

Pressemitteilung

Nummer 13 vom 2. Februar 2007
Seite 1 von 16

Ulla Schmidt: Drei entscheidende gute Gründe für die Reform

Heute hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) beschlossen. Es bedarf der Zustimmung des Bundesrates und soll im Wesentlichen am 1. April 2007 in Kraft treten.

Dazu erklärte Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt**:
„Drei entscheidende gute Gründe sprechen für dieses Gesetz:

Erstens: Jeder und jede ist künftig gegen das Risiko Krankheit versichert. Für Menschen ohne diesen Schutz heißt es jetzt: Willkommen in der Solidarität!

Zweitens: 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.

Drittens: 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 Krankenversicherung ist unter allen sozialen Sicherungssystemen ein Besonderes. Für einen kranken Menschen gibt es nichts wichtigeres als die Sicherheit, dass ein gutes und bezahlbares Gesundheitswesen für ihn da ist. Das heute zu beschließende Gesetz wird diese Sicherheit für die Zukunft bewahren.

Wir bauen das heutige Gesundheitswesen um, damit es auch in Zukunft sehr gute Leistungen für alle Menschen zu bezahlbaren Preisen erbringen kann. Das ist nicht einfach. Denn wir unterwerfen ein kompliziertes Geflecht aus undurchschaubaren Zuständigkeiten und aus machtvollen Interessen dem Zwang zur Veränderung.

HAUSANSCHRIFT
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

POSTANSCHRIFT
11055 Berlin

TEL + 49 (0)30 18441-2225
FAX + 49 (0)30 18441-1245

E-Mail
pressestelle@bmg.bund.de
www.bmg.bund.de

Nutznieser werden vor allem die Versicherten, die Patientinnen und Patienten sein. Nutznießer sind auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich Tag für Tag und oft bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit für Menschen einsetzen. Die Ärzte erhalten eine transparente Gebührenordnung in Euro und Cent, wir leisten Beiträge, ihr Wirkungsfeld zu entbürokratisieren. Wir verbessern die Versorgung – vor allem die hausärztliche Versorgung. Drohender Unterversorgung in einigen ländlichen Bereichen Deutschlands kann durch verbesserte Sicherstellungszuschläge wirksam begegnet werden.

Das Gesetz stärkt aber auch die Beschäftigung im Gesundheitswesen. Es bietet viele qualifizierte Arbeitsplätze für unterschiedliche Tätigkeiten, übrigens gerade auch für Frauen. Wir werden neue Chancen eröffnen, indem wir die nichtärztlichen Berufe stärker in die Versorgung einbeziehen. 4,3 Mio. Beschäftigte, so die jüngste Auswertung des Statistischen Bundesamtes, arbeiten im Gesundheitswesen und die Zahl wird weiter steigen. Selbst im schwierigen Jahr 2005 gab es einen Zuwachs von 27.000 Arbeitsplätzen.“

Weitere Informationen unter: www.die-gesundheitsreform.de

Anlage

Die neue Gesundheitsversicherung mit Übersicht, wann was in Kraft tritt.

Anlage

Die neue Gesundheitsversicherung

Die Gesundheitsreform 2007 – Fundament der neuen Gesundheitsversicherung

Gesundheit ist ein hohes Gut. Denn Gesundheit ist wesentliche Voraussetzung, dass Menschen Lebenschancen, Fähigkeiten und Träume verwirklichen können.

Deshalb ist Gesundheitspolitik immer Politik für 82 Millionen Menschen. In Deutschland erhalten Bürgerinnen und Bürger die medizinische Versorgung, die sie im Krankheitsfall benötigen, unabhängig von ihrem Alter und ihrem Einkommen, auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. Das soll auch in Zukunft gelten – für alle.

Die Gesundheitsreform 2007 bereitet deshalb den Weg zur neuen Gesundheitsversicherung. Zukünftig wird in Deutschland niemand mehr ohne eine Krankenversicherung sein. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung gilt zukünftig für ausnahmslos alle Bürgerinnen und Bürger. Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte besteht für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Klar in den Zielen, konsequent im Ansatz

Mit der Gesundheitsreform wird unser Gesundheitswesen auf die Herausforderungen der Zukunft eingestellt:

Mit der Einführung einer Pflicht zur Versicherung für alle wird ein umfassender Gesundheitsschutz für alle Bürgerinnen und Bürgern gewährleistet. Durch die Strukturreformen wird die Qualität der Versorgung verbessert, die Wirtschaftlichkeit durch mehr Transparenz, einen intensiveren Wettbewerb und weniger Bürokratie erhöht und vor allem die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten ausgeweitet.

