

Gesundheit und Pflege - Was ändert sich 2009?

Gesundheitsfonds

Am 1. Januar 2009 startet der Gesundheitsfonds, mit dem die Finanzierungsströme in der gesetzlichen Krankenversicherung neu organisiert werden. Wie in einem großen Topf werden im Gesundheitsfonds die Beitragszahlungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentnerinnen und Rentner sowie der Selbständigen und aller sonstigen Beitragszahler eingesammelt.

Zusammen mit dem Bundeszuschuss (steigt ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro an) werden diese - durch den neuen Risikoausgleich ausgerichtet am Versorgungsbedarf der Versicherten - vom Fonds an die Krankenkassen verteilt. Rund 20 Mitarbeiter beim Bundesversicherungsamt in Bonn verwalten den Gesundheitsfonds.

Einheitlicher Beitragssatz

Mit dem Gesundheitsfonds wird zum 1. Januar 2009 ein einheitlicher Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent. Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger und Rentner tragen diesen jeweils zur Hälfte. Der ermäßigte Beitragssatz, gültig für Personen ohne Krankengeldanspruch, liegt bei 14,0 Prozent.

Zusätzlich zum paritätisch finanzierten Beitragssatz zahlen die Mitglieder der Krankenkassen einen Beitrag von 0,9 Prozent. Damit gilt: gleicher Beitragssatz für gleiche Leistung - wie auch in der gesetzlichen Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung. Für die Festlegung des Beitragssatzes gibt es klare Vorgaben: Der Beitragssatz ist zum Start des Gesundheitsfonds so festgelegt, dass die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009 (unter Berücksichtigung des Bundeszuschusses von 4 Milliarden Euro) zu 100 Prozent gedeckt sind. Die Höhe des Beitragssatzes ist auf Grundlage einer Empfehlung des neu eingerichteten Schätzerkreises erfolgt und durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt worden.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, kurz: Morbi-RSA

Der Begriff Morbidität leitet sich von "morbidus" ab, dem lateinischen Wort für "krank". Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Leistungsausgaben ihrer Versicherten erhalten.

Die Höhe der Zuweisungen variiert. Für Versicherte mit schwerwiegenden und chronischen Krankheiten mit hohem Versorgungsbedarf gibt es mehr als zum Beispiel für gesunde Versicherte. Die mehr als 200 Krankenkassen haben eine ungleiche Versichertenstruktur: Einige haben viele gut verdienende und gesunde Versicherte, andere viele kranke Menschen und Beitragszahler mit niedrigem Einkommen. Den Ausgleich von Risiken zwischen den Krankenkassen gibt es seit 1994. Er ist in einem wettbewerblich organisierten System von Krankenkassen mit freiem Kassenwahlrecht der Versicherten zwingend erforderlich.

Der bisherige Risikostrukturausgleich hat jedoch die Unterschiede bei den Beitragseinnahmen der Kassen und dem jeweiligen Versorgungsbedarf von gesunden und kranken Versicherten nur unzureichend berücksichtigt. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten

Risikostrukturausgleichs ändert sich das. Das Geld aus dem Fonds wird fair entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf der Kasse verteilt.

Absicherung im Krankheitsfall für alle

Am 1. Januar 2009 folgt ein weiterer Schritt zu einer Absicherung aller Bürger im Krankheitsfall. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bereits seit dem 1. April 2007 die Versicherungspflicht für alle, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Ab Januar 2009 werden nun entsprechend auch alle Personen versicherungspflichtig, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Ob jemand dem gesetzlichen oder dem privaten Versicherungssystem zugeordnet wird, hängt insbesondere davon ab, wie er zuletzt versichert war. Damit haben in Deutschland alle Bürgerinnen und Bürger ein Recht, aber jetzt auch die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung, wenn sie im Krankheitsfall keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten haben. Entsprechend dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" besteht damit auch Versicherungsschutz für alle Menschen in der Pflegeversicherung.

Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Zum 1. Januar 2009 wird der neue Basistarif eingeführt, den alle privaten Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen. Er löst den bisherigen modifizierten Standardtarif ab. Versicherte dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden (Kontrahierungszwang).

Es dürfen auch keine Zuschläge wegen erhöhten gesundheitlichen Risikos erhoben und keine Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Die Leistungen im Basistarif müssen in Umfang, Art und Höhe mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Versicherungsprämie darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag (2009 rund 570 Euro) nicht überschreiten.

Für Beamte gelten anteilige Höchstbeträge je nach Höhe des Anteils, den die Beihilfe abdeckt. Ist das für die Versicherten zu teuer, weil sie durch die Zahlung des Beitrages hilfebedürftig im Sinne der Gesetze zur Grundsicherung würden, wird der Beitrag im Basistarif um die Hälfte reduziert. Und wer auch dafür nicht genug Geld aufbringen kann, bekommt einen Zuschuss zu seiner Versicherungsprämie vom Sozialamt oder Grundsicherungsträger. Die sozialen Regelungen bei niedrigem Einkommen gelten auch für die private Pflege-Pflichtversicherung.

Recht auf Pflegeberatung

Im Zuge der Pflegereform wurde das Recht auf Pflegeberatung ab dem 1. Januar 2009 gesetzlich verankert. Die Pflegekassen sind verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Die neuen Pflegeberaterinnen und -berater verfügen über ein detailliertes Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit.

Für die Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot, das jeweils auf den Bedarf des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Auf Wunsch des Versicherten muss die Pflegeberatung bei ihm zuhause stattfinden. Dort, wo in den Ländern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, arbeiten die Pflegeberaterinnen und -berater auch im Stützpunkt.

Bewertungssystem für Pflegeheime

Die Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen können ab 2009 besser verglichen werden, weil die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen durch die Heime an einer gut sichtbaren Stelle veröffentlicht werden müssen. Dafür haben der GKV-Spitzenverband, die Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer (Heimträger) gemeinsame Maßstäbe entwickelt.

Die Bewertung der Heime wird über Schulnoten erfolgen. In die Endnote von "sehr gut" bis "mangelhaft" fließen 82 Einzelbewertungen ein, wobei die pflegerische Versorgung das größte Gewicht hat. Bis Ende 2010 müssen alle Einrichtungen einmal geprüft werden, anschließend ist eine jährliche Kontrolle vorgesehen.