

Komprimierte Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems und Erläuterung der wesentlichen Regelungen

Ausgangslage im Jahr 2003

Das deutsche Gesundheitswesen war einmal vorbildlich für Länder in aller Welt. Noch heute ist es grundsätzlich leistungsfähig und mit erheblichen finanziellen Mitteln ausgestattet. Allein durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber stehen 142 Mrd. € zur Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die jährlich im Gleichklang mit den Einnahmen der Versicherten wachsen. Nur die USA und die Schweiz geben pro Kopf noch mehr Geld für Gesundheit aus.

Alle Versicherten haben prinzipiell den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Grundsätzlich existieren keine Wartelisten und keine Altersbeschränkungen für notwendige Operationen. Gleichzeitig sind aber Fehl-, Über- und Unterversorgung nicht zu übersehen. Beispielhaft sei auf die Radiologie verwiesen, in der rund ein Drittel der Aufnahmen nachweislich überflüssig und die Hälfte handwerklich nicht in Ordnung sind. Im Verhältnis zum Aufwand der eingesetzten Finanzmittel ist das deutsche Gesundheitswesen zu teuer, zu wenig wirksam und zu wenig an den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Die Akteure blockieren sich wechselseitig. Das Gesundheitswesen ist dem ständigen Druck einer Vielzahl von Lobbyisten ausgesetzt. So ist es erklärbar, dass überkommene Strukturen und Anreize aufrechterhalten werden, auf Kosten der Beitragszahler überflüssige oder qualitativ bedenkliche Leistungen zu erbringen.

Im Jahr 2003 muss deshalb das Gesundheitswesen grundlegend erneuert werden. Nachdem die rasante Ausgabenentwicklung durch das Beitragssatzsicherungsgesetz zumindest gebremst werden konnte, gilt es nun, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfassend und nachhaltig zu verändern. Dies betrifft sowohl die Steuerung der Versorgung als auch die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und die Sicherung der Finanzgrundlagen. Jeder Ansatz, die finanzielle Stabilität der GKV zu gewährleisten und das Verhältnis von Solidarität und Ei-

genverantwortung in eine neue Balance zu bringen, muss auf Strukturen aufbauen, die eine Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Produktivität der Versorgung gewährleisten.

Ziele

1. Wir wollen die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft verbessern und die Effizienz des Mitteleinsatzes erhöhen. Dazu wollen wir einen qualitätsorientierten Wettbewerb sowohl zwischen den Krankenkassen als auch zwischen den Leistungserbringern in einem solidarischen Ordnungsrahmen etablieren.
2. Wir wollen die Kernaufgaben der sozialen Krankenversicherung und die Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Leistungen für alle Bürgerinnen und Bürger dauerhaft sichern. Wir bewahren die Errungenschaften unseres solidarischen Gesundheitssystems, damit die Menschen keine Angst haben müssen, Krankheit werde sie finanziell ruinieren.
3. Wir wollen die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Belastungsgerechtigkeit und gesamtwirtschaftliche Wirkungen nachhaltig neu ordnen. Wir wollen die Lohnzusatzkosten spürbar entlasten und den Beitragssatz nachhaltig senken.
4. Wir wollen die Patientensouveränität und die Patientenrechte stärken und die Entscheidungsfreiheiten der Versicherten ausweiten.

Nur ein wirtschaftliches und produktives Gesundheitssystem sichert die mehr als 4 Mio. Arbeitsplätze im Gesundheitswesen und bietet Möglichkeiten, neue Arbeitsplätze zu schaffen und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu verbessern.

