



Willkommen in der Solidarität!

Informationen zur Gesundheitsreform 2007

Stand: März 2007

Ziele der Gesundheitsreform

Zukunftssicher und solidarisch: die neue Gesundheitsversicherung

Alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen einen Krankenversicherungsschutz haben: Niemand soll durch Krankheit in seiner wirtschaftlichen Existenz gefährdet sein.

Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung soll auf hohem Niveau gesichert werden: Jede und jeder soll auch in Zukunft die medizinische Behandlung erhalten, die sie oder er braucht.

Die Beiträge der Versicherten sollen wirtschaftlich eingesetzt werden. Jeder Euro soll da ankommen, wo er benötigt wird.

Bausteine der Gesundheitsreform

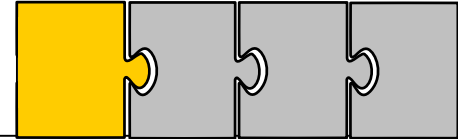


4 in 1: Vier Reformen in einer

Die Gesundheitsreform 2007 beinhaltet Reformen in vier wesentlichen Bereichen:

- die Einführung eines Versicherungsschutzes für alle
- die Verbesserung der medizinischen Versorgung
- die Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen
- die Reform der Finanzierungsordnung: der Gesundheitsfonds

Versicherungsschutz für alle



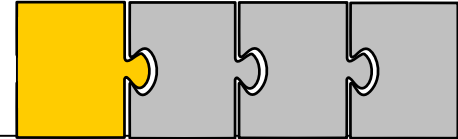
Eine Regel ohne Ausnahme

Wussten Sie, dass in Deutschland mindestens 200.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz leben? Nicht ohne Risiko.

Niemand soll durch Krankheit in seiner wirtschaftlichen Existenz gefährdet sein. Darum muss sich zukünftig auch jeder versichern. Fortan besteht für alle Einwohnerinnen und Einwohner die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Damit haben erstmals in der deutschen Sozialgeschichte alle Bürgerinnen und Bürger eine Absicherung im Krankheitsfall.

Versicherungsschutz für alle



Was gilt für wen?

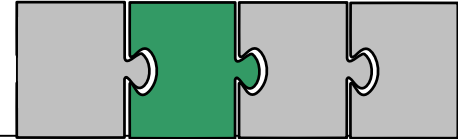
Ehemals gesetzlich Krankenversicherte

Versicherte, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, kehren in die Gesetzliche Krankenversicherung zurück. Die Pflicht zur Versicherung gilt ab dem 1. April 2007.

Ehemals privat Versicherte

Ehemals privat Versicherte können sich ab dem 1. Juli 2007 zum Standardtarif (ab 2009: Basistarif) in der privaten Krankenversicherung versichern, und zwar ohne persönliche Risikozuschläge. Ab 1. Januar 2009 gilt auch hier die Pflicht zur Versicherung.

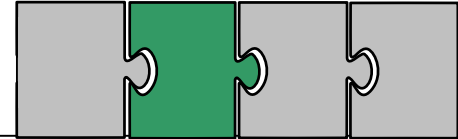
Verbesserung der medizinischen Versorgung



Ausbau von Leistungen – wo es notwendig ist

Mit dieser Gesundheitsreform werden keine Leistungen eingeschränkt – im Gegenteil: Wo es notwendig ist, werden sie gezielt ausgebaut.

Verbesserung der medizinischen Versorgung



Ambulante Behandlung – auch im Krankenhaus

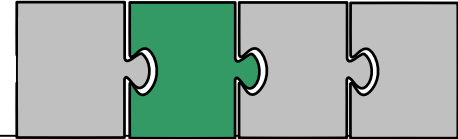
Bestimmte schwerwiegende Erkrankungen (zum Beispiel Krebs, Aids) dürfen auch in Krankenhäusern künftig ambulant behandelt werden. Betroffene Patientinnen und Patienten erhalten dadurch eine bestmögliche Behandlung.

Sterben in Würde – auch zu Hause

Schwerstkranke Menschen sollen auch zu Hause in Würde sterben können und möglichst wenig leiden müssen. Ihre medizinische und pflegerische Versorgung kann zukünftig durch ambulante Pflegeteams übernommen werden.

Kinderhospize werden finanziell entlastet.

Verbesserung der medizinischen Versorgung



Anspruch auf Impfungen und Kuren

Wichtige Leistungen muss die Kasse übernehmen. Dazu zählen alle empfohlenen Impfungen sowie notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren.

