



Eine Reform für die Versicherten?

Eckpunkte des Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Dies sei eine „Reform für die Versicherten und Patienten“, heißt es in einer aktuellen Information der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag zur Gesundheitsreform. Das „anerkannt hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung“ werde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gesichert – was zu beweisen wäre. Bis dahin gilt lediglich: Der Fortbestand der Großen Koalition aus CDU, CSU und SPD konnte gesichert werden.

Wie sieht das deutsche Gesundheitssystem nach der Reform aus?

- Trotz großer Finanzierungsprobleme wird der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeweitet. Neu sind Impfungen und Mutter-Kind-Kuren, ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation für ältere und pflegebedürftige Menschen sowie spezialisierte Betreuung für Schwerstkranke.
- Wahlmöglichkeiten bei Versorgungsmodellen und Versicherungstarifen wachsen – vorausgesetzt die gesetzlichen Krankenkassen bieten entsprechende Verträge, z. B. mit Selbstbehalt, und Wahltarife für Kostenerstattung an. Altersrückstellungen eines privaten Krankenversicherungsunternehmens werden beim Wechsel von Neukunden in ein anderes PKV-Unternehmen ab 2009 mitgegeben.
- Zulassungsbeschränkungen bei der vertragszahnärztlichen Berufsausübung entfallen mit dem geplanten Inkraft-Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. April 2007. In Zusammenhang mit den bereits seit Januar 2007 geltenden Bestimmungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bringt dies ein Mehr an Wettbewerb, hat zugleich aber auch Konsequenzen für die Bewertung bei Veräußerung oder Übertragung von Praxen.
- Neben den bereits bestehenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Bereich der Qualitätssicherung werden dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zusätzliche Kompetenzen übertragen.
- Kostenerstattung kann künftig (wieder) für einzelne Sektoren der ambulanten Behandlung gewählt werden, also z. B. für Zahnbehandlung. Die Versicherten müssen ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung „in Kenntnis setzen“. Auch der Zahnarzt wird in die Pflicht genommen. So heißt es im neuen § 13 Abs. II SGB V: „Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.“ Die Bestimmung gilt nicht für Versicherte, die einen Tarif mit Kostenerstattung gewählt haben.
- Die private Krankenversicherung muss ab dem 1. Januar 2009 einen „Basistarif“ anbieten. Während im ursprünglichen Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ein unbeschränkter Zugang aller Vollversicherten der PKV in den neuen „Billigtarif“ vorgesehen war, wird der Zugang nun zeitlich begrenzt. Bisherige Bestandsversicherte können nur innerhalb eines „Zeitfensters“ vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 in den Basistarif wechseln; danach besteht (immer noch) eine Wechselmöglichkeit für über 55-Jährige und „Bedürftige“, wobei diese Personengruppen nur in den Basistarif des eigenen Unternehmens wechseln dürfen. Beihilfeberechtigte und nach dem 31. Dezember 2008 Versicherte sollen jederzeit in den Basistarif wechseln können.



- Nichtversicherte können von Juli 2007 bis Dezember 2008 den bereits bestehenden Standardtarif nutzen, der derzeit nur für PKV-Versicherte ab dem 55. Lebensjahr gilt, um ohne Gesundheitsprüfung Versicherungsschutz zu erlangen; es besteht Kontrahierungszwang. Die Prämie soll den durchschnittlichen Höchstbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der Standardtarif wird ab 1. Januar 2009 als Basistarif fortgeführt und für Neukunden grundsätzlich offenstehen.
 - Mit der Ausgestaltung des Basistarifs – inklusive eines „Risikostrukturausgleichs“ – wird der PKV-Bundesverband „beliehen“, unterliegt insoweit aber der Fach- und Rechtsaufsicht. Sicherstellung und Abrechnung der Leistungen erfolgen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Grundlage sollen einvernehmliche Regelungen sein, die der PKV-Verband mit Beihilfestellen und KZVen trifft. Allerdings wird der entsprechende Tarif auf den (derzeit) 2-fachen GOZ-Satz „gedeckt“ (bei Ärzten 1,8-fach GOÄ).
 - Ab Januar 2009 wird eine Versicherungspflicht eingeführt und das bisherige Finanzierungssystem der GKV auf ein Fondsmodell umgestellt. Alle Beiträge landen künftig in einem „Gesundheitsfonds“ und werden von dort – nach Alters- und Risikoausgleich – an die Krankenkassen verteilt. Kassen, die mit den zugewiesenen Mitteln nicht auskommen, dürfen zusätzliche Prämien in Höhe von maximal einem Prozent des beitragspflichtigen Einkommens oder alternativ acht Euro monatlich erheben. Gegen einen zu hohen Mittelabfluss aus Bundesländern, die bislang über höhere Beitragseinnahmen (wegen niedrigerer Arbeitslosigkeit oder höherer Einkommen) verfügen, soll eine – insbesondere von Bayern geforderte – sogenannte „Konvergenzklausel“ schützen, die den „Solidarausgleich“ auf 100 Millionen Euro jährlich begrenzt. Dennoch ist davon auszugehen, dass dieses Fondsmodell insbesondere für Bundesländer mit durchschnittlich höheren zahnärztlichen Leistungsvergütungen Einbußen mit sich bringt.
 - Kassenzahnärztliche Vereinigungen (Körperschaften des öffentlichen Rechts) können künftig auch (zivilrechtlich verfasste) Dienstleistungs-Gesellschaften gründen, um beim Abschluss von Versorgungsverträgen zu beraten oder Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze zu übernehmen. Weitere Dienstleistungen können erbracht werden in den Bereichen Datenverarbeitung, -sicherung und -schutz. Auch für die Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen zur Vertragsarztstätigkeit, für die Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, welche die Versorgung von Versicherten und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen, können Dienstleistungsgesellschaften gegründet werden.
- Mehr als 40 Abgeordnete der Koalition, darunter die CSU-Abgeordneten Karl-Theodor Freiherr von und zu Guttenberg und Stefan Müller, und die bayerischen SPD-Abgeordneten Klaus Barthel, Angelika Graf, Dr. Bärbel Kofler, Ewald Schurer und Jella Teuchner haben dem Druck ihrer Parteiführungen Stand gehalten und gegen das GKV-WSG gestimmt. Mögen die Motive unterschiedlich sein, Einigkeit herrscht weitgehend darin, dass die Reform alle selbst gesteckten Ziele der Koalition verfehlt. Stattdessen wird das Gesundheitssystem weiter bürokratisiert, Beiträge steigen, die Versorgungsqualität sinkt. Andere fürchten, dass ein Systemwechsel stattfindet, der schnurstracks in ein staatliches Gesundheitssystem führt. Dafür spricht der einheitliche Krankenversicherungsbeitrag, den die Politik künftig festlegen wird, der Gesundheitsfonds, die weitgehende Verstaatlichung der Selbstverwaltung und die Zentralisierung der Entscheidungen auf Bundesebene. Wie heißt es doch zutreffend in der zitierten Mitteilung der CSU an ihre Funktionsträger: „Anlass zur Euphorie besteht nicht“.

Rechtsanwalt Peter Knüpper
Hauptgeschäftsführer der BLZK