarische Bürgerversicherung der SPD - zur Reform unseres Gesundheitswesens liegen weit auseinander. Die Verhandlungsführer der SPD-Bundestagfraktion haben entscheidende Verbesserungen für die Menschen durchsetzen und einschneidende Ungerechtigkeiten verhindern können.

Von dem beschlossenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) werden alle profitieren, die Versicherten, Patientinnen und Patienten und auch die Ärztinnen und Ärzte. Die Ärzte bekommen eine transparente, moderne Gebührenordnung und die Patienten eine gesicherte, finanzierbare Gesundheitsversorgung mit allen medizinisch notwendigen Leistungen.

Bitte nutzen Sie die zahlreichen Angebote, z.B. im Internet oder die Telefonhotlines, sich zu informieren. Ich bin sicher, dass viele offene Fragen schnell geklärt werden können.

Mit den besten Grüßen

Karin Kortmann



## Gesundheitsreform 2007

Die Gesundheitsreform 2007 beinhaltet Reformen in vier wesentlichen Bereichen:

- die Einführung einer Krankenversicherung für alle
- eine Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenorganisation
- eine Reform der Finanzierungsordnung
- eine Reform der privaten Krankenversicherung

### Drei entscheidende Gründe für die Reform:

1. Jeder und jede ist künftig gegen das Risiko Krankheit versichert. Für Menschen ohne diesen Schutz heißt es jetzt: Willkommen in der Solidarität!
2. Der Gedanke, Prävention vor Behandlung, und Reha vor Pflege soll sich konsequent durch die gesamte Versorgung ziehen. Insbesondere für ältere Menschen bedeutet dies ein Mehr an Angeboten, um so lange wie möglich selbständig leben zu können. Auch Schwerstkranken wird künftig besser geholfen.
3. Gesundheit bleibt bezahlbar, Wettbewerb ist für uns kein Selbstzweck, sondern er dient einem Ziel: Jeder Euro muss dahin fließen, wo er am meisten für die Versorgung kranker Menschen gebraucht wird.

### Die wichtigsten 10 Inhalte der Reform auf einen Blick:

1. Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleibt bestehen.
2. Die SPD konnte eine allgemeine Versicherungspflicht durchsetzen, die ab 1.1.2009 in Kraft tritt.
3. Es ist die erste Gesundheitsreform ohne Leistungskürzungen und ohne weitere Zahlungen.
4. Die Versicherten erhalten mehr Leistungen, mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Versorgung.
5. Es wird mehr Transparenz und Effektivität bei den Finanzströmen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht.

6. Der bürokratische Aufwand wird bei allen Beteiligten vermindert.
7. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben werden zunehmend aus Steuermitteln finanziert.
8. Die unterschiedliche Einnahmestruktur und die krankheitsbedingten Ausgaben der einzelnen Gesetzlichen Krankenkassen werden solidarischer als bisher ausgeglichen.
9. Die Private Krankenversicherung (PKV) kann sich ihre Versicherten nicht mehr aussuchen. Sie darf im neuen Basistarif ohne Risikoprüfung niemanden mehr ablehnen.
10. In der PKV wird durch die Möglichkeit der Mitnahme der Alterungsrückstellungen (Portabilität) erstmals Wettbewerb realisiert.

### Der zeitliche Ablauf der Reform: Was kommt wann?

#### 01.04.2007

#### Pflicht zur Versicherung/Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Versicherungspflicht in der GKV für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher gesetzlich versichert waren.
- Anwartschaften: Ausweitung auf neue Personengruppen
- Krankenkassenbeitrag für Selbständige: Absenkung des Mindestbeitrags möglich

#### Medizinische Versorgung

- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser
- Ausbau der Palliativversorgung
- Finanzielle Verbesserungen für Träger von Kinderhospizen
- Anspruch auf geriatrische Rehabilitation sowie auf alle anderen medizinischen Reha-Leistungen
- Impfungen und Vater-/Mutter-Kind-Kuren sind Pflichtleistungen
- Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Verbesserung der Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege

- Erstattungsfähigkeit der häuslichen Krankenpflege in Wohngemeinschaften und anderen neuen Wohnformen
- Zertifizierungspflicht für Rehabilitationseinrichtungen
- Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution für die Messung, Darstellung und Dokumentation der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen

- Finanzielle Beteiligung von Versicherten an den Folgekosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahmen (Schönheitsoperationen)

#### Integrierte Versorgung

- Förderung der flächendeckenden Integrierten Versorgung
- Einbindung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung

#### Arzneimittel

- Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen
- Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- Abgabe von einzelnen Tabletten an Patienten
- Verbesserung des Schutzes der Arzneimittel-daten
- Anhebung des Apothekenrabatts auf 2,30 Euro
- Besondere Anforderungen für Anwendungsbeobachtungen
- Weitergabe von nicht benutzten, zentral bevorrateten Betäubungsmitteln in Gemeinschaftseinrichtungen (Hospizen, Pflegeheimen)

#### Mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Wettbewerb, weniger Bürokratie

- Entwicklung von Maßnahmen gegen den Missbrauch der Versichertenkarten
- Öffnung der Bundesknappschaft
- Kassenartenübergreifende Fusionen sind möglich

#### Wahlmöglichkeiten für Versicherte

- Neue Wahltarife für Versicherte: für besondere Versorgungsformen, Selbstbehalte und Kostenerstattung
- Freie Wahl der Rehabilitationseinrichtung

#### 01.07.2007

#### Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung

- stark verbesserter Standardtarif für Nichtversicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind

#### 01.07.2008

#### Spitzenverband Bund der Krankenkassen

- Der Spitzenverband ersetzt die Krankenkas-

#### sensspitzenverbände

- Gründung eines Medizinischen Dienstes auf Bundesebene durch den Spitzenverband

#### 01.11.2008

#### Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes

#### 01.01.2009

#### Versicherungsschutz

- Pflicht zur Versicherung für alle
- Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung
- Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens (bis 30.06.2009)
- Überführung des Standardtarifs in den neuen Basistarif
- Öffnung der Seekrankenkasse
- Start des Gesundheitsfonds und des neuen Risikostrukturausgleichs (RSA) für Krankenkassen
- Einführung des einheitlichen Beitragssatzes
- Einführung einer neuen vertragsärztlichen Euro-Gebührenordnung

#### Wahlmöglichkeiten für Versicherte

- Wahltarife für den individuellen Krankengeldanspruch

#### 01.01.2011

#### Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Bündelung des Beitragseinzugs

### Fragen und Antworten zu den neuen Regelungen

Es gibt Hunderttausende Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall, also Nichtversicherte. Wird es hier Änderungen geben?

Ja! Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte wird es eine Pflicht zur Versicherung geben. Dann muss in Deutschland niemand mehr ohne Absicherung im Krankheitsfall sein. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird ab dem 1.4.2007 eine Pflicht zur Versicherung für den der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordneten Personenkreis eingeführt.

In der privaten Krankenversicherung gibt es ab dem 1.7.2007 ein Beitrittsrecht in den Standard-

tarif und ab dem 1.1.2009 eine Pflicht zur Versicherung für alle Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind und zwar im Mindestumfang von ambulanter und stationärer Heilbehandlung mit maximalem Selbstbehalt von 5000 Euro. Diese Personen können sich auch im Basistarif versichern, müssen es aber nicht.

Ab 1.1.2009 gilt die umfassende Pflicht zum Abschluss einer Versicherung für alle Einwohner. Wer bereits über einen Versicherungsschutz oder vergleichbare Ansprüche im Krankheitsfall verfügt, hat diese Pflicht automatisch erfüllt.

## 2. Was ist der Grundgedanke der jetzt vereinbarten Pflicht zur Krankenversicherung?

Die allgemeine Pflicht zur Versicherung ist ein Meilenstein in der deutschen Sozialgeschichte. Die moderne, umfassende Versorgung im Krankheitsfall können auch Gutverdiener nicht bezahlen. Die Folgen eines Schlaganfalls oder chronischer Erkrankungen wie die Notwendigkeit einer Dialysebehandlung sprengen heute das größte private Budget. Auch ist die Vorstellung nicht mehr zeitgemäß, dass Selbständige die Kosten einer notwendigen Behandlung notfalls auch selbst zahlen könnten. Die zunehmende Zahl der Kleinselbständigen und heute üblichen biographischen Diskontinuitäten und Sprünge sprechen für sich. Die Pflicht zur Versicherung mit bezahlbaren Beiträgen sorgt dafür, dass in Zukunft jeder einen eigenen Schutz hat. Zudem leistet jede und jeder einen Beitrag für sich und muss nicht erst im Notfall und bei Bedürftigkeit durch das soziale Netz der Sozialhilfe wieder aufgefangen werden.