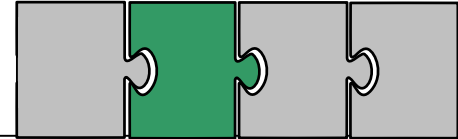
Anspruch auf häusliche Krankenpflege

Menschen, die beispielsweise in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege. Sie werden dadurch den Patienten in „normalen“ Privathaushalten gleichgestellt.

Anspruch auf sinnvolle Rehabilitationsleistungen

Rehabilitationsmaßnahmen müssen künftig von den Kassen bezahlt werden. Vor allem ältere Menschen sollen die Möglichkeit haben, nach einem Unfall oder einer Krankheit in ihrer häuslichen Umgebung gesund zu werden. Auch Pflegebedürftige sollen Anspruch auf Reha-Leistungen haben.

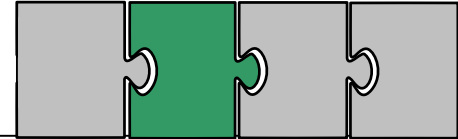
Verbesserung der medizinischen Versorgung



Bestmögliche Qualität zum besten Preis

Auch in Zukunft sollen alle Patientinnen und Patienten Zugang zu wirksameren, verbesserten Arzneimitteln haben. Dabei müssen die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung im Mittelpunkt stehen.

Verbesserung der medizinischen Versorgung



Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Nicht alles was teuer ist, ist gut. Eine unabhängige Bewertung wird daher künftig Arzneimittel prüfen – auf ihren Nutzen und den Preis.

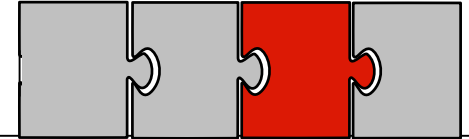
Ärztliche Zweitmeinung

Bestimmte neue Arzneimittel sind nicht nur sehr teuer, sondern oft auch risikoreich. Für ihre Verordnung ist deshalb künftig eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich.

Mehr Wettbewerb durch Rabattverträge

Krankenkassen müssen nicht jeden Preis für Arzneimittel zahlen. Sie können für ihre Versicherten Rabatte mit den Herstellern aushandeln.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen

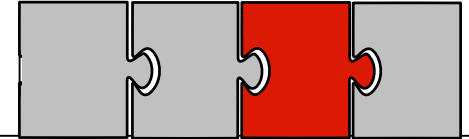


Mehr Wettbewerb – mehr Wahlfreiheit für Versicherte

Ob gesetzliche oder private Krankenversicherung – beide Systeme müssen sich zukünftig einem deutlich stärkeren Wettbewerb stellen. Sie sollen sich mehr als bisher an den Bedürfnissen und Wünschen ihrer Versicherten orientieren. Und für die Versicherten bedeutet das: mehr Wahlfreiheit und bessere Entscheidungsgrundlagen

- durch eine individuellere Tarifgestaltung in der GKV (Wahltarife)
- durch weniger Bürokratie und starke Kassen
- durch eine neue Tarifgestaltung in der PKV (Basistarif)
- durch die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen

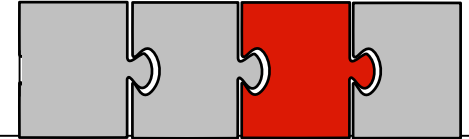


Mehr Wahlfreiheit durch individuelle Tarife

Die Gesundheitsreform stärkt den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Dabei stehen die Versicherten im Mittelpunkt. Eine Vielzahl neuer Tarifmöglichkeiten stärkt vor allem die Wahlfreiheit der Versicherten.

Versicherte sollen selbst entscheiden können, was gut für sie ist!

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



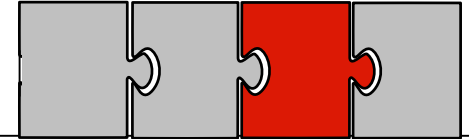
Angebote nach Maß – zwei Beispiele für die neuen Tarife

Hausarzttarif – Wer immer zuerst zum Hausarzt geht, erhält Zuzahlungsermäßigungen oder bekommt eine Prämie ausgezahlt.

Selbstbehalttarif – Wer für einen Teil seiner ärztlichen Behandlung selbst aufkommt, erhält von seiner Krankenkasse eine Prämie.

Fragen Sie Ihre Kasse! Fragen Sie auch andere Kassen nach ihren Angeboten! Sie entscheiden.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



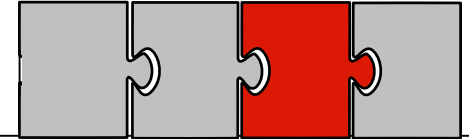
Verantwortung lohnt sich!

Durch die Gesundheitsreform werden stärkere Anreize für mehr Vorsorge geschaffen.

