

Erste Informationen

zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)-
Gesundheitsreform 2007

Impressum

Bundesverband

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Bundesgeschäftsstelle

Verfasserin: Gabriele Hesseken, Referentin Abteilung Sozialpolitik

Stralauer Str. 63

10179 Berlin

Tel: 030 / 72 62 22 - 0

Fax: 030 / 72 62 22 - 311

E-Mail: contact@sozialverband.de

Internet: <http://www.sozialverband.de>

Vorwort

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Sie darüber informieren, was sich nach der jüngsten Gesundheitsreform im Gesundheitswesen ändern wird.

Die meisten der dargestellten Neuerungen gelten seit dem 1. April 2007. Bei den übrigen Änderungen haben wir den Zeitpunkt des Inkrafttretens im Text genannt.

Solidarität bei der Finanzierung des Systems und eine hohe Qualität der medizinischen und therapeutischen Versorgung, an diesem Maßstab hat der SoVD die Gesundheitsreform 2007 gemessen. In unserer Stellungnahme zur Reform haben wir das Reformgesetz zu großen Teilen abgelehnt, weil wir keine wesentlichen Verbesserungen für Versicherte, Patientinnen und Patienten sehen. Vielmehr besteht nach unserer Auffassung die Gefahr, dass Finanzrisiken einseitig auf die Versicherten verlagert werden. Die umfassende Stellungnahme des SoVD zur Gesundheitsreform 2007 kann auf der Internetseite (www.sovd.de) abgerufen werden.

Mit der Gesundheitsreform 2007 werden sehr weit reichende Umstrukturierungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Aus der heutigen Perspektive ist nur teilweise abzusehen, welche Auswirkungen die Regelungen im Einzelnen haben werden. Der SoVD wird die Umsetzung der Gesundheitsreform kritisch begleiten.

Berlin, April 2007



Adolf Bauer
Präsident
des Sozialverbandes Deutschland e. V. (SoVD)

INHALT

	Seite
I. Neuerungen für Patientinnen und Versicherte	7
Rehabilitation und Eltern-Kind-Kuren	7
Palliativmedizin	7
Häusliche Krankenpflege	7
Impfungen	8
Arzneimittel	8
Komplikationen nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings	9
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	9
Zuzahlungsgrenze für chronisch kranke Menschen	9
1. Therapiegerechtes Verhalten	10
2. Teilnahme an Untersuchungen	10
a. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	10
b. Gesundheits-Checkups	11
Tarife für besondere Versorgungsformen	11
Spezielle Versicherungstarife	11
Selbstbehalt / Beitragsrückerstattung:	12
Kostenerstattung:	12
Versicherungsschutz für alle	12
II. Neuerungen für die Gesetzliche Krankenversicherung	13
Gesundheitsfonds	13
Steuerzuschuss	13
Zusatzbeitrag für Versicherte	14
Risikostrukturausgleich	14
III. Neuerungen im Bereich der Ärztehonorierung	15
IV. Neuerungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung	15

I. Neuerungen für Patientinnen und Versicherte

Rehabilitation und Eltern-Kind-Kuren

Im Gesetz ist nun klargestellt worden, dass die Krankenkassen Reha-Maßnahmen und Eltern-Kind-Kuren bewilligen müssen, wenn sie vom Arzt bzw. der Ärztin verordnet worden bzw. aus medizinischer Sicht angebracht sind.

Palliativmedizin

Die ambulante Versorgung Schwerstkranker soll verbessert werden. Speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, etc. sollen Versorgungsteams bilden, die es dem Sterbenden ermöglichen, so lange und so gut wie möglich zu Hause versorgt zu werden. Die Einzelheiten hierzu sind derzeit noch nicht geregelt, so dass diese Versorgungsform vom Arzt / von der Ärztin momentan noch nicht verordnet werden darf.

Spezielle Pflegeeinrichtungen, in denen sterbende Kinder umfassend versorgt werden (Kinderhospize) werden stärker als bisher von Kranken- und Pflegekassen finanziert. Sie müssen jetzt lediglich 5 % ihrer Ausgaben aus Eigenmitteln (z.B. Spenden) aufbringen.

Häusliche Krankenpflege

Versicherte, die in Wohngemeinschaften, in einem Wohnheim der Behindertenhilfe, etc. leben, können nun auch die Leistung der häuslichen Krankenpflege erhalten. Bisher war die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nur für Patientinnen und Patienten in ihrem Privathaushalt möglich.

