

Gesundheitsreform – was kommt Neues?

Jetzt kommt die Gesundheitsreform. Am 16. Februar 2007 passierte das Gesetzwerk den Bundesrat, Ende März wurde es vom Bundespräsidenten ausgefertigt und bereits am 1. April sind die ersten Regelungen in Kraft getreten. Kaum einem, der nicht am Gesetzgebungsverfahren beteiligt war, ist klar, was die Gesundheitsreform tatsächlich bringt. Wesentliche Änderungen treten zunächst für gesetzlich Versicherte und bisher nicht Versicherte ein. Auswirkungen im Bereich der privaten Versicherer ergeben sich erst ab 2009.

Versicherungspflicht

Eines der Ziele der Reform war es, eine umfängliche Absicherung der Bevölkerung zu erzielen. Deshalb soll die Krankenversicherung für alle zur Pflicht werden. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, kehrt in seine letzte Versicherung zurück, sei es eine gesetzliche oder eine private Versicherung. Pflichtcharakter hat diese Regelung zunächst (bereits ab 01.01.2007) allerdings nur für die den gesetzlichen Krankenkassen zuzuordnenden Bürger. Die den privaten Versicherern zuzuordnenden Bürger trifft diese Pflicht erst ab 01.01.2009.

Kontrahierungszwang

Im Gegenzug zur Versicherungspflicht der Bürger sind künftig sowohl private Versicherer als auch gesetzliche Krankenkassen verpflichtet, entsprechende Aufnahmeanträge positiv zu bescheiden (Kontrahierungszwang). Wer bislang ohne Versicherungsschutz ist, muss wieder von der privaten (gilt ab 01.07.2007) oder gesetzlichen (gilt ab 01.04.2007) Kasse aufgenommen werden, bei der er zuletzt versichert war. Dabei haben die privaten Versicherer – allerdings erst ab 2009 – den so genannten Basistarif anzubieten (bis dahin gilt der Standardtarif ohne Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse).

Der Basistarif

Antragsteller mit Vorerkrankungen können von ihnen dann nur in den bisherigen Tarifen abgelehnt werden. Der Basistarif steht ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse jedem offen. Seine Leistungen entsprechen in etwa den Leistungen der gesetzlichen Kassen. Der Preis darf dabei den maximalen Beitrag der gesetzlichen Kassen nicht übersteigen und wird je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich hoch sein. Risikozuschläge für besondere Krankheiten werden nicht erhoben. Auch Leistungsausschlüsse finden nicht statt. Für Beihilfeberechtigte wird er als beihilfekonformer Basistarif angeboten. Kann jemand den Beitrag im Basistarif nicht bezahlen, weil er finanziell hilfebedürftig ist, wird die Prämie halbiert. Finden keinerlei Zahlungen statt, erhält der Versicherte nur noch unaufschiebbare Leistungen im akuten Fall.

Wechsel in den Basistarif

Nach Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 werden alle bereits bisher privat Versicherten innerhalb der ersten sechs Monate, also bis zum 30.06.2009, die Möglichkeit haben, in diesen Tarif zu wechseln. Später ist ein Wechsel für die so genannten Bestandskunden der privaten Versicherer nur noch möglich, wenn sie älter als 55 Jahre sind oder ihre Prämie nicht mehr bezahlen können. Beim Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens können bisher angesparte Altersrückstellungen komplett beitragsmindernd angerechnet werden. Bürger, die sich erst nach 2009 versichern, können auch in jüngeren Jahren von ihrem normalen Tarif in den Basis-Tarif wechseln. Für freiwillig gesetzlich Versicherte, die mindestens drei Jahre über der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdient haben und in die private Versicherung wechseln, gilt ebenfalls diese Sechs-Monats-Frist ab dem Beginn der Wechselmöglichkeit.

Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Versicherung

Der Wechsel von der gesetzlichen zur privaten Versicherung gestaltet sich künftig schwieriger. Er ist nur noch möglich, wenn das Entgelt eines Arbeitnehmers drei Jahre (nicht wie bisher nur im vergangenen Jahr) über der Bemessungsgrenze (3.975 Euro/Monat im Jahr 2007) liegt. Beamte sind ohne diese Beschränkung der privaten Versicherung zuzuordnen.

Mitnahme von Altersrückstellungen

Der Wechsel zwischen verschiedenen privaten Versicherern wird erst bei ab dem 01.01.2009 geschlossenen Verträgen erleichtert. Dann werden Versicherte ihre Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs zu einem neuen Unternehmen mitnehmen können. Für Bestandskunden erfolgt eine Weitergabe der Rückstellungen bei einem Wechsel in den Basistarif oder einen anderen Tarif eines anderen Versicherers nur nach einer Kündigung im Zeitraum vom 01.01.2009 bis 30.06.2009.

Eine Mitnahme der Altersrückstellungen in die GKV wird nicht möglich sein. Es bleibt auch dabei, dass von der PKV nur unter bestimmten Voraussetzungen in die GKV gewechselt werden kann.

Auswirkungen auf die Beitragshöhe

Speziell die Finanzierung der im Basistarif zusätzlich abgesicherten Risiken sowie die dortige Beitragsgarantie, ebenso wie die künftig mögliche Mitnahme der Altersrückstellungen wird voraussichtlich für die bereits bisher Versicherten zu Beitragsanhebungen führen. Inwieweit für Beihilfeberechtigte künftig gesonderte Berechnungsgrundlagen gelten werden, die die besonders günstigen Risiken im öffentlichen Dienst berücksichtigen, bleibt abzuwarten.

Gesundheitsfonds

Zentrales Element der Reform ist der so genannte Gesundheitsfonds. Er erweitert das Krankenkassensystem um die künftige Steuerfinanzierung und startet erst im Januar 2009. Beitrags- und Steuergelder sollen zentral eingenommen und an die gesetzlichen Krankenkassen weitergeleitet werden. Damit soll ein Finanzausgleich zwischen armen und reichen Krankenkassen gewährleistet werden. Die bisher unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen werden durch einen einheitlichen Beitragssatz ersetzt, der durch das Bundesgesundheitsministerium festgelegt wird. Krankenkassen, die mit den ihnen aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Mitteln nicht auskommen, können zusätzliche Beiträge (bis 8 € pro Monat ohne Einkommensprüfung, bei höheren Pauschalsätzen beschränkt auf 1 % des Einkommens) von ihren Mitgliedern erheben.

Überarbeitung der Leistungen der gesetzlichen Kassen

Als weiteres Element der Reform werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung überarbeitet: Für Schwerstkranke und Alte gibt es mehr Unterstützung, für selbstverschuldete Krankheiten (z. B. infolge von Piercings und Schönheitsoperationen) müssen Patienten selbst aufkommen. Chronisch Kranke sind angehalten, mehr für ihre Vorsorge zu tun. Darüber hinaus sollen künftig Mutter/Vater-Kind-Kuren und alle empfohlenen Impfungen in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

Gleichzeitig werden die GKV's im Rahmen ihrer Beitragsgestaltung (z. B. durch neue Tarife und Wahlmöglichkeiten, Selbstbehalte, Prämien etc.) aber auch durch entsprechende Maßnahmen gegen den Missbrauch der Versichertenkarten wirtschaftlicher werden.