Die wesentlichen Regelungen

Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin

Es wird ein staatsfernes, fachlich unabhängiges „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ errichtet, in dessen Entscheidungsprozesse Vertreterinnen und Vertreter der Patienten, der Leistungserbringer, der Krankenkassen und des Staates einbezogen sind. Zentrale Aufgabe des Zentrums wird die Bewertung von medizinischem Nutzen und der Qualität von Leistungen sein. Zu Schwerpunkten des Aufgabenbereiches gehört die Erarbeitung von Empfehlungen an die Selbstverwaltungsgremien für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterhin soll das Zentrum Nutzen-Kosten-Bewertungen von Arzneimitteln vornehmen und Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten erarbeiten.

Zu den Aufgaben gehört auch die Bereitstellung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verbesserung der Patienteninformation und Transparenz für die Patientinnen und Patienten sowie zur Beschleunigung der Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Versorgung. Das Zentrum erarbeitet ferner Empfehlungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte.

Verpflichtung zur Fortbildung

Ärzte werden zur Fortbildung verpflichtet. Sie müssen künftig regelmäßig nachweisen, dass sie ihre Fortbildungspflicht erfüllt haben.

Einführung eines differenzierten Qualitätsmanagements in Praxen

Die Qualitätssicherung in Praxen und Kassenärztlichen Vereinigungen wird verbessert. In den Praxen wird ein internes Qualitätsmanagement neu eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, über ihre eigenen, die Qualitätssicherung der Ärzte unterstützenden Aktivitäten Qualitätsberichte vorzulegen.

Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

Die Arzneimittelsicherheit wird im Kontext mit entsprechenden europäischen Initiativen weiter vergrößert. Zentrale Elemente zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit sind auch die Einführung des elektronischen Rezepts sowie der elektronischen Gesundheitskarte und der elektronischen Patientenakte.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Kollektiv- und Einzelverträge

Das System der kollektivvertraglichen Leistungserbringung wird modifiziert und die Sicherstellungsverpflichtung in der ambulanten Versorgung neu geregelt. Die kollektivvertraglich organisierte Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen gilt künftig grundsätzlich nur für die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung sowie für die durch Augenärzte und Gynäkologen erbrachte fachärztliche Versorgung. Im übrigen wird der Sicherstellungsauftrag geteilt und teilweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen und teilweise von den Krankenkassen übernommen. Insbesondere ist es künftig Aufgabe der Krankenkassen, Versorgungslücken zu schließen.

Für die bereits zugelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten gilt: Sie bleiben zunächst im kollektivvertraglichen System, haben aber die Möglichkeit, aus diesem System auszuscheiden und Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Der Neuzugang zur fachärztlichen Versorgung - ausgenommen Gynäkologen und Augenärzte - erfolgt nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung, sondern durch Einzelverträge mit den Krankenkassen. Fachärzte haben grundsätzlich einen Anspruch auf Abschluss bzw. Verlängerung ihres Einzelvertrages, wenn die Versorgung bedarfsgerecht ist, deren Qualität gesichert ist und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit beachtet werden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, eine flächendeckende

Versorgung ihrer Mitglieder sicher zu stellen. Ansonsten haben Versicherte das Recht, jeden Facharzt in der Region aufzusuchen und ihrer Krankenkasse die Aufwendungen hierfür in Rechnung zu stellen.

Der Inhalt der Verträge wird soweit wie möglich den Vertragspartnern überlassen. Es wird lediglich ein gesetzlicher Mindestrahmen vorgegeben. Er bezieht sich auf die Basisqualifikation der Leistungserbringer, auf den Leistungskatalog, auf Regelungen zur preisgünstigen Arzneimittelversorgung und auf die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden besonderen Strukturqualitätsanforderungen an die Erbringung spezieller fachärztlicher Leistungen. Das Aushandeln der Vergütung ist Sache der Vertragspartner.

Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Krankenhäuser werden für hochspezialisierte Leistungen z.B. bei der Behandlung von Krebs- oder MS-Kranken, für Einzelverträge im Rahmen der integrierten Versorgung und im Rahmen von Disease-Management-Verträgen sowie in unterversorgten Regionen für die ambulante Behandlung geöffnet. Hierbei sind bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Einführung des Hausarzt systems

Die Krankenkassen werden gesetzlich verpflichtet, ihren Versicherten die Möglichkeit für die Teilnahme an einem Hausarzt system einzuräumen. Damit wird die Lotsenfunktion des Hausarztes nachhaltig gestärkt. Bisher konnten Krankenkassen dies als Satzungsleistung vorsehen - mussten es aber nicht. Für Versicherte ist die Teilnahme an einem Hausarzt system freiwillig. Wer sich hierfür entscheidet, kann Fachärzte - außer Augen-, Kinder- und Frauenärzten - künftig nur noch auf Überweisung des selbst gewählten Hausarztes in Anspruch nehmen. Versicherte, die sich für dieses Modell entscheiden, erhalten einen Bonus in Form einer Ermäßigung bei der Zuzahlung zu Arzneimitteln.

Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung

Gesundheitszentren werden künftig zur vertragsärztlichen Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Sie werden mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt. Dies gilt auch für die Möglichkeit, im fachärztlichen Bereich Einzelverträge abzuschließen.

Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Bisherige Hemmnisse werden abgebaut und der Abschluss entsprechender Verträge erleichtert. Vorgesehen ist, dass Krankenkassen und Leistungserbringer autonom Verträge zur integrierten Versorgung (z.B. Gesundheitszentren, Ärztenetze etc.) abschließen können und die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen dann außerhalb des Sicherstellungsauftrages stattfindet. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen, scheidet aus. Vielmehr liegt die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten künftig allein bei den Vertragspartnern. Krankenkassen können Verträge auch mit Trägern von Gesundheitszentren und mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (z.B. Managementgesellschaften), abschließen. Kassen können auch Einrichtungen zur integrierten Versorgung gründen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird für die Startphase ausgesetzt, um dem erheblichen Investitionsbedarf zur Gründung integrierter Versorgungsformen Rechnung zu tragen.

Therapievielfalt

Die Therapievielfalt wird gefördert. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Dies gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. „over the counter“ - Produkte; OTC), deren Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung auf besonders schwere Erkrankungen und Anwendungen bei Kindern beschränkt wird.

Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Für fachärztliche Leistungen und ambulante Operationen werden Komplexgebühren und Fallpauschalen eingeführt. Für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen gibt es künftig Pauschalvergütungen. Ferner wird die Bildung von Regelleistungsvolumina, in deren Rahmen feste Punktwerte gelten sollen, im Honorarverteilungsmaßstab verbindlich vorgegeben. Vergütungsanreize werden gesetzt zur Einführung effizienter Versorgungsformen, z.B. durch spezifische Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen.

Die Krankenkassen werden stärker in die Verantwortung für eine leistungsgerechte Honorarverteilung eingebunden. Die Effizienz der Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird verbessert und die Prüfung der Leistungsabrechnungen wirksamer gestaltet.

Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird liberalisiert und geänderten Rahmenbedingungen angepasst. Die Arzneimittelpreisverordnung wird novelliert. Die hohen Distributionskosten für Arzneimittel werden begrenzt. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden aus der Preisbindung herausgenommen. In weitergehendem Umfang als bisher werden Vereinbarungslösungen ermöglicht.

Mehrbesitz von Apotheken wird unter engen Einschränkungen zugelassen.

Unter Wahrung der Arzneimittelsicherheit wird die Versandapotheke (e-commerce) zugelassen.

Patentgeschützte Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Wirkstoffen (Festbetragsgruppe 2) werden künftig in die Festbetragsregelung einbezogen.

Modernisierung der Steuerung des Systems

Die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden modernisiert und die Arbeitsweise wird professionalisiert. Hierzu werden hauptamtliche Strukturen gebildet und kleinere Kassenärztliche Vereinigungen zu größeren Einheiten zusammengelegt. Die Hausärzte werden in ihrer Repräsentanz gestärkt.