## 3. Müssen die Versicherten mit Leistungskürzungen durch die Gesundheitsreform rechnen?

Im Gegenteil. Dies ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, durch die keine Zuzahlungen erhöht werden oder Leistungsbereiche ausgeschlossen werden. Vielmehr werden Leistungen dort zielgenau ausgebaut, wo es notwendig ist: Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden und eine spezialisierte Versorgung benötigen (zum Beispiel Aids- oder Krebspatienten), sollen eine bestmögliche Behandlung erhalten. Deshalb werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten geöffnet. Sterbende und schwerstkranken Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig

Schmerzen erleiden müssen.

Deshalb werden für die Versorgung so genannte Palliative Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zugelassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder in Kinderhospizen verbessert.

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. Deshalb wird es für diese Menschen zukünftig einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation geben.

Damit dadurch keine Verwerfungen entstehen, werden alle Reha-Leistungen zu Pflichtleistungen.

Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in normalen Privathaushalten gleichgestellt.

Zukünftig kann jeder Versicherte – egal ob gesetzlich oder privat – direkten Zugang zu den besten Ärzten des Landes erhalten. Entsprechende Tarife werden zukünftig auch von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten.

Empfohlene Impfungen sowie notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden.

## 4. Wird es mehr Leistungen geben?

Dort, wo es notwendig ist, werden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebaut. Verbesserungen wird es in den folgenden Bereichen geben:

**Behandlung schwerer und seltener Krankheiten:** Von schweren oder seltenen Krankheiten betroffenen Patienten wird der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus künftig erleichtert. Geeignete Kliniken können mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot künftig allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik geeignet ist und zugelassen wird, wird im jeweiligen Bundesland entschieden.

**Palliativversorgung:** Sterbende und schwerstkranken Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt die Gesundheitsreform dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen

entgegen, so lange irgend möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben.

#### Rehabilitation:

Die Rehabilitation für ältere Menschen wird verbessert. So können sie weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.

Damit kann die Einweisung in Pflegeheime in vielen Fällen vermieden werden. Allgemein werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu gesetzlichen Pflichtleistungen der Krankenkassen. Das heißt auch, künftig haben Kassen keine finanziellen Nachteile mehr, wenn ihre Versicherten sinnvolle Reha-Leistungen brauchen, weil diese Leistungen dann in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

#### Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen:

Zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten wird klargestellt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht davon abhängt, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

#### Häusliche Krankenpflege:

Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in Privathaushalten gleichgestellt.

#### Impfungen:

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.

### 5. Werden mit der Reform die Prävention und die Vorsorge verstärkt?

Ja. Die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten werden verbessert, die Gesundheitsförderung in den Betrieben und die Verringerung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz werden gestärkt. Dazu müssen die Krankenkassen auch untereinander und die Krankenversicherung mit der Unfallversicherung besser zusammenarbeiten.

### 6. Wird es Neuerungen für pflegebedürftige bzw. behinderte Menschen geben?

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag in ihrem häuslichen Umfeld gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. Deshalb wird es zukünftig auch hier einen Rechtsanspruch insbesondere auf geriatrische Rehabilitation geben. Das bringt vor allem auch für Menschen mit Behinderungen große Verbesserungen. Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch den Patienten in Privathaushalten gleichgestellt.

### 7. Wann muss die Zweitmeinung eines Arztes eingeholt werden?

Die Zweitmeinung muss für ganz spezielle neue Arzneimittel eingeholt werden. Das können zum Beispiel sehr stark wirksame und zielgenau wirksame, biotechnologisch hergestellte Medikamente sein, wie sie bei Rheumapatienten oder Krebspatienten eingesetzt werden. Mit dem Zweitmeinungsverfahren sollen die Qualität und die Sicherheit der Anwendung dieser Arzneimittel verbessert werden.