Für jüngere Versicherte ist die regelmäßige Teilnahme an empfohlenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen künftig Voraussetzung, um im Fall einer chronischen Erkrankung die verminderte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen (ein Prozent der Bruttoeinnahmen) in Anspruch nehmen zu können. Diese Regelung gilt ab dem 1. Januar 2008. Sie betrifft Frauen, die am 1. April 2007 unter 35 Jahre und Männer, die an diesem Tag unter 45 Jahre sind.

Für alle, die älter sind und im weiteren Lebensverlauf chronisch krank werden sowie für Versicherte, die heute bereits chronisch krank sind, bleibt es bei der 1-Prozent-Zuzahlungsgrenze, wenn sie sich therapiegerecht verhalten.

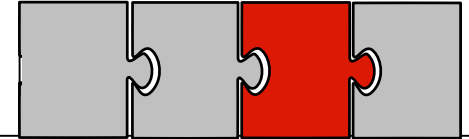
Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



Weniger ist mehr – Bürokratie wird abgebaut

Die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist das oberste Ziel im Gesundheitswesen. Mehr Wettbewerb muss deshalb mit weniger Bürokratie einhergehen. Der wachsende Verwaltungsaufwand hemmt eine ebenso hochwertige wie wirtschaftliche Gesundheitsversorgung. Deshalb wird im gesamten System Bürokratie gezielt abgebaut.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



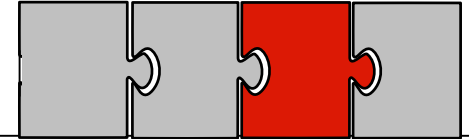
Ein Spitzenverband wird gebildet

Künftig vertritt ein einheitlicher Spitzenverband die gesetzliche Krankenversicherung auf Bundesebene statt bisher sieben.

Fusionen werden erleichtert – der Wettbewerb gestärkt

Krankenkassen bekommen weitreichende Freiheiten, sich zu neuen wirtschaftlichen Einheiten zu verbinden. In Zukunft können sie auch „kassenartenübergreifend“ fusionieren. Dann kann zum Beispiel eine AOK auch mit einer Betriebskrankenkasse oder eine Ersatzkasse mit einer Innungskrankenkasse zusammen gehen.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



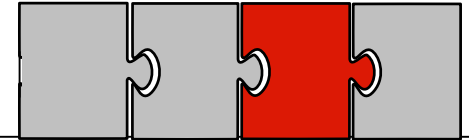
Schnellere Entscheidungen

Entscheidungen darüber, ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von der Krankenkasse bezahlt werden, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss künftig schneller getroffen. Patienten profitieren damit frühzeitiger von neuen medizinischen Verfahren.

Mehr Zeit für Patienten

Ärzte und Pflegepersonal klagen über zuviel Bürokratie im Gesundheitswesen. Mit der Gesundheitsreform 2007 werden Abrechnungsverfahren vereinfacht, überflüssige Kontrollen abgebaut und Dokumentationsanforderungen entbürokratisiert.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



Der Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Ein Angebot an alle

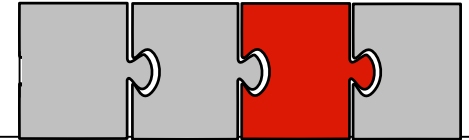
Ab dem 1. Januar 2009 müssen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Basistarif anbieten. Es besteht Kontrahierungszwang. Persönliche Risikozuschläge gibt es nicht.

Ab 1. Januar 2009 neu geschlossene KV-Verträge enthalten das dauerhafte Recht, in den Basistarif anderer Unternehmen zu wechseln. Erstmals gibt es damit auch hier Wettbewerb zu Gunsten der Versicherten.

Gleicher Leistungsumfang wie in der Gesetzlichen

Der Basistarif muss in seinem Umfang dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein, die Prämie darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Weitere Regelungen stellen sicher, dass Versicherte finanziell nicht überfordert werden.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



Der Basistarif – Was gilt für wen?

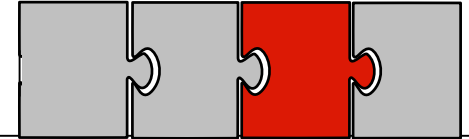
Basistarif für freiwillig gesetzlich Versicherte

Nach dem 1. Januar 2009 können alle freiwillig gesetzlich Versicherten in den Basistarif wechseln. Dies ist innerhalb von sechs Monaten möglich. Weitere Voraussetzung bei Arbeitnehmern ist, dass ein Zeitraum von drei Jahren voraus gegangen ist, in dem der Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze lag.