Impfungen

Künftig sollen die Krankenkassen für die Kosten aller Impfungen aufkommen, die von der Ständigen Impfkommission empfohlen worden sind. Allerdings muss der Gemeinsame Bundesausschuss die Kostenübernahme für die jeweilige Impfung beschlossen haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das Gremium, welches die Inhalte der kassenärztlichen Versorgung bestimmt und festlegt, welche Therapien, Diagnoseverfahren, etc von den Krankenkassen übernommen werden.

Sobald der Gemeinsame Bundesausschuss den Beschluss über die Kostenübernahme einzelner Impfungen gefasst hat, ist er unter der Internet-Adresse www.g-ba.de einsehbar. Sie können aber auch bei Ihrer Krankenkasse nachfragen, für welche Impfungen die Kosten übernommen werden.

Arzneimittel

Wer besonders teure Medikamente benötigt, muss sich darauf einstellen, künftig zwei verschiedene Ärzte zu konsultieren. Denn die kostenintensiven Arzneimittel dürfen nur noch in Abstimmung mit einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ verordnet werden. Für welche Arzneimittel dies gilt, muss erst noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, mit pharmazeutischen Herstellern Rabattverträge abzuschließen und ihre Versicherten von der Zuzahlung zu den rabattierten Arzneimitteln zu befreien.

Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob sie für bestimmte Medikamente eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht gewährt.

In bestimmten Fällen dürfen Tabletten einzeln (nicht mehr nur als ganze Packung) verabreicht werden. Ob und wie dies von den Apotheken tatsächlich gehandhabt wird, ist derzeit noch offen.

Komplikationen nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings

Versicherte sollen einen Teil der Behandlungskosten „in angemessener Höhe“ selbst tragen, wenn nach einer Schönheitsoperation, Piercings, Tätowierung oder einer anderen „medizinisch nicht indizierten Maßnahme“ Komplikationen auftreten und eine Nachbehandlung nötig wird. Wie diese Regelung im Einzelfall gehandhabt wird, ist noch nicht abzusehen. Denn die Ärzte werden der jeweiligen Krankenkasse den Grund der Behandlung nicht nennen – schließlich sind sie an ihre Schweigepflicht gebunden. Außerdem ist nicht immer nachweisbar, dass die Erkrankung eindeutig mit der „medizinisch nicht indizierten Maßnahme“ zusammenhängt. Die Krankenkassen prognostizieren daher, dass diese Regelung ins Leere laufen wird.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Die Krankenhäuser erhalten mehr Möglichkeiten als bisher, bestimmte hoch spezialisierte medizinische Leistungen auch ambulant anzubieten. Patientinnen und Patienten mit seltenen oder ganz bestimmten schweren Erkrankungen (wie z.B. HIV / Aids, Tuberkulose oder Mucoviszidose) können ihre fachärztliche ambulante Behandlung auch im Krankenhaus erhalten. – Vorausgesetzt, das Krankenhaus ist auch für die ambulante Behandlung zugelassen.

Wenn Sie sich für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus interessieren, so erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob es in Ihrer Nähe ein Krankenhaus gibt, das für die ambulante Behandlung Ihrer Krankheit zugelassen ist.

Zuzahlungsgrenze für chronisch kranke Menschen

Für schwerwiegend chronisch kranke Menschen gilt anstelle der 2-prozentigen Zuzahlungshöchstgrenze ein Betrag von 1 Prozent ihres Bruttojahreseinkommens. In der sog. Chronikerrichtlinie ist geregelt, wann eine Krankheit als schwerwiegend chronisch krank anerkannt wird:

Eine Krankheit ist dann schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt wurde und

- eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt,
 - ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vorliegt,
- oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Krankheit zu erwarten ist.

Die Regelung, dass für schwerwiegend chronisch kranke Menschen eine Zuzahlungsgrenze von 1 Prozent statt 2 Prozent ihres Bruttojahreseinkommens gilt, wird ab dem 01. Januar 2008 verschärft. Dann wird die 1 Prozent-Regelung an zwei Voraussetzungen geknüpft:

- an die regelmäßige Teilnahme von bestimmten medizinischen Untersuchungen und
- an das therapiegerechte Verhalten des Patienten / der Patientin.

1. Therapiegerechtes Verhalten

Die Patientin, der Patient muss sich therapiegerecht verhalten. Was „therapiegerechtes Verhalten“ darstellt, muss der Arzt / die Ärztin entscheiden, der / die auch die Bescheinigung darüber ausstellen soll. Im Gesetz ist als Beispiel die Teilnahme an einem Chronikerprogramm (sog. DMP) der Krankenkasse genannt.