Da diese Arzneimittel sehr teuer sind, ist es besonders wichtig, dass sie nur den Patienten verordnet werden, die davon nachweislich profitieren. Die Arzneimittel, die unter diese Regelung fallen, werden von politisch unabhängigen Experten des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt. Zahle ich für die Zweitmeinung eine Praxisgebühr? Nein, dafür bekomme ich vom behandelnden Arzt eine Überweisung.

### 8. Bekommen gesetzlich Krankenversicherte alle neuen Arzneimittel auch in Zukunft verschrieben?

Ja, auch neue Arzneimittel sollen den Versicherten weiterhin zur Verfügung stehen. Mit dem Zweitmeinungsverfahren sorgen wir dafür, dass diese neuen Arzneimittel gezielt eingesetzt werden. Hierbei handelt es sich vor allem um gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die für spezielle Formen schwerer Erkrankungen zugelassen werden.

Diese setzen in besonderem Maße spezialisierte

Fachkenntnisse voraus, deren Kriterien von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit den Fachkreisen festgelegt werden.

Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapie bieten dem verordnenden Arzt die notwendige Entscheidungssicherheit, dass nur die Patienten diese neuen Arzneimittel bekommen, die davon mit Sicherheit profitieren.

Anwendungssicherheit und Versorgungsqualität sollen in diesen Bereichen zunehmen.

### 9. Was ändert sich durch die Reform für die Versicherten in der Apotheke?

Bisher gilt: Kreuzt ein Arzt auf dem Rezept das Kästchen "aut idem" nicht an, so ist der Apotheker verpflichtet, entweder das auf dem Rezept verordnete Medikament, oder eines der drei jeweils kostengünstigsten Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff abzugeben, das in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt.

Neben diese bestehende Regelung tritt eine erweiterte "aut idem-Regelung" hinzu. In Zukunft muss der Apotheker dem Versicherten ein Medikament des Herstellers abgeben, mit dem die jeweilige Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat. Vorteil für den Versicherten dabei ist: Diese Medikamente kann er ganz oder zur Hälfte zuzahlungsbefreit bekommen.

### 10. Wie werden Hilfsmittel künftig bezahlt?

Die Neuregelungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln (zum Beispiel Hörhilfen, Körperersatzstücke, Rollstühle oder Gehhilfen) sollen den Vertrags- und Preiswettbewerb stärken. An der Versorgung der Versicherten im Wege der Sachleistung ändert sich nichts.

Die Versorgung erfolgt künftig ausschließlich durch Vertragspartner der Krankenkassen. In den Verträgen werden die Einzelheiten der Versorgung einschließlich der Bezahlung geregelt.

Unter den neuen Rahmenbedingungen können die Krankenkassen durch geeignete vertragliche Vereinbarungen wirksamer als bisher verhindern, dass über die gesetzliche Zuzahlung hinaus weitere Aufzahlungen für medizinisch notwendige Leistungen erhoben werden.

### 11. Wird mit der Reform Bürokratie abgebaut?

Ja. Ein wichtiges Ziel der Reform ist die Entbürokratisierung. Ein überbordender Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im gesamten System Bürokratie abgebaut: bei der ärztlichen Vergütung und den Prüfmechanismen; bei den notwendigen

Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser; bei den neuen und innovativen Versorgungsformen wie zum Beispiel den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) oder Integrierter Versorgung und bei den Entscheidungsstrukturen in den Gremien der Selbstverwaltung und den Verbänden. Gelockert wird zudem die Zwangsmitgliedschaft der Krankenkassen in den Kassenverbänden.

Es werden freie Fusionen der Krankenkassen über Kassengrenzen hinweg erlaubt. Außerdem werden die Verbandsstrukturen der Krankenkassen gestrafft. Künftig vertritt ein einheitlicher Spitzenverband (statt bisher sieben) die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene und regelt die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

### 12. Was ändert sich bei der vertragsärztlichen Vergütung von Ärztinnen und Ärzten?

Die Reform bringt den Ärztinnen und Ärzten eine Menge Verbesserungen. Ab 1.1.2009 werden die vertragsärztlichen Leistungen grundsätzlich mit den festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung und nicht mehr mit "Punkten" vergütet. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des Honorars aus Sicht der Ärzte erheblich.