Basistarif für Kunden der PKV

Wer bereits vor 2009 privat krankenversichert ist, kann bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif einer Versicherung seiner Wahl wechseln.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



Der Basistarif – Was gilt für wen?

Basistarif für ältere Versicherte der PKV

Wer 55 Jahre oder älter ist, oder eine Rente oder Pension bezieht, kann in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens wechseln.

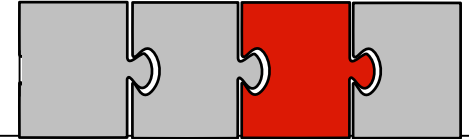
Basistarif für Menschen, die die Prämie nicht mehr aufbringen können

Wer die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen kann, kann ebenfalls in den Basistarif seines Versicherungsunternehmens wechseln.

Basistarif bei Neuverträgen der PKV

Wer ab dem 1. Januar 2009 eine private Vollversicherung abschließt, erhält ein dauerhaftes Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



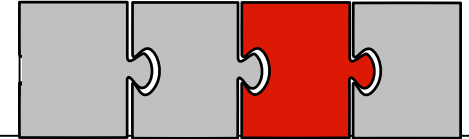
Alterungsrückstellungen – Übertragung wird möglich

Privatversicherte bilden sogenannte Alterungsrückstellungen, mit denen die höheren Kosten im Alter geglättet werden.

Bisher konnten Versicherte bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens ihre Alterungsrückstellungen nicht übertragen, sondern mussten sie neu aufbauen. Die Versicherungsprämien verteuerten sich erheblich.

Mit der Gesundheitsreform wird die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen erleichtert.

Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen



Regelung für bereits privat Versicherte

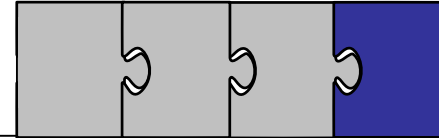
Wer innerhalb eines Versicherungsunternehmens in den Basistarif wechselt, nimmt die Altersrückstellungen im vollen Umfang mit.

Wer innerhalb des ersten Halbjahrs 2009 in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens wechselt, nimmt die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs zum neuen Versicherer mit.

Regelung für PKV-Neuverträge

Wer ab dem 1. Januar 2009 einen neuen Vertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abschließt, kann bei einem späteren Versicherungswechsel die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds

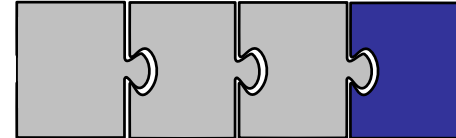


Für eine klare und nachvollziehbare Finanzierung

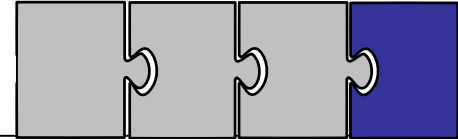
Mit dem Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu und gerecht gestaltet. Er bringt den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern mehr Klarheit, wohin ihre Gelder fließen.

Der Gesundheitsfonds startet im Januar 2009.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds



Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds



Eine Versichertengemeinschaft, ein Beitragssatz

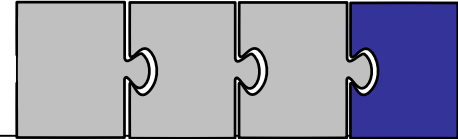
Gleicher Beitragssatz

Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Mitglieder einer gesetzlichen Kasse den gleichen, prozentualen Beitrag in den Fonds.
Ein einheitlicher Beitragssatz gilt bereits heute in der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Gleiche Bedingungen

Jede Krankenkasse erhält aus dem Fonds pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Diese wird nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiken angepasst. Der Fonds sorgt also dafür, dass ungleich verteilte Krankheitsbelastungen zwischen Kassen ausgeglichen werden.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds

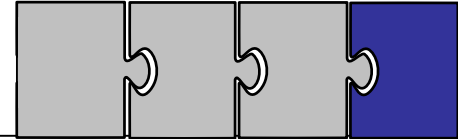


Der Beitragseinzug

Die Kassen leiten die Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten taggleich an den Gesundheitsfonds weiter.

Ab 2011 können Arbeitgeber die Beiträge ihrer Beschäftigten gebündelt an eine einzelne Krankenkasse entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger und den Gesundheitsfond weiter.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds



Mehr Wettbewerb und Kostentransparenz – davon profitieren Sie!

Die Kassen erhalten vielfältige neue Möglichkeiten, um die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten auf hohem Niveau und zugleich wirtschaftlich zu gestalten. Das reicht von Hausarztmodellen über Wahltarife bis hin zu Rabattverträgen mit den Arzneimittelherstellern.

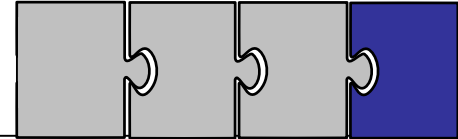
Versicherte profitieren von Wirtschaftlichkeit der Kasse

Eine Krankenkasse, die gut wirtschaftet, kann ihren Versicherten Geld auszahlen.

Versicherte können Kasse wechseln

Eine Kasse, die schlechter wirtschaftet, kann von ihren Mitgliedern einen auf maximal 1% begrenzten Zusatzbeitrag erheben. Versicherte können dann jedoch sofort zu einer günstigeren Kasse wechseln.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds



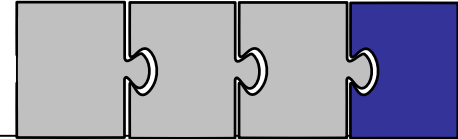
Der Zusatzbeitrag – darum geht's

Höhe des Zusatzbeitrags

Ein Zusatzbeitrag darf ein Prozent des Einkommens der Versicherten nicht übersteigen. Zusatzbeiträge bis zu 8 Euro können von den Kassen ohne Einkommensprüfung erhoben werden.

Versicherte, die Sozialhilfe oder Grundsicherung erhalten, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen den Zusatzbeitrag nicht selbst. In diesen Fällen übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt die Kosten.

Reform der Finanzierungsordnung: Der Gesundheitsfonds



Der Zusatzbeitrag – darum geht's

Höhe des Zusatzbeitrags

Auch für Langzeitarbeitslose, denen ein Kassenwechsel nicht zugemutet werden kann – zum Beispiel wenn er oder sie gerade an einem passenden Chronikerprogramm teilnimmt – wird ein möglicher Zusatzbeitrag übernommen.

Steigen die Zusatzbeiträge der Kassen **insgesamt** über ein bestimmtes Niveau, kommt mehr Geld in den Gesundheitsfonds. Das heißt, die paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten Beiträge werden dann erhöht.

Serviceangebote: Das Informationsportal des BMG www.die-gesundheitsreform.de Das Informationsportal des Bundesministeriums für Gesundheit



The screenshot shows the homepage of the website. At the top, there is a navigation bar with links for GLOSSAR, NEWSLETTER, KONTAKT, SITEMAP, and IMPRESSUM, along with a search bar. The main headline reads "DAMIT DEUTSCHLAND GESUND BLEIBT." Below this, the central focus is the "Gesundheitsreform 2007" section, featuring a photo of a diverse group of people and the title "Gesundheitspolitik für 82 Millionen Menschen". To the right, there is a "Gesundheitspolitik aktuell" section with a sub-headline "Ulla Schmidt: Drei entscheidende gute Gründe für die Reform..." and a "PRESSEMITTEILUNG VOM 02.02.2007" label. Below that is a "Ich bin auf Fortbildung. Bis bald! Ihre Clara" section with a cartoon character. At the bottom right, there is a "Newsletter" section with a "HIER ANMELDEN" button. The left sidebar contains a "Home" section with links like "Solidarisch versichern", "Qualität vergleichen", and "Zukunft entwickeln", followed by "Gesundheitspolitik" and "Themen A bis Z".

Aktuelle Infos zur
Reform:

- bürgernah
- serviceorientiert
- barrierefrei

Serviceangebote: Das Informationsportal des BMG

www.BMG-Newsletter.de

Melden Sie sich jetzt an!



Alle 14 Tage
aktuelle Informationen
zur Gesundheitspolitik:

- Gesundheit
- Prävention
- Pflege

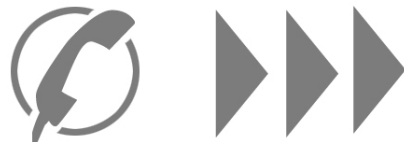


Serviceangebote: Das Bürgertelefon des BMG

Bürgertelefon

des Bundesministeriums für
Gesundheit

Sie fragen - Wir antworten!



0 18 05 / 99 66 01*

Fragen zum Versicherungsschutz

0 18 05 / 99 66 02*

Fragen zur Krankenversicherung

0 18 05 / 99 66 03*

Fragen zur Pflegeversicherung

0 18 05 / 99 66 01*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

0 18 05 / 99 66 07*

Gehörlosen/Hörgeschädigten-Service
(Schreibtelefon)

Montag bis Donnerstag 08.00 bis 18.00 Uhr.

Freitag von 08:00 bis 12:00 Uhr.

*kostenpflichtig