



Die Gesundheitsreform 2007

Was ändert sich für

Patienten und Versicherte?

Die Gesundheitsreform trat am 1.4.07 in Kraft. Sie trägt folgenden Namen: „Gesetz zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG). Auch dieses Gesetz dient vor allem dazu, die Kosten zu begrenzen.

Zusammenfassend kann man sagen: Für die Patienten ändert sich von den Leistungen her auf den ersten Blick wenig.

Einerseits gibt es einige Verschlechterungen, andererseits werden nun Leistungen finanziert, die vorher nicht oder nicht in dieser Form bezahlt wurden.

Das Gesetz bringt Veränderungen für gesetzlich Versicherte (siehe Seiten 2 bis 5), aber auch für privat Versicherte (siehe Seite 6).

Einige Neuerungen gelten bereits ab 1. April 2007. Viele der beschlossenen Änderungen werden aber erst später greifen.

Das Gesetz ändert das geltende System des Gesundheitswesens nicht. Allerdings werden durch die „Wahltarife“ (siehe Seite 3) verstärkt Elemente der Privatversicherung (PKV) in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gebracht.

Es gibt jetzt eine allgemeine Versicherungspflicht, d.h. jeder muss sich jetzt versichern. Wer aus seiner Versicherung herausgefallen ist, muss von dieser wieder aufgenommen werden. Das gilt für die gesetzlich Versicherten genauso wie für die privat Versicherten.

Der Gesundheitsfonds, der zumindest in Teilen einen Politikwechsel ankündigt, tritt erst 2009 in Kraft. Weder die Befürworter der Bürgerversicherung noch die Anhänger der Kopfpauschale haben sich durchgesetzt. Der Gesundheitsfonds enthält Elemente beider Finanzierungsmöglichkeiten.

Stand: 1.4.2007

Änderungen vorbehalten

(Wir verwenden abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise, der Text gilt für beide Geschlechter)

BUNDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
DER
PATIENTINNEN-
STELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)

Waltherstr. 16a
80337 München
TELEFON
089 / 76 75 51 31
FAX
089 / 725 04 74

internet:
patientenstellen.de
mail@
patientenstellen.de

Sprechzeiten:

Di - Do
13 - 14 Uhr
und AB

50 Cent

Gesundheitsreform 2007

Zuerst die gute Nachricht

Es gibt keine neuen Zuzahlungen. Allerdings gelten die in der letzten Reform eingeführten Zuzahlungen weiterhin, wie z.B. die Praxisgebühr und die erhöhten Belastungen beim Zahnersatz.

Versicherungspflicht/

Rückkehrmöglichkeiten in die GKV

Bereits ab 1. April 2007 können Menschen ohne Versicherung wieder in eine Krankenversicherung eintreten.

Wenn Sie dem System der GKV zuzuordnen sind (d.h. Sie haben keinen Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, waren beispielsweise bisher weder gesetzlich noch privat versichert oder waren zuletzt in der GKV), dann muss Sie eine gesetzliche Kasse (in der Regel die letzte bei der Sie versichert waren) aufnehmen. Wenn Sie dieser Pflicht nicht nachkommen, sich nicht versichern und später infolge Krankheit einen Versicherungsschutz benötigen und diesen dann in der GKV anzeigen, wird die Mitgliedschaft rückwirkend durchgeführt mit der Folge, dass Sie die Beiträge u.U. ebenfalls rückwirkend ab 01.04.2007 nachzahlen müssen.

Es wird aber keine „Gesundheitspolizei“ geben, die prüft, ob Sie wirklich versichert sind.

Kommentar: Eine der wenigen ausgesprochen positiven Änderungen dieser Reform ist, dass nun niemand mehr ungewollt versicherungslos bleiben muß.

Spezielle Änderungen für freiwillig Versicherte

Wechsel von der GKV in die PKV

Freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer können künftig nur noch dann von der GKV in die PKV wechseln, wenn ihr Jahresbruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) **mindestens in drei aufeinander folgenden Jahren** überschritten hat. Die BBG für 2007 beträgt bundesweit 3562,50 Euro im Monat.