Die Vorgaben zur Euro-Gebührenordnung und zu den sonstigen Vergütungsregelungen werden weitgehend von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkasse auf Bundesebene im Bewertungsausschuss gemacht. Dieser wird dabei durch ein professionelles Institut unterstützt.

Zukünftig soll es nicht mehr möglich sein, diese Vorgaben auf regionaler Ebene zu unterlaufen, so dass sichergestellt ist, dass die Regelungen flächendeckend umgesetzt werden, das heißt, die bestehenden regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe entfallen.

### 13. Bleibt es bei den bisherigen Budgets?

Nein. Bisher durften die Vergütungssummen für die Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich nur im Rahmen der Einkommensentwicklung der beitragszahlenden Versicherten ansteigen, um die Beitragssätze der Krankenkassen stabil zu halten. Die Kassen müssen ab dem 1.1.2009 zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mehr Geld bereitstellen, wenn der Behandlungsbedarf ansteigt oder Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Das heißt: das sog. Morbiditätsrisiko, das heißt Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten, wird auf die Krankenkassen übertragen. Die Kassen vergüten auch den Kostenanstieg der Praxen, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann. Diese Honorarsteigerungen werden nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität "gedeckt".

Künftig entrichten damit diejenigen Kassen, deren Versicherte einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, höhere Honorarsummen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zwischen den Kassen wird somit eine leistungsgerechte Aufteilung der finanziellen Lasten erreicht und das Problem der Honorarverluste bei Mitgliederwanderungen wird gelöst.

### 14. Was bedeutet der Gesundheitsfonds für die Versicherten?

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz für die Krankenversicherung. Damit gelten wie bereits jetzt schon in allen übrigen gesetzlichen Sozialversicherungen (Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) einheitliche Beitragssätze.

Das neue Finanzierungssystem macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen bzw. Beitragsrückerstattungen gewähren. Eine Krankenkasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer anderen Krankenkasse wechseln.

**Wann kommt der Gesundheitsfonds?** Mit dem Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der ge-

setzlichen Krankenversicherung neu und gerecht gestaltet. Der Gesundheitsfonds wird im Januar 2009 starten.

### 15. Wer ermittelt in Zukunft den Beitragssatz und legt ihn fest?

Bisher legen ca. 250 Krankenkassen ihre prozentualen Beiträge jeweils selbst fest. Künftig beschließt die Bundesregierung (erstmalig bis Ende November 2008), wie viel Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber ab 2009 zu zahlen haben. Zuvor wird ein Gremium aus Fachleuten nach Prüfung aller wirtschaftlichen Daten der Regierung einen Vorschlag machen. Solange die Bundesregierung nichts Neues beschließt, gilt auf absehbare Zeit dieser einheitliche Beitragssatz.

### 16. Wie hoch wird der Beitragssatz dann sein?

Das kann man heute noch nicht sagen. Das hängt zum Beispiel davon ab, wie sich die Beschäftigungssituation entwickelt. Haben mehr Menschen Arbeit, steigen die Beitragseinnahmen. Aber auch die Ausgabenentwicklung spielt eine wichtige Rolle. Es ist wichtig, dass die Krankenkassen wirklich alle Möglichkeiten nutzen, um unnötige Ausgaben zu vermeiden.

### 17. Können Patienten vom Arzt eine Rechnung zur Überprüfung verlangen?

Bereits mit dem GMG wurden die Rechte der Patientinnen und Patienten gestärkt. Jeder kann vom Arzt eine Patientenquittung verlangen. Dort steht im Einzelnen welche Leistungen der Arzt der Krankenkasse in Rechnung stellt.

### 18. Wann kann man als GKV-Versicherter in eine private Krankenversicherung (PKV) wechseln?

Arbeitnehmer, die in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert sind, können in die private Krankenversicherung wechseln, vorausgesetzt ihr Einkommen lag in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2007: 47.700 Euro).

Außerdem können auch diejenigen, die aufgrund ihres beruflichen Status freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (Beamte, Selbständige, Soldaten), in die PKV wechseln.

## 19. Was bedeutet der neue Basistarif in der privaten Krankenversicherung?

Der Basistarif ist ein neuer Tarif, den ab 1.1.2009 alle privaten Krankenversicherungen anbieten müssen. Er wird allen, auch Menschen mit Vorerkrankungen, die zum Beispiel aus Gründen ihres beruflichen Status der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, einen Zugang zur privaten Krankenversicherung zu bezahlbaren Konditionen ermöglichen.

**Welchen Leistungsumfang hat der Basistarif in der PKV?** Die Leistungen des Basistarifs werden in Art, Umfang und Höhe dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein.

### Thema Wettbewerb im Gesundheitssystem:

In der politischen Diskussion um die Modernisierung des Gesundheitswesens nimmt der Begriff des Wettbewerbs eine immer wichtigere Rolle ein. Was aber heißt "Wettbewerb" im Kontext des Gesundheitssystems?

Wettbewerb ist ein aus dem Alltag vertrautes ökonomisches Prinzip, ein Instrument, das möglichst gute Leistungen bzw. Leistungen zu einem möglichst günstigen Preis hervorbringen soll. Verbraucher profitieren in der Regel vom Wettbewerb.

Auch auf dem „Gesundheitsmarkt“ wollen die Menschen gute Leistungen und günstige Preise: Patientinnen und Patienten haben vor allem das Interesse, im Krankheitsfall in den Genuss einer optimalen Behandlung zu kommen. Und Versicherte und Beitragszahler interessiert vor allem, dass Leistungen möglichst kostengünstig zur Verfügung stehen.

Das Gesundheitswesen bildet aber aus vielen Gründen keinen Markt, der mit anderen – Waren- und Dienstleistungsmärkten – vergleichbar wäre. Gesundheit ist keine frei konsumierbare Ware, sondern für jeden Einzelnen ein existenzielles Gut. Der Kranke ist kein "Kunde". Er sucht und benötigt ganz einfach "Hilfe" – im Zweifel, um zu überleben. In Deutschland haben wir ein soziales Krankenversicherungssystem, das dem Grundsatz folgt: Jede und jeder erhält die medizinische Versorgung, die sie oder er benötigt, unabhängig von Alter oder Einkommen und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Ermöglicht wird das durch die solidarische Finanzierung: Wer weniger verdient, zahlt weniger Beiträge, wer mehr verdient, zahlt mehr. So kom-

men diejenigen mit mehr Einkommen für diejenigen mit weniger Einkommen auf, die Jungen für die Alten und Alleinstehende für Familien mit Kindern.

Wir brauchen im Gesundheitswesen einen fairen Wettbewerb, der klaren Spielregeln folgt. Wir brauchen ihn zur Stärkung der wirtschaftlichen Mittelverwendung, wenn wir das Versprechen, dass jede und jeder die notwendige medizinische Versorgung bekommt, auch in Zukunft halten wollen. Angesichts der Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem auch langfristig steht – dem demographischen Wandel, dem medizinischen Fortschritt, der Zunahme von chronischen Krankheiten – haben wir gar keine andere Wahl.

- Wir brauchen informierte und selbstbewusste Patienten, die zwischen verschiedenen Angeboten wählen und ihre Mitverantwortung in der Behandlung auch wahrnehmen können.
- Wir brauchen motivierte Ärzte und leistungsfähige Krankenhäuser, die ihren Patienten auf Augenhöhe begegnen und den Wettstreit um die beste Versorgungsleistung nicht scheuen.
- Wir brauchen Arzneimittelhersteller, die nach besseren Therapien forschen, weil sie wissen, dass Innovationen sich für sie rechnen. Oder die sich bemühen, altbewährte Präparate besonders günstig anzubieten, weil sie auch davon profitieren
- Wir brauchen leistungsfähige Krankenkassen, die professionell, flexibel und serviceorientiert arbeiten. Und die vor allem in der Lage sind, ihren Versicherten gute Versorgungsqualität zum günstigen Preis anzubieten.

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist notwendig, und er ist möglich. Er ist notwendig, weil es darum geht, die gesundheitliche Versorgung von 82 Millionen Menschen auf hohem Niveau zu sichern. Er ist möglich, weil die gesetzlichen Voraussetzungen für eine stärkere Wettbewerbsorientierung bereits vorhanden sind und weiter ausgebaut werden.

Es liegt in der Verantwortung der Akteure – Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker – sie auch umzusetzen. Die Aufgabe von Gesundheitspolitik ist es, für einen fairen Wettbewerbsrahmen zu sorgen, in dem klare Spielregeln gelten, der sozial verantwortlich und patientenorientiert gestaltet ist.

**Weitere Information:**

Auf dieser Seite habe ich Ihnen eine Auswahl an Internetseiten und Telefonnummern zusammengestellt. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeiten zur Information, weitere Ansprechpartner können Ihnen unter den Telefonnummern vermittelt werden oder die Klärung von offenen Detailfragen ist möglich.

**[www.spd-fraktion.de](http://www.spd-fraktion.de)**

Auf den Seiten der SPD-Fraktion im Bundestag können Sie aktuelle Informationen zu allen Themenbereichen finden. Es stehen Broschüren als PDF-Dokumente zum Herunterladen zur Verfügung.

Informationen zur Finanz- und Organisationsreform, zur Strukturreform und zur Reform können auch telefonisch über die SPD-Bundestagsfraktion angefordert werden: **030 227 57 133**

**[www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)**

Auf dieser Seite des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie alle relevanten Informationen rund um die Gesundheitsreform. Folgende Auswahl an Informationen, die als PDF-Dokument heruntergeladen werden können, finden Sie auf der Internetseite:

**Was ändert sich für wen?**

Krankenhäuser, Ärzte, Apotheker, Versicherte - alle sind von der Gesundheitsreform 2007 betroffen. Die Übersicht zeigt die Neuerungen des GKV-WSG

**Die neuen Wahltarife im Überblick**

Viele Krankenkassen haben angekündigt ihren Versicherten verschiedene Wahltarife anzubieten. Die Übersicht zeigt, welche Tarife der Gesetzgeber vorsieht und wie sie in der Praxis funktionieren können.

**Die wichtigsten Begriffe von A bis Z**

Von Ärztlicher Vergütung bis Zweitmeinung: Das Glossar der Gesundheitsreform

**Wettbewerb im Gesundheitswesen**

Was bedeutet Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung?

**Das GKV-WSG im Wortlaut**

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) in der von Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Fassung.

**Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit zur gesetzlichen Krankenversicherung**

Mit Beratungstelefonen für alle Bürgerinnen und Bürgern bietet das Ministerium eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem.

**Beratungsangebot:**

Das Bürgertelefon vermittelt gesetzliche Grundlagen, klärt auf über mögliche gesetzliche Ansprüche, erörtert individuelle Probleme, nimmt Anregungen auf, vermittelt Adressen und Ansprechpartner.

Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

**Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung:**  
**01805 - 99 66 02**

**Bürgertelefon zur Pflegeversicherung:**  
**01805 - 99 66 03**

**Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention:**  
**01805 - 99 66 09**

Gebühr: 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz.  
Quelle: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

**Weitere Internetadressen:**

[www.spd.de](http://www.spd.de)

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)  
Bundesministerium für Gesundheit

[www.bzga.de](http://www.bzga.de)  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

[www.mdk.de](http://www.mdk.de)  
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

[www.g-k-v.de](http://www.g-k-v.de)  
Die gesetzlichen Krankenkassen

[www.pkv.de](http://www.pkv.de)  
Verband der privaten Krankenkassen

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)  
Gemeinsamer Bundesausschuss der Krankenkassen

**Redaktionelle Quellenangabe zu den Texten von GesundheitsKompakt: Materialien der SPD-Bundestagsfraktion, Informationen vom Bundesministerium für Gesundheit, Internetseite [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)**

**Impressum**

Herausgeberin: Karin Kortmann, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Redaktion: Boris Schmidt**

Telefon: 0211 - 136 22 160  
Fax: 0211 - 86 39 137  
E-Mail: [karin.kortmann@wk.bundestag.de](mailto:karin.kortmann@wk.bundestag.de)

**Bundestagsbüro Berlin**

Telefon: 030 - 227 736 30  
Fax: 030 - 227 766 25

E-Mail: [karin.kortmann@bundestag.de](mailto:karin.kortmann@bundestag.de)