Die Gesundheitsreform 2007 beinhaltet Reformen in wesentlich vier Bereichen:

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

Versicherungsschutz für jeden und jede

Ein sozialpolitischer Meilenstein

Künftig haben alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland eine Absicherung im Krankheitsfall. Erstmals in der deutschen Sozialgeschichte besteht ab dem 1. Januar 2009 für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn kein ausreichender anderer Schutz besteht. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, kehrt in seine letzte Versicherung zurück. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie die private Krankenversicherung.

- Für Versicherte, die dem GKV-System zuzuordnen sind, gilt die Versicherungspflicht bereits ab dem 1. April 2007.
- Versicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind, können sich ab dem 1. Juli 2007 ohne Risikoprüfung und -zuschläge wieder privat versichern. Die Versicherung erfolgt zunächst im Standardtarif (ab 1. Januar 2009 Basistarif) zu erheblich verbesserten Bedingungen (Sicherstellung der Versorgung, Kontrahierungszwang, keine Risikozuschläge).

Das ist ein sozialpolitischer Meilenstein. Denn die möglichen Kosten, die die Behandlung von Krankheiten hervorrufen, können schnell den Einzelnen überfordern. Dem beugt die neue Gesundheitsversicherung vor. Jede und jeder wird so zukünftig die notwendige medizinische Behandlung erhalten.

Strukturreformen

Gezielter Ausbau von Leistungen, wo dies notwendig ist

Dies ist die erste Gesundheitsreform seit vielen Jahren, durch die keine Zuzahlungen erhöht oder Leistungen ausgeschlossen werden. Vielmehr werden Leistungen zielgenau dort ausgebaut, wo es notwendig ist:

- ***Krankenhäuser dürfen ambulant behandeln***

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.

- ***Palliativmedizinische Versorgung wird verbessert***

Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Deshalb werden wir für ihre Versorgung so genannte Palliativ Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zulassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerst- und sterbenskranker Kinder in Kinderhospizen verbessert. Unter anderem werden stationäre Kinderhospize finanziell entlastet, indem der Kostenanteil, den sie bisher zum Beispiel durch Spenden aufbringen mussten, von zehn auf fünf Prozent gesenkt wird.

- ***Rechtsanspruch auf Rehabilitation***

Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Vor allem 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.

- ***Rechtsanspruch auf 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 normalen Privathaushalten gleichgestellt.

- ***Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen***

Empfohlene Impfungen, notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren und alle übrigen Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden.

Mehr Sicherheit und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Alle Patientinnen und Patienten sollen auch in Zukunft Zugang zu neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren und zu besseren Arzneimitteln haben. Dabei müssen die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Mittelpunkt stehen.

- ***Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln***

Medikamente müssen sich zukünftig an ihrem Nutzen *und* an ihren Kosten messen lassen. Das folgt dem Prinzip, dass die begrenzten Mittel nicht für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgegeben werden sollen.

- ***Ärztliche Zweitmeinung***

Spezielle, hochinnovative Arzneimittel sind nicht nur teuer, sondern oftmals auch risikoreich. Im Interesse der Patientensicherheit ist deshalb für die Verordnung solcher Medikamente zukünftig eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich.

- ***Rabattverträge senken die Kosten***

Die Preise für Arzneimittel gehören zu den kostentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen. Deshalb wird der Arzneimittelbereich stärker für den Wettbewerb über Ausschreibungen geöffnet. Krankenkassen erhalten erweiterte Möglichkeiten, mit den Herstellern günstigere Preise zu vereinbaren.

**Mehr Kassenwettbewerb, bessere Angebotsqualität,
mehr Wahlfreiheit**

Mit der Gesundheitsreform wird der Wettbewerb zwischen den Kassen verstärkt. Deshalb können die Kassen viel stärker als bisher ihre Möglichkeiten zur Vertrags- und Tarifgestaltung nutzen, um Kosten zugunsten ihrer Versicherten einzusparen. Die Reform zielt darauf ab, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu erweitern, den Versicherten entsprechend der unterschiedlichen Präferenzen differenzierte und qualitativ hochwertige Angebote zu machen:

- ***Eigenverantwortung soll sich lohnen***

Versicherte, die bestimmte Verhaltensanreize (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) ernst nehmen oder die im Krankheitsfall eine optimierte Versorgung (zum Beispiel Integrierte Versorgung oder Hausarztmodell) wählen, sollen von ihrer Kasse besser gestellt werden, als diejenigen, die keine gesundheitliche Verantwortung für sich selbst übernehmen.

- ***Angebote nach Maß, Tarife nach Wunsch***

Der intensiviertere Kassenwettbewerb wird zu einer weitreichenden Differenzierung der Angebote führen. Für die Versicherten bedeutet dies vor allem mehr Wahlfreiheit – zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen und zwischen unterschiedlichen Tarifen. Hausarzttarife, Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife erlauben besser als heute die Wahl der Krankenkasse, die am besten zu den eigenen Bedürfnissen passt.

Weniger Bürokratie, straffere Strukturen, schnellere Entscheidungen

Die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss das oberste Ziel der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sein. Mehr Wettbewerb muss deshalb mit weniger Bürokratie einher gehen. Der überbordende Verwaltungsaufwand hemmt eine zielgerichtete, gute Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im gesamten System Bürokratie gezielt abgebaut:

- ***Nur noch ein Spitzenverband***

Die Verbandsstrukturen der Krankenkassen werden 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.

- ***Alle Kassen können fusionieren***

Die Zwangsmitgliedschaften in kassenartenspezifischen Dachverbänden und deren Finanzierung durch die Einzelkassen werden gelockert. Freie Fusionen und sonstige Verbünde über einzelne Kassenarten hinweg werden zukünftig erlaubt.

- ***Höchstes Selbstverwaltungsgremium wird professionalisiert***

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert. Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können dadurch schneller und transparenter getroffen werden. Der medizinische Fortschritt steht den Versicherten zeitnäher zur Verfügung.

- ***Bürokratie wird entrümpelt***

Abrechnungsverfahren werden vereinfacht, Prüfverfahren entschlackt, überflüssige Kontrollen abgebaut und notwendige Dokumentations-

und Verwaltungsanforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser entbürokratisiert.

Reform der privaten Krankenversicherung

Basistarif ohne Risikoprüfung

Ab dem 1. Januar 2009 müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Basistarif anbieten. Es besteht Kontrahierungszwang, Risikozuschläge oder -ausschlüsse gibt es im Basistarif nicht.

- ***Basistarif zu GKV-analogen Versicherungsbedingungen***

Der Basistarif muss in seinem Leistungsumfang dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein und darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten.

- ***Basistarif für freiwillig in der GKV Versicherte***

Ab dem 1. Januar 2009 können alle freiwillig in der GKV Versicherten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht in den Basistarif wechseln.

- ***Basistarif für PKV-Kunden***

- Wer bereits privat krankenversichert ist kann bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif eines Versicherungsunternehmens seiner Wahl wechseln.

- Wer 55 Jahre oder älter ist oder wer die Versicherungsprämie nachweislich nicht mehr aufbringen kann, kann auch danach noch den Basistarif wählen. Dann allerdings nur noch innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens.

- Wer ab dem 1. Januar 2009 einen PKV-Neuvertrag abschließt, erhält ein Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens.

Übertragung von Alterungsrückstellungen möglich

Die Altersrückstellungen sind grundrechtlich geschütztes Eigentum der Versicherten. Sie dienen der Glättung des Beitragsverlaufs im Leben des einzelnen Versicherten. Die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen wird daher erleichtert.

- ***Vollständige Übertragbarkeit innerhalb eines Unternehmens***

Für PKV-Versicherte, die innerhalb ihres Versicherungsunternehmens von einem "Voll"- in den Basistarif wechseln, werden die Alterungsrückstellungen vollständig übertragen.

- ***Übertragbarkeit im Umfang des Basistarifs bei Unternehmenswechsel***

Bei PKV-Versicherten, die als Neuversicherte oder innerhalb des ersten Halbjahres 2009 in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens wechseln, werden die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs auf den neuen Versicherer übertragen.

Hilfebedürftigkeit ist abgesichert

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

Finanzreform und finanzwirksame Einzelmaßnahmen

Der Gesundheitsfonds – eine Versichertengemeinschaft, ein Beitragsatz, faire Bedingungen

Das Prinzip

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragsatz. Damit gelten – wie in der gesetz-

lichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute – einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesundheitsfonds sorgt dafür, dass die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen wird. Dies ist auch Ausdruck der gesamtstaatlichen Solidarität.

Jede Krankenkasse erhält pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Diese wird gleichzeitig nach Alter, Geschlecht und bestimmten Krankheitsfaktoren modifiziert. Dieser **morbiditätsorientierte** und zugleich einfachere **Risikostrukturausgleich** innerhalb des Gesundheitsfonds umfasst so die zwischen den Kassen ungleich verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten.

Er orientiert sich an 50 bis 80 Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Der neue Risikostrukturausgleich wird – zeitgleich mit dem Fonds – ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Die Konvergenzklausel

Eine Konvergenzklausel gewährleistet, dass aus keinem Bundesland durch die Einführung des Gesundheitsfonds mehr als 100 Mio. Euro zusätzlich in andere Länder abfließen. Sollten die Belastungen größer sein, tritt eine Konvergenzklausel ein, die die jährliche Veränderung auf 100 Mio. € begrenzt.

Nach Berechnungen des Bundesversicherungsamtes ist nicht davon auszugehen, dass diese Höhe von einem der Bundesländer erreicht wird.

Der Beitragseinzug

Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Die Kassen ziehen aber die Beiträge nicht mehr für sich, sondern für den Gesundheitsfonds ein, an den die Beiträge taggleich weitergeleitet werden. Die Kassen können aber – im eigenen Interesse möglichst bald – die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten.

Ab dem 1. Januar 2011 erhalten die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine einzelne Krankenkasse zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

Mehr Transparenz

Das neue Finanzierungssystem macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder Beitragsrückerstattungen gewähren.

Eine Kasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer günstigeren Kasse wechseln.

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 Euro werden – falls für die Kasse erforderlich – ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Nimmt der Versicherte sein Kündigungsrecht wahr, muss im Kündigungszeitraum (2-3 Monate) der Zusatzbeitrag nicht bezahlt zu werden. Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag. Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag.

Der intensivierete Wettbewerb soll dafür sorgen, dass die Kassen einen Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder vermeiden können:

- Jede Krankenkasse wird verpflichtet, den Versicherten Wahlmöglichkeiten zu gewähren: neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse auch einen Hausarzttarif anbieten.
- Gleichzeitig wird der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaunternehmen, Hilfsmittelherstellern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung erheblich ausgeweitet.

Neues Vergütungssystem – mehr Planungssicherheit für Ärzte

Für die Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen innerhalb vereinbarter Leistungsmengen eingeführt. Das bringt mehr Planungssicherheit für die Ärzte, denn jeder Arzt in der ambulanten Versorgung weiß dann, was er für seine Leistungen bekommt.

Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patienten (Morbiditätsrisiko) trägt zukünftig nicht mehr die Ärzteschaft, sondern die Krankenkassen.

Was kommt wann?

Die Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im zeitlichen Überblick:

Stichtag 2./3. Lesung: 2. Februar 2007

Wechsel von freiwillig GKV-Versicherten in die private Krankenversicherung

- Stichtag für die Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

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 Arzneimitteldaten
- 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 Versicherungskarten
- 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

01.01.2008

Chroniker

- Präzisierung der Ein-Prozent-Regelung

01.07.2008

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

- Der Spitzenverband ersetzt die Krankenkassenspitzenverbände
- Gründung eines Medizinischen Dienstes auf Bundesebene durch den Spitzenverband

Gemeinsamer Bundesausschuss

- Öffentlichkeit der Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Straffung der Entscheidungsstrukturen

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