Besondere Beitragsbemessung für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige

Wenn Sie weniger als 1.837,50 Euro (brutto) im Monat verdienen, wird auch Ihr zugrunde gelegtes Mindesteinkommen reduziert:

Jetzt können die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln, dass auch geringere Einkommen bis zu 1.225 Euro monatlich anerkannt werden. Allerdings wird dann neben Ihrem eigenen Einkommen auch Ihr Vermögen berücksichtigt sowie das Einkommen und Vermögen von Ihrem Ehe- oder Lebenspartner.

Ruhen des Leistungsanspruchs

Wenn Sie zwei Monate ihre Beiträge nicht gezahlt haben und Sie von der Kasse vergeblich angemahnt wurden, können Sie nun nicht mehr von Ihrer Kasse gekündigt werden. Statt dessen ruhen Ihre Ansprüche, d.h. Sie haben **keinen** Anspruch auf Leistungen.

Aber: Davon ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung von Notfällen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Kostenerstattung nach §13 Abs. 2 SGB V

Diese auch früher schon mögliche Kostenerstattung (nach § 13 Abs. 2 SGB V) wird flexibler gestaltet. Sie ist jetzt auf die Bereiche der **ärztlichen Versorgung**, der **zahnärztlichen Versorgung**, den **stationären Bereich** oder auf **veranlasste Leistungen** (z.B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) durch jedes GKV Mitglied oder ein Familienmitglied möglich. **Die Leistungserbringer selber (also beispielsweise der Arzt) und nicht mehr die Krankenkasse muss Sie über die Kostenerstattung informieren.** Diese Information müssen Sie schriftlich bestätigen.

Bei der Kostenerstattung zahlen Sie die Behandlung zunächst selbst und reichen die Rechnung anschließend bei der Kasse ein. Die Kasse erstattet jedoch nur einen Teil der Kosten, nämlich in der Höhe der Vergütung, die sie als Sachleistung zu tragen hätte. Honoraraufschläge für privatärztliche Leistungen und zusätzliche Leistungen übernimmt sie nicht, außerdem vermindert sie die Rechnung um Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen. An diese Kostenerstattung sind Sie mindestens ein Jahr gebunden.

Kommentar: Von der Kostenerstattung profitieren in erster Linie die Leistungsanbieter. Sie als Patientin haben keinen versorgungstechnischen Vorteil und bleiben lediglich auf einem mehr oder weniger großen, selbst zu zahlenden Anteil sitzen.

Achtung: Wir erwarten, dass die Leistungserbringer die Kostenerstattung massiv anbieten werden. Bitte informieren Sie sich vor der Entscheidung dazu sehr genau. Lassen Sie sich nicht zur Kostenerstattung drängen!

Änderungen für gesetzlich Versicherte

Verpflichtende Angebote der Kassen:

Angebote von besonderen Versorgungsformen

Jede Kasse muß nun ihren Versicherten einen Tarif zur hausarztzentrierten Versorgung (**Hausarztmodell**) anbieten. Die Teilnahme daran bleibt freiwillig, bindet Sie aber für ein Jahr an den gewählten Hausarzt als ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen.

Darüber hinaus hat jede Kasse ihren Versicherten Tarife für die Teilnahme an weiteren besonderen Versorgungsformen anzubieten wie: **Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme** und **Modellvorhaben** zur Erprobung bisher nicht finanzierter Leistungen und Versorgungsformen. Bisher waren dies Kann-Angebote der Kassen. Auch hier ist die Teilnahme der Versicherten freiwillig. Die Kassen können festlegen, ob sie ihren Versicherten dafür eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen gewähren.

Freiwillige Angebote der Kassen:

Wahltarife

Zusätzlich haben die Kassen jetzt die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten:

- **Selbstbehalttarife**, bei denen nun jeder Versicherte die Möglichkeit hat, einen Selbstbehalt mit seiner Kasse zu vereinbaren. Sie verpflichten sich hier Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe (z.B. 500 Euro) im Jahr selbst zu zahlen. Dafür bekommen Sie im Gegenzug von Ihrer Kasse am Ende des Jahres eine im Wahltarif vereinbarte Prämie ausbezahlt. Die Prämienzahlungen sind grundsätzlich begrenzt. Sie dürfen 20% der vom Versicherten in einem Jahr bezahlten Beiträge nicht überschreiten und maximal 600 Euro betragen.