Auch auf Kassenseite werden die Strukturen modernisiert. Organisationsprivilegien für bestimmte Kassenarten werden abgeschafft oder - wie die Möglichkeit zur Errichtung neuer bzw. zur Öffnung bestehender Krankenkassen - bis zum Inkrafttreten der Neuregelung im Risikostrukturausgleich (sog. „morbiditätsorientierter RSA“ ab 2007) ausgesetzt. Hierdurch werden die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen weiter angeglichen. Fusionsmöglichkeiten können ab 2007 auch kassenartenübergreifend erfolgen.

Die Konfliktlösungsmechanismen in der Selbstverwaltung werden verbessert. Die Möglichkeiten der staatlichen Ersatzvornahme bleiben als letztes Mittel vorbehalten.

Für eine effektivere und effizientere Steuerung von Geldmitteln und Leistungen werden die Datengrundlagen und Datentransparenz verbessert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden verpflichtet, eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zu bilden.

Steuerung des Ordnungsverhaltens

Zur Steuerung des Ordnungsverhaltens werden künftig Honorare und veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Heilmittel) miteinander verknüpft. Künftig muss ein bestimmter Anteil der Gesamtvergütungen vereinbart werden, der zu abgestimmten Maßnahmen zur Information und Beratung der Versicherten über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Im Rahmen dieses Betrages sollen auch Bonuszahlungen an die Vertragsärzte verteilt werden, bei denen die Schnellinformationen anzeigen, dass das Richtgrößenvolumen eingehalten wird.

Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen

Es wird die Verpflichtung eingeführt, Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen zu veröffentlichen, um Transparenz über den Einsatz öffentlicher Mittel herzustellen.

Stärkung der Patientensouveränität

Beteiligungsrechte

Patientenverbände werden künftig in alle relevanten kollektiven Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie erhalten Informations-/Beteiligungs- und Anhörungsrechte in Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere beim Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin und bei den Bundesausschüssen. Ferner sind sie auch bei der Erstellung von Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, über Heilmittel und häusliche Krankenpflege sowie bei der Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses zu beteiligen.

Patientenbeauftragte/r

Die Beteiligungs- und Anhörungsrechte einer/eines Patientenbeauftragten werden konkret geregelt. Sie/er soll auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen, insbesondere auch im Gesundheitswesen, hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern. Vorgesehen ist u.a. eine Beteiligung bei Richtlinien-Entscheidungen der Bundesausschüsse sowie ein Antragsrecht bei Entscheidungen über die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der GKV.

Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Leistungen im europäischen Ausland

Abweichend vom Sachleistungsprinzip gilt künftig bei Inanspruchnahme von Leistungen in Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages für alle Versicherten in Anpassung an die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip. Die Regelung ermöglicht es Versicherten, ohne bürokratischen Aufwand künftig unmittelbar Leistungen von Leistungserbringern im europäischen Ausland in Anspruch zu neh-

nehmen; eine Kontaktaufnahme mit der zuständigen Krankenkasse vor Leistungsanspruchnahme oder bürokratische Verfahren im Aufenthaltsstaat sind künftig nicht mehr nötig.

Allerdings erhalten freiwillig Versicherte in Umsetzung der Entscheidung des EuGH im Streitverfahren Kohll/Decker generell einen Kostenerstattungsanspruch über alle Leistungssektoren. Pflichtversicherte dagegen haben in Berücksichtigung der Begründung zur Entscheidung des EuGH im Streitverfahren Smits/Peerbooms für ärztliche, zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, für Zahnersatz und Krankenhausleistungen nur dann einen Kostenerstattungsanspruch, wenn sie zuvor die Genehmigung ihrer Krankenkasse eingeholt haben.

Förderung der Prävention

Zur Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen stärker zur Kooperation untereinander und mit anderen Beteiligten verpflichtet. Es ist vorgesehen, dass ein Teil der für Prävention zu verwendenden Mittel für Gemeinschaftsprojekte investiert oder als Einlage in einen Gemeinschaftsfonds für „Prävention und Gesundheitsförderung“ beim Bundesversicherungsamt einzubringen ist. Weiter werden die Kassen verpflichtet, kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds für die Förderung der Selbsthilfe einzurichten, damit die entsprechenden Gelder zielgerichtet und effizient verwendet werden.

Zur Stärkung der Prävention insgesamt wird ein eigenes Präventionsgesetz vorgelegt werden.

Bonus für Versicherte

Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten werden durch gezielte Anreize gefördert: Für Versicherte, die durch freiwillige Einschreibung in ein Hausarztssystem oder die Teilnahme an Disease-Management-Programmen oder an der integrierten Versorgung zu einer abgestimmten und koordinierten Behandlung ihren Beitrag leisten, wird es künftig einen Bonus geben: Sie zahlen künftig deutlich weniger als die sonst fällig werdenden Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel.

Den Krankenkassen wird ferner die Möglichkeit gegeben, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ei-

nes Arbeitgebers kann die Kasse sowohl dem Arbeitgeber als auch teilnehmenden Versicherten Boni gewähren.

Kooperation der Krankenkassen mit der privaten Krankenversicherung

Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, mit privaten Versicherungsunternehmen zu kooperieren. Versicherte erhalten hierdurch die Möglichkeit, bestimmte Versicherungen, die ihren Versicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können, möglichst zu kostengünstigen Gruppentarifen. Dies gilt insbesondere für eine Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, den Ein- oder Zweibett-Zuschlag im Krankenhaus, eine Auslandskranken- oder Sterbegeldversicherung.

Verbesserung der Transparenz für Versicherte

Auf allen Ebenen der gesetzlichen Krankenversicherung wird es mehr Transparenz und Information geben. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin wird auf jeder Stufe der Vorarbeiten Transparenz sichergestellt. Für ärztliche Behandlungen gibt es künftig auf Verlangen eine Patientenquittung, aus der Leistungen und vorläufige Kosten für Patienten ersichtlich sind.

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte erfolgt flächendeckend zum 1. Januar 2006.

Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen

Es wird die neue Funktion eines/einer Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption als Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger sowie für Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens eingerichtet, ausgestattet mit umfangreichen Prüfrechten. Bei hinreichendem Verdacht auf strafbare Handlungen leitet die/der Beauftragte die jeweiligen Fälle an die Staatsanwaltschaft weiter.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen werden verpflichtet, Prüf- und Ermittlungseinheiten zur Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfung einzurichten.

Insbesondere im Heilmittelwerbegesetz werden die Sanktionen verschärft.

Neuordnung der Finanzierung

Versicherungsfremde Leistungen

Versicherungsfremde Leistungen, die keinen Bezug zu Krankheit haben und gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, werden künftig aus Steuermitteln finanziert. Hierzu zählen z.B. das Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Zur Gegenfinanzierung wird die Tabaksteuer um 1 € je Packung angehoben.

Künstliche Befruchtung und Sterilisation, die in erster Linie die eigene Lebensplanung und die Eigenverantwortung betreffen, sind künftig von den Versicherten selbst zu finanzieren.

Krankengeld

Das Krankengeld wird künftig allein durch die Versicherten finanziert. Es bleibt bei einer solidarischen Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, an deren Finanzierung die Versicherten gemäß ihrer Leistungsfähigkeit beteiligt werden.

Beitragszahlung während des Bezugs von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld oder während der Inanspruchnahme von Elternzeit

Künftig sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung während des Bezugs von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld oder während der Inanspruchnahme von Elternzeit beitragspflichtig. Für Pflichtversicherte wird während dieser Zeit der Beitrag vom Bund getragen. Freiwillig Versicherte erhalten einen Beitragszuschuss in Höhe des von ihnen zu tragenden Mindestbeitrages. Faktisch bleiben die von der Regelung Betroffenen damit nach wie vor „beitragsfrei“.

Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. OTC) werden künftig grundsätzlich aus der Leistungspflicht der Krankenkassen herausgenommen. Dies gilt nicht für Arzneimittel zur Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und nicht für Kinder, die behindert und auf Hilfe angewiesen sind. Im Einzelfall, bei besonders schweren Erkrankungen können Vertragsärzte ausnahmsweise nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, soweit dies der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien vorgesehen hat.

Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit

Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern werden künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.

Einbeziehung von Sozialhilfe-Empfängern

Künftig übernehmen die Krankenkassen auch für die Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, die Aufwendungen für Krankenbehandlung in dem Rahmen, als seien sie gesetzlich krankenversichert. Die Sozialhilfeträger erstatten den Kassen die entsprechenden Aufwendungen plus einer Verwaltungskostenpauschale.

Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen

Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird künftig begrenzt auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

Verpflichtung zur Weitergabe von Einsparungen an die Versicherten

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die mit dem Gesetz verbundenen Umfinanzierungen in voller Höhe und die weiteren Einsparungen mindestens zur Hälfte in Beitragssatzsenkungen umzusetzen, bevor die Mittel zur Auffüllung von Rücklagen oder zum Schuldenabbau genutzt werden.

Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Arzneimittelzuzahlung

Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel wird modifiziert. Künftig wird die Zuzahlung je nach Packungsgröße stärker differenziert. Für Versicherte, die beispielsweise am Hausarztssystem oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teilnehmen, wird der Eigenanteil im Rahmen einer Bonusregelung deutlich ermäßigt. Versicherte, die wegen derselben Erkrankung mehr als ein Jahr in Behandlung sind, zahlen je verordnetem Medikament für die entsprechende Erkrankung ebenfalls einen ermäßigten Satz. Menschen mit Einkommen unterhalb des Existenzminimums (z.B. Sozialhilfeempfänger) zahlen ebenfalls in Zukunft einen - stark ermäßigten - Mindestsatz je Packung.

Praxisgebühr

Versicherte, die ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen, zahlen künftig für jede erste Inanspruchnahme pro Abrechnungsquartal eine Praxisgebühr in Höhe von 15 €. Ausgenommen sind Besuche bei Augenärzten, Kinderärzten oder Frauenärzten sowie in Notfällen. Ausgenommen sind ferner Konsultationen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme oder integrierter Versorgung.

Einheitliche Überforderungsklausel für alle Versicherten

Für alle Versicherten gilt künftig gleichermaßen bei Fahrkosten und Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel eine Belastungsgrenze in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens. Die besondere Überforderungsklausel für chronisch Kranke wird aufgrund der nun neu geregelten Befreiungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis aufgehoben.

Eigenbeteiligung im Krankenhaus

Die Zuzahlung im Krankenhaus wird auf 12 € je Krankenhaustag angehoben. Es bleibt bei der bisherigen zeitlichen Begrenzung auf höchstens 14 Tage im Jahr.

Einführung therapiebezogener Festzuschüsse bei Zahnersatz

Anstelle der prozentualen Zuschüsse bei Zahnersatz wird es künftig therapiebezogene Festzuschüsse auf der Grundlage von Leistungskomplexen als Sachleistung bei Zahnersatz geben. Härtefälle werden besonders berücksichtigt.

Finanzielle Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes werden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung entscheidend verbessert und die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt. Aus den vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ergibt sich im Jahr 2004 ein finanzielles Entlastungsvolumen in einer geschätzten Größenordnung von ca. 13 Mrd. €. Die Ablösung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einem derzeitigen Finanzvolumen von ca. 7 Mrd. € durch ein rein versicherterbezogene Finanzierung kommt hinzu, so dass sich insgesamt ein Finanzvolumen von rund 20 Mrd. € ergibt, das massiv zur Entlastung bei den Lohnnebenkosten beiträgt.