2. Teilnahme an Untersuchungen

Darüber hinaus müssen Patientinnen und Patienten nachweisen, dass sie regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen (sog. Gesundheits-Checkups) und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Diese Untersuchungen müssen ab dem 01. Januar 2008 wahrgenommen werden. Hierbei differenziert das Gesetz zwischen Männern und Frauen, zwischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen sowie zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen:

a. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren worden sind, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren worden sind, müssen die regelmä-

Bigge Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nachweisen.

b. Gesundheits-Checkups

Die regelmäßige Wahrnehmung des Gesundheits-Checkups muss von all denen belegt werden, die nach dem 1. April 1972 geboren sind.

Der Gesetzgeber nimmt mit dieser Regelung die jüngeren Versicherten in die Pflicht. Alle die, die vor den genannten Daten geboren sind, sind von der Regelung nicht betroffen.

Für den Nachweis werden die Krankenkassen ihren Versicherten wahrscheinlich ein Heft, ähnlich wie das Bonus-Heft für den Zahnarztbesuch, zur Verfügung stellen.

Tarife für besondere Versorgungsformen

Die Krankenkassen sind verpflichtet, für ihre Versicherten sog. „Tarife für besondere Versorgungsformen“ anzubieten. Hierzu gehören Hausarztmodelle oder Chronikerprogramme. Wer sich als Versicherter für eine Teilnahme entscheidet, bekommt von seiner Krankenkasse Vergünstigungen, z.B. den Erlass der Praxisgebühr.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse nach den Vorteilen, die Ihnen diese Tarife bieten können.

Spezielle Versicherungstarife

Darüber hinaus können - ähnlich wie private Krankenversicherungen - die Krankenkassen ihren Versicherten spezielle Versicherungstarife anbieten. Möglich sind Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife, Prämienzahlungen, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, oder Zusatztarife für besondere Arzneimittel und Therapierichtungen (z.B. Homöopathie, Anthroposophie, ...).

Selbstbehalt / Beitragsrückerstattung:

Der / die Versicherte erklärt sich damit einverstanden, einen Teil der von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten selbst zu tragen. Im Gegenzug erhält er / sie eine Prämie oder einen Teil der gezahlten Beiträge von der Krankenkasse.

Profitieren kann von diesem Tarif nur, wer nicht krank wird und weder Arzt, Ärztin noch Arzneimittel benötigt. Wer – entgegen seiner Einschätzung - Leistungen der Krankenkasse (mit Ausnahme der Früherkennungsuntersuchungen) in Anspruch nehmen muss, zahlt am Ende drauf.

Kostenerstattung:

Der / die Versicherte zahlt sämtliche Rechnungen – wie ein privat Versicherter – zunächst selbst und reicht die Rechnung anschließend bei der Krankenkasse ein.

Hier ist äußerste Vorsicht geboten: Ärztinnen und Ärzte können ihre Leistungen zu höheren Sätzen – ähnlich wie bei Privatversicherten - abrechnen. Als Versicherter sollte man sehr genau prüfen, welche zusätzlichen Kosten auf einen zukommen. Unter Umständen kann der Tarif „Kostenerstattung“ für Patientinnen und Patienten sehr teuer werden.

*Wer sich für Selbstbehalt-, Beitragsrückerstattungs- oder Kostenerstattungstarif entscheidet, ist **drei Jahre lang an diese Entscheidung gebunden**. Nur in besonderen Härtefällen gibt es ein **Sonderkündigungsrecht**.*

Versicherungsschutz für alle

Wer früher gesetzlich versichert war und den Versicherungsschutz verloren hat, hat einen Anspruch darauf, von einer gesetzlichen Krankenkasse wieder aufgenommen zu werden. Nichtversicherte Personen, die früher privat versichert waren, haben ab dem 1. Juli 2007 das Recht auf privaten Versicherungsschutz zum Standardtarif (ohne Gesundheitsprüfung und Risikozuschläge). Das betrifft auch diejenigen, die bisher

weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind - zum Beispiel wegen selbstständiger Berufstätigkeit.

Wer nicht versichert ist, sollte – je nach Art der Vorversicherung - nun bei einer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Aufnahme bzw. bei einer privaten Versicherung einen Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung stellen. Die Kasse ist seit dem 1. April 2007 zur Wiederaufnahme verpflichtet. Die private Versicherung ist ab dem 1. Juli 2007 zum Vertragsabschluss verpflichtet.

Mit dem 1. Januar 2009 wird – zusätzlich zum Recht auf eine Versicherung - die allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger eingeführt. Sanktionen wie z.B. Bußgelder für diejenigen, die dieser Pflicht nicht nachkommen, sind nicht vorgesehen.

II. Neuerungen für die Gesetzliche Krankenversicherung

Gesundheitsfonds

Ab dem 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen ihre Mittel aus dem sog. Gesundheitsfonds. Für jedes ihrer Mitglieder bekommen sie eine einheitliche Pauschale sowie Zu- und Abschläge, deren Höhe sich nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten richten.

In den Fonds fließen die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmer, wobei der Beitragssatz nicht mehr von Kasse zu Kasse unterschiedlich, sondern ein einheitlicher sein wird. Der Bund schießt zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, mit denen die Krankenkassen beauftragt sind, unterschiedliche Beträge aus Steuermitteln hinzu.

Steuerzuschuss

Der steuerliche Zuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung, mit der die Aufwendungen der Kassen für versicherungsfremde Leistungen finanziert werden sollen, ist neu festgelegt worden. In den Jahren 2007 und 2008 fällt der Zuschuss deutlich geringer aus als bisher, nämlich 2,5 Milliarden Euro anstatt 4,2 Milliarden Euro

wie zuletzt im Jahr 2006. Dabei kosten schon die Leistungen der Kassen für Schwangere und junge Mütter, Haushaltshilfen und Kinder-Krankengeld jährlich 5 Milliarden Euro.

Der Zuschuss soll in den Folgejahren deutlich steigen: im Jahr 2009 soll er 4 Milliarden Euro ausmachen und dann jährlich um 1,5 Milliarden Euro steigen.

Zusatzbeitrag der Versicherten

Reicht die Zuweisung, die die einzelne gesetzliche Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht aus, um ihre Ausgaben zu decken, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangen. Dieser kann als Pauschalbetrag oder einkommensabhängig erhoben werden. Die Höhe des Zusatzbeitrags ist auf 1 Prozent des Bruttoeinkommens begrenzt. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie sollen die Kassen bis zu 8,00 Euro monatlich ohne Einkommensprüfung erheben dürfen. Erst wenn der Zusatzbeitrag mehr als 8,00 Euro ausmacht, gilt die 1 Prozent-Regelung.

Wenn Ihre Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, können Sie von Ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen und die Krankenkasse wechseln. In diesem Falle müssen Sie Ihrer bisherigen Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag zahlen.

Risikostrukturausgleich

Die einzelnen Krankenkassen haben zum Teil eine völlig unterschiedliche Versichertenstruktur. So gibt es in manchen Kassen einen hohen Anteil älterer Menschen. Die Ausgaben für die Versorgung ihrer Versicherten sind bei den Kassen höher als bei Krankenkassen, die vorwiegend jüngere und gesunde Mitglieder haben. Um diese unterschiedlichen Kostenrisiken auszugleichen, wird ein sog. morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt. Danach sollen die Kassen für ihre Versicherten mit bestimmten schwerwiegenden Krankheiten höhere Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, weil deren Behandlung kostspieliger ist. Welche Krankheiten das im Einzelnen sind, steht derzeit noch nicht fest. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll zum 1. Januar 2009 eingeführt werden.

III. Neuerungen im Bereich der Ärztehonorierung

Ab 2009 soll das Honorarsystem der Ärzte in wesentlichen Zügen verändert werden. Im Moment erhalten die Ärzte von den Krankenkassen eine pauschale Vergütung für die gesamte vertragsärztliche ambulante Versorgung der Versicherten, die die Ärzteschaft untereinander aufteilt. Künftig soll es eine Gebührenordnung für die einzelnen ärztlichen Leistungen mit festen Euro-Preisen geben.

IV. Neuerungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2009 müssen die privaten Krankenversicherungen einen sog. Basisstarif anbieten. Dieser beinhaltet die gleichen Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten bieten. Die Höhe der Versicherungsprämie richtet sich allein nach Alter und Geschlecht, eine Berücksichtigung von Vorerkrankungen darf bei Festsetzung der Prämienhöhe nicht erfolgen.

Wer als derzeit Nichtversicherter in die private Krankenversicherung zurückkehren will, hat bereits ab dem 1. Juli 2007 das Recht, sich zu den Bedingungen dieses Basisstarifs zu versichern.

Berlin, im April 2007

Der Bundesvorstand