Ausgeschlossen vom Wahltarif „Selbstbehalt“ sind Personen, die ihren Kassenbeitrag nicht selbst zahlen (z.B. ALG II-Bezieher, Bezieher von Sozialhilfe und Grundsicherung).

Kommentar: Beim Selbstbehalttarif spart nur derjenige, der gesund bleibt. Für Kranke würde es durch diesen Tarif teurer.

- **Kostenerstattung** (nach § 53 SGB V) als **ganz neuer** Wahltarif, der Sie als Versicherte abrechnungstechnisch zu einem echten „Privatpatienten“ macht. Die gesetzliche Kasse zahlt hier die Rechnungen auf der Grundlage der Privaten Gebührenordnung. Um Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können, zahlen Sie als Versicherte einen Zuschlag auf Ihren Beitrag.

Achtung: Dieser Tarif hat erhebliche Tücken:

Weder Ihre Krankenkasse noch der Arzt und andere Anbieter müssen Sie über die Konsequenzen dieser Wahl aufklären. Anders als bei der Kostenerstattung nach § 13 (Seite 2) müssen Sie dem Anbieter auch **nicht** durch Ihre Unterschrift die Aufklärung bestätigen.

Von diesem Tarif können wir daher nur dringend abraten.

- **Beitragsrückerstattung**

für nicht in Anspruch genommene Leistungen. Bei der Wahl der Beitragsrückerstattung bekommen Sie von der Kasse eine Prämie ausgezahlt, wenn Sie und die Familien-

mitglieder **ein Jahr keine Leistung** zu Lasten der GKV in Anspruch genommen haben. Ausgenommen sind Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Kommentar: Hier profitieren ausschließlich gesunde Versicherte. Wir befürchten, dass die Entscheidung zur Beitragsrückerstattung dazu verleitet, auch medizinisch notwendige Arztbesuche nicht zeitgerecht in Anspruch zu nehmen.

- **Tarife für die Übernahme der Kosten für (von der Regelversorgung ausgeschlossen) Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.** Gegen eine spezielle Prämienzahlung können Sie sich hier einen erweiterten Leistungsanspruch (z.B. die Kostenübernahme für homöopathische oder anthroposophische Mittel) sichern.

Achtung: Wahltarife (Selbstbehalt, Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung und Arzneimitteltarife) **binden Sie als Versicherte für mindestens 3 Jahre** an die Kasse! Es gibt kein Sonderkündigungsrecht bei Beitragserhöhungen!

Kommentar: Versicherte werden mit der zu erwartenden Flut an neuen Tarifen vor der Qual der Wahl stehen. Es gibt Kassen, die ab dem 1. April bereits über 10 neue Tarife anbieten werden, was schnell zu einem undurchschaubaren Dschungel von Tarifen werden kann. Experten warnen schon davor, dass sich Wahltarife mit Selbstbeteiligungen möglicherweise für die Kassen gar nicht dauerhaft rechnen könnten. Welche Folgen dies dann für die Tarifnehmer haben kann, ist schwer vorauszusehen. Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife untergraben das Solidarsystem: Gesunde, junge und gut verdienende Versicherte zahlen weniger oder bekommen Beiträge zurück. Diese Gelder stehen den Kassen dann nicht mehr für die Versorgung der Kranken zur Verfügung. Wir fürchten, daß trotz gegenteiliger Aussagen von Politik und Kassen, Beiträge zu Lasten der Kranken steigen werden.

Änderungen bei Arzneimitteln

- Apotheken dürfen – sofern vom Arzt so verordnet - einzelne Tabletten ausgeben.
- Vor der Anwendung ganz spezieller Arzneimittel (beispielsweise stark wirksame Krebsmittel oder biotechnisch hergestellte Rheumamittel) muss künftig vom behandelnden Arzt eine Zweitmeinung von einem darauf spezialisierten Arzt eingeholt werden. Damit soll die Qualität und Sicherheit der Anwendung dieser meist sehr teuren Arzneimittel verbessert werden. Welche Mittel unter diese Regelung fallen, legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest.
- Neue Arzneimittel können zukünftig auf ihre Kosten und den Nutzen hin untersucht, bewertet und mit bereits vorhandenen Arzneimitteln verglichen werden. Hierdurch sollen Mehrkosten durch Scheininnovationen verhindert werden.
- Ungenutzte Arzneimittel aus angebrochenen Packungen dürfen zukünftig innerhalb von Gemeindefeinrichtungen, wie z.B. Hospize und Pflegeheime, an andere Patienten abgegeben werden.



Verbesserungen durch die Reform

Mutter-/Vater-Kind-Kuren/stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

werden zu Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen.

Kommentar: *Angekündigt wird ein vereinfachtes Antragsverfahren, was so zunächst nicht aus dem Gesetz zu lesen ist. Rehaleistungen müssen weiterhin verordnet und auf ihre medizinische Notwendigkeit hin geprüft werden. Damit ist das Recht darauf natürlich eingeschränkt. Außerdem dürfen zukünftig nur noch speziell qualifizierte Ärzte Rehamaßnahmen verordnen.*

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

können frei gewählt werden. Versicherte können unter zugelassenen und zertifizierten Vorsorge- und Reha-Einrichtungen eigenständig auswählen und müssen sich nicht mehr nach den Vorgaben ihrer Kasse richten. Mehrkosten sind vom Patienten dann zu tragen, wenn die Kosten für die gewählte Einrichtung über denen der Vertragseinrichtungen ihrer Kasse liegen und ggf. höhere Fahrtkosten anliegen

Häusliche Krankenpflege

kann zukünftig auch außerhalb von Privathaushalten in Wohngemeinschaften und neuen Wohnformen und in besonderen Fällen auch in Heimen finanziert werden.

Impfungen

waren bisher Satzungsleistung der Kasse und sind jetzt Pflichtleistungen. Versicherte haben einen Anspruch darauf, dass die Kosten aller Impfungen, die von der Ständigen Impfkommission STIKO empfohlen sind, von der Kasse übernommen werden.

Palliativversorgung

wird verbessert. Um den Betroffenen ein möglichst würdevolles Sterben mit wenig Schmerzen zu ermöglichen, wird ein Rechtsanspruch auf ambulante Palliativversorgung eingeführt. Dazu werden spezielle Palliativ-Care-Teams gebildet. Symptomkontrolle und Schmerztherapie sind Schwerpunkte dieser erweiterten Leistung. Der Vertrags- oder Krankenhausarzt muß diese Leistung verordnen.

Kommentar: *Eine deutliche Verbesserung zur bestehenden Versorgungspraxis.*

Ambulante Behandlungen in Krankenhäusern

sollen erleichtert werden, da spezialisierte Krankenhäuser oft besser ausgerüstet sind als Arztpraxen. Was behandelt werden kann und wer behandeln darf, steht derzeit noch nicht fest und wird auf Landesebene entschieden.

Geriatrische Rehabilitation

wird zur Pflichtleistung der Kasse. Die Versorgung kann wohnortnah durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden, womit in vielen Fällen besonders nach Unfällen oder einer Krankheit die Einweisung ins Pflegeheim vermieden werden kann.

Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf Rehabilitation.

Änderungen für gesetzlich Versicherte

Verschlechterungen durch die Reform

Veränderungen für chronisch Kranke bei der Belastungsgrenze (ab 1.1.2008)

Die günstigere Belastungsgrenze von ein statt zwei Prozent wird für Versicherte, die in ihrem späteren Leben an einer chronischen Krankheit erkranken, an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft:

- Nach dem 1. April 1972 Geborene müssen demnach ab dem 1.1.2008 regelmäßig an *relevanten* Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. Welche Vorsorgeuntersuchungen hier als relevant gelten, muss noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden. Dazu gehören wird wohl der allgemeine Gesundheitscheck.
- Nach dem 1.4.1987 geborene Frauen und nach dem 1.4.1962 geborene Männer, die später an einem Krebsleiden erkranken, für das es Früherkennungsuntersuchung gibt, müssen an diesen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben.

Für Menschen, die älter sind und im späteren Lebensverlauf chronisch krank werden, gilt die abgesenkte Zuzahlungsgrenze, wenn sie sich „*therapiegerecht verhalten*“.

Das kann z.B. die Teilnahme an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm (z.B. DMP) sein.

Dies gilt nicht für Menschen, die diese Bedingungen nicht erfüllen können, weil sie z.B. dauerhaft pflegebedürftig oder schwerbehindert sind (Pflegestufe 2 oder 3 oder einer Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent).

Behandlungsbedürftigkeit nach medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen

Die Kassen sind nicht mehr verpflichtet, die Kosten für Folgen von Schönheitsoperationen, Piercings oder Tätowierungen zu übernehmen. Patienten können an den Behandlungskosten beteiligt werden oder müssen diese selbst tragen. Auch kann die Kasse das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise versagen oder zurückfordern.

Kommentar: Hier kommt zum ersten Mal die sehr bedenkliche Frage nach dem Verschulden einer Krankheit in das GKV-System.

Der Gesundheitsfonds ab 1.1.2009

In den Gesundheitsfond fließen Beiträge der Versicherten, der Arbeitgeber und Mittel des Bundes.

Für alle gesetzliche Kassen wird ein einheitlicher und weiterhin einkommensabhängiger Beitrag festgelegt, den hälftig Arbeitnehmer und Arbeitgeber leisten. (Prognostiziert wird derzeit ein Beitragssatz von 15,4 %.) Der Arbeitnehmer muss zusätzlich, wie auch jetzt schon, 0,9 Prozent Sonderbeitrag für Zahnersatz und Krankengeld zahlen. Die Kassen erhalten aus diesem Fond pro Versichertem einen bestimmten Betrag.

Kassen mit vielen Kranken/Alten erhalten zusätzliche Beiträge.

Aber: Kommt die Kasse nicht mit ihrem Geld aus, kann sie einen Zusatzbeitrag von max. 1% des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten erheben. Dieser Zusatzbeitrag wird nur von den Arbeitnehmern erbracht.

Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 € können **ohne** Einkommensprüfung erhoben werden.

Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, löst dies ein Sonderkündigungsrecht aus. Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen.

Achtung: Sozialhilfe- oder GrundsicherungsempfängerInnen, deren Kasse den Zusatzbeitrag erhebt, sollten zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag wechseln, da das Grundsicherungs- oder Sozialamt den Zusatzbeitrag nur für die Dauer der Kündigungsfrist übernimmt. Empfänger von Arbeitslosengeld II müssen den Zusatzbeitrag alleine zahlen.

Kassen werden ihren Versicherten überschüssige Mittel rückerstatten können.

Die auffälligste Änderung:

- Für alle Kassen wird ein **einheitlicher** Beitrag festgelegt.
- Diesen Beitrag leisten hälftig Arbeitnehmer und Arbeitgeber.
- Wie bisher muß der Arbeitnehmer einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent zusätzlich zahlen.
- Auch Steuern werden einfließen.

Gesundheitsfonds

Die Kassen erhalten pro Versichertem einen bestimmten Betrag.
Kassen mit vielen Kranken/Alten bekommen zusätzliche Beträge.

Änderungen für privat Versicherte

Versicherungspflicht/Rückkehrmöglichkeiten in die PKV

Wenn Sie bisher nicht (mehr) versichert waren und dem System der PKV zuzuordnen sind (beispielsweise Selbstständige, Beamte oder Angestellte mit einem Verdienst oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze), dann müssen Sie dort ab 1.7.07 ohne Gesundheitsprüfung und unabhängig von Ihrem Alter erneut versichert werden. Sie werden in den Standardtarif aufgenommen, mit dem etwa die gleichen Leistungen abgedeckt werden, wie in der GKV. Der Tarif wird ca. 500 € im Monat kosten. Menschen mit nachgewiesen geringem Einkommen müssen nur die Hälfte zahlen.

Kommentar: Die Pflicht zur Aufnahme von Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall durch die PKV ist neu und überaus begrüßenswert.

Basistarif

Am 1.1.09 wird der neue Basistarif eingeführt, der den Standardtarif ablöst und in etwa die gleichen Leistungen abdeckt.

Wechselmöglichkeiten:

Von PKV in GKV

Von der Privaten Versicherung in die Gesetzliche Versicherung zu wechseln bleibt schwierig.

Von PKV in PKV

Ab 1.1.09 wird der Wechsel vom Basistarif der einen in den Basistarif einer anderen PKV für die Dauer von 6 Monaten erleichtert. Allerdings können Sie weiterhin nur einen Teil Ihrer Altersrückstellungen mitnehmen. Die verbesserten Wechselmöglichkeiten sind auf das erste halbe Jahr 2009 beschