

Anlage

Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

Absicherung im Krankheitsfall für alle – mehr Wahlmöglichkeiten und neue Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte

Alle Einwohner ohne Krankenversicherungsschutz, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die **Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) verpflichtet, einen **Versicherungsschutz im Basistarif** anzubieten. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse.

Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf spezialisierte **ambulante Palliativversorgung**. **Geriatrische Rehabilitationsleistungen**, empfohlene **Schutzimpfungen** sowie **Mutter-/Vater-Kind-Kuren** werden von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen. **Häusliche Krankenpflege** wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt. Bei ambulanter Entbindung in **Geburtshäusern** wird künftig ein Betriebskostenzuschuss gewährt. Die Rahmenbedingungen für **Kinderhospize** werden verbessert.

Die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu **gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten** wird künftig besonders betont: In Zukunft gilt für chronisch kranke Versicherte nur dann eine reduzierte Zuzahlungs-Belastungsgrenze, wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Für alle bereits heute nach der Chroniker-Regelung begünstigten Versicherten bleibt es bei der

reduzierten Belastungsgrenze. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten.

Mehr Eigenverantwortung wird bei Folgeerkrankungen aufgrund **nicht notwendiger medizinischer Eingriffe**, wie z. B. bei Schönheitsoperationen oder Piercing, eingefordert. Hier haben die Krankenkassen den Leistungsumfang einzuschränken.

Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig **Wahltarife** anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versicherungsverträgen. Die Krankenkassen können auch fakultative Selbstbehalttarife in begrenzter Höhe oder einen Kostenerstattungstarif anbieten. Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle **Hausarzttarife** anbieten. Dabei bleibt die Teilnahme an entsprechenden Modellen freiwillig. Die Möglichkeiten für Versicherte, **Kostenerstattung** zu wählen, werden flexibilisiert und entbürokratisiert.

Versicherte können künftig **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**, die entsprechend zertifiziert sind, eigenständig auswählen.

Mehr Wettbewerb der Leistungserbringer durch größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen

Künftig können Krankenkassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Das Wettbewerbsfeld der **Einzelverträge** umfasst die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge).

Die **integrierte Versorgung** als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und künftig insbesondere im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut. Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich wird die Anschubfinanzierung verlängert. Die **Pflege** wird in die integrierte Versorgung eingebunden. **Krankenhäuser** können künftig – ohne an weitere

Voraussetzungen gebunden zu sein – im Rahmen der integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V ambulant erbringen.

Neues Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung

Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird abgelöst durch eine **Euro-Gebührenordnung**. Diese wird – für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelte – Pauschalvergütungen in Kombination mit Einzelleistungsvergütungen vorsehen. Abstufungsregelungen sorgen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Für die Erbringung besonders qualifizierter Leistungen sind **Honorarzuschläge** in der Euro-Gebührenordnung vorzusehen. Die bisherige Budgetierung, die an die Grundlohnsumme anknüpft, wird abgeschafft.

Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung sind künftig an der Morbidität der Versicherten orientiert, d. h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, ist von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung zu stellen. Um die Vergütungsreform zu erarbeiten, wird die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen im Bewertungsausschuss durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt.

Mehr Wettbewerb, mehr Qualität, mehr Effizienz in der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung wird mit diesem Gesetz insgesamt deutlich wettbewerbler ausgerichtet; damit werden die Effizienz und Qualität der Arzneimittelversorgung weiter erhöht.

Arzneimittel-Preise sind künftig keine Fest- sondern **Höchstpreise**, die jeweils unterschritten werden können. Die Einsparungen hieraus sollen den Kostenträgern und Endverbrauchern zugute kommen. Es wird ein wirtschaftlicher Anreiz für flächendeckende **Preisverhandlungen** gesetzt:

Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken in den ersten 12 Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift nicht mindestens ein

Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erzielt, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Apothekenrabatt.

Die Möglichkeiten zur kostensparenden Versorgung mit **Einzeldosen** von Arzneimitteln werden verbessert. Die Abgabe einzelner Tabletten aus Großgebinden durch Apotheken wird erleichtert.

Für neue Arzneimittel sollen die Mehrkosten nicht höher sein als ihr zusätzlicher Nutzen. Daher wird eine **Kosten-Nutzen-Bewertung** eingeführt. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist keine zusätzliche Voraussetzung zur Zulassung.

Die Verordnung von **kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln**, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika, muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen. Die Anforderungen an die Qualifikation dieser Ärzte werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen festgelegt.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf einschlägige Fälle von Ressourcenverschwendung konzentriert. Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt.

In **Gemeinschaftseinrichtungen** wie z. B. Hospizen und Pflegeheimen, die Arzneimittel zentral lagern, dürfen künftig nicht genutzte Betäubungsmittel für andere Patienten verordnet werden.

Verstärkter Preiswettbewerb im Heil- und Hilfsmittelbereich

Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung sollen einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität fördern. Den Krankenkassen werden erweiterte **vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten** eingeräumt. Insbesondere durch **Ausschreibungen** können Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden. Die bisherige Zulassung der Leistungserbringer entfällt; künftig soll die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen.

Einbeziehung des stationären Bereichs

Die Umsetzung der **ambulanten Erbringung** hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus wird durch Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder vorangetrieben. Dadurch wird eine verbesserte Umsetzung der Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung erreicht. In der integrierten Versorgung werden Krankenhäuser stärker als bisher für die ambulante Versorgung geöffnet.

Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV, der in den Jahren 2005 und im ersten Halbjahr 2006 überproportionale Ausgabenzuwächse aufweist, angemessen an der Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen, werden sie zu einem **Sanierungsbeitrag** in Höhe von insgesamt 1 % der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen.

Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen

Patienten soll ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege möglich sein, ohne unnötige Wartezeiten und Pausen der Behandlung. Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

Die Leistungsangebote werden besser vernetzt. Künftig ist ein verbessertes **Entlassmanagement** vorgesehen. Bei Entlassung aus Krankenhäusern muss eine sachgerechte Anschlussversorgung sichergestellt werden. Es wird sichergestellt, dass Patienten notwendige **Rehabilitationsleistungen** zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung bei bestehender Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten. Bezüglich der **Hilfsmittelversorgung schwerstbehinderter Versicherter** wird eine Klarstellung der Regelung zur Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen. Die **medizinische Behandlungspflege** bleibt auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung.

Grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen

Alle **Krankenkassen** werden zum 1. Januar 2009 **geöffnet**. Für geschlossene Betriebskrankenkassen gilt eine Ausnahmeregelung. Die Bundesknappschaft und

die Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt. Leistungs- und organisationsrechtliche Beschränkungen und Privilegien dieser Kassenarten werden aufgehoben.

Jede Kasse soll auch außerhalb ihres Erstreckungsgebietes z.B. durch **Kooperationen** sicherstellen, dass ihre Versicherten auch über die kollektivvertraglich vereinbarte Regelversorgung hinaus besondere Versorgungsformen in Anspruch nehmen können.

Es werden **kassenartenübergreifende Fusionen** ab 1. April 2007 ermöglicht, um den Prozess der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen und der Angleichung der Wettbewerbsebenen zu beschleunigen. Die Krankenkassen werden hierdurch in die Lage versetzt, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden.

Zur Straffung der Entscheidungswege und zur Vermeidung von Handlungsblockaden bilden Krankenkassen künftig auf Bundesebene einen **Spitzenverband**. Der Spitzenverband vertritt alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. So vertritt der Spitzenverband künftig im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen und schließt alle nicht wettbewerblichen Verträge mit den Leistungserbringern.

Im **Gemeinsamen Bundesausschuss** werden künftig auch weisungsunabhängige Hauptamtliche, die von Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung benannt werden, vertreten sein. Das Gremium setzt sich in Zukunft damit aus sechs hauptamtlichen und drei ehrenamtlichen unparteiischen Mitgliedern zusammen. Die Amtszeit der Hauptamtlichen wird auf zwei Amtsperioden begrenzt. Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses wird insbesondere durch eine stärker sektorenübergreifend ausgerichtete Organisation der Gremien gestrafft und **transparenter** gestaltet. Die Stellung der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird durch erweiterte Möglichkeiten zur Konfliktlösung und Antragsrechte zur Einleitung des Bewertungsverfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestärkt.

Die Aufgaben und Funktionen der **Kassenärztlichen Vereinigungen** werden angepasst an die neuen Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss gesonderter Verträge außerhalb des Kollektivvertragssystems und der Sicherstellungsauftrag dementsprechend eingeschränkt.

Weniger Bürokratie – mehr Transparenz

Auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird Bürokratie abgebaut. Gleichzeitig entsteht mehr Transparenz für alle Beteiligten. Zu den zahlreichen Maßnahmen in diesem Bereich gehören insbesondere:

- Schaffung des neuen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung.
- Verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer.
- Verbesserte Transparenz der Entscheidungen in den Selbstverwaltungsgremien.
- Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser.
- Vereinfachte Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen.
- Schaffung einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs).
- Vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.

Mehr Effizienz und Transparenz durch Einrichtung eines Gesundheitsfonds

Die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit diesem Gesetz auf eine neue Grundlage gestellt. Konkret wird geregelt:

Es wird ab 01.01.2009 ein **Gesundheitsfonds** eingerichtet. Hierzu werden die bestehenden Strukturen beim Bundesversicherungsamt genutzt. Dies bedeutet, dass kein bürokratischer Mehraufwand entsteht.

Die **Beiträge** von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden per Rechtsverordnung festgelegt, dabei enthält der Arbeitnehmerbeitrag auch den heutigen Sonderbeitrag von 0,9 %. Die Verteilung der Beitragslast entspricht dem heutigen Niveau.

In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzmitteln gestartet; vor dem Start des neuen Modells müssen die Kassen **entschuldet** sein.

Der **Beitragseinzug** bleibt bei den Krankenkassen. Arbeitgeber haben ab dem Jahr 2011 die zusätzliche Möglichkeit, durch Entrichtung der Beiträge an kassenartenübergreifende Weiterleitungsstellen ihren Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer **Grundpauschale** einen **alters- und risikoadjustierten Zuschlag**. Das bisherige Verfahren des Risikostrukturausgleichs wird durch den Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht. Zu diesem Zweck wird insbesondere die unterschiedlich zwischen den Krankenkassen verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt, indem für 50 bis 80 insbesondere schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 % übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine **Konvergenzphase** eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden. Die zugrunde zu legenden länderspezifischen Belastungswirkungen werden durch ein Gutachten ermittelt.

Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Die Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und das Angebot von Kosten sparenden Tarifen für Versicherte ist hier von Bedeutung. Reicht dies nicht aus, haben Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen **prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag** zu erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag 1 % des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend wird der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben. Erwirtschafteten Kassen **Überschüsse**, können sie diese – sofern sie über ausreichende Finanzreserven verfügen – an ihre Versicherten ausschütten.

Im Startjahr sollen die Finanzmittel, die über die Beitragseinnahmen und die zusätzlichen Steuermittel in den Fonds fließen, ausreichen, um die zu erwartenden Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken. Zudem soll zeitlich gestreckt eine Liquiditätsreserve aufgebaut werden. Sollte die Liquiditätsreserve nicht ausreichen, ist eine rückzuzahlende Liquiditätshilfe des Bundes vorgesehen.

Mehr gesamtgesellschaftliche Solidarität durch Steuerzuschüsse

Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben über **Steuermittel**. Damit wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig gelingt es, in der GKV gesamtgesellschaftliche Solidarität zu verwirklichen.

Im Haushaltsjahr 2008 soll ein Zuschuss aus Haushaltsmitteln in Höhe von 1,5 Mrd. Euro über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen gezahlt werden. Im Jahr 2009 soll ein Bundeszuschuss in Höhe von 3 Mrd. Euro aus Haushaltsmitteln in den Gesundheitsfonds fließen. Der Bundeszuschuss soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Die Sicherung der Finanzierung erfolgt in der nächsten Legislaturperiode.

Wettbewerb innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV

Die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung (PKV) wird verändert. Das spezifische Geschäftsmodell der PKV, das durch geschlechts- und

altersbezogene Beiträge sowie die Bildung einer Alterungsrückstellung gekennzeichnet ist, bleibt erhalten. Durch die Portabilität der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung im Umfang des Basistarifs sowie die Schaffung eines Basistarifs in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert. Dazu sieht der Entwurf im Einzelnen folgende Regelungen vor:

Alle Unternehmen der PKV bieten künftig einen **Basistarif** an, der sich am Leistungsumfang der GKV orientiert. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich. Der Basistarif tritt neben die bestehenden Tarife. Der Basistarif kann mit Zusatzversicherungen desselben oder eines anderen PKV-Unternehmens kombiniert werden. Ein Wechsel in einen der anderen Tarife ist möglich.

Jeder PKV-Versicherte, freiwillig GKV-Versicherte und alle Nichtversicherten, die vormals in der PKV versichert waren oder systematisch der PKV zuzuordnen sind, können in den Basistarif wechseln. Es gelten ein **Kontrahierungszwang** und das **Verbot der Risikoprüfung**; um eine nicht behebbare Risikoselektion zu verhindern, wird ein branchenweiter Risikoausgleich eingeführt.

Die **Alterungsrückstellung** des Basistarifs wird beim Wechsel zwischen PKV-Unternehmen übertragen (Portabilität), eine Auszahlung scheidet aus. Für Versicherungsnehmer, die aus einem anderen Tarif in einen Vollversicherungstarif bei einem anderen PKV-Unternehmen wechseln, wird die vorhandene Alterungsrückstellung höchstens in der Höhe übertragen, die dem Leistungsniveau des Basistarifs entspricht.

Der Beitrag für den Basistarif wird der Höhe nach begrenzt; um die **Bezahlbarkeit des Basistarifs** zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II oder SGB XII auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Voraussetzung für einen **Wechsel freiwillig gesetzlich krankenversicherter Arbeitnehmer** zur PKV ist künftig, dass ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinanderfolgenden

Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat. Diese Regelung tritt rückwirkend zum Tag der ersten Lesung in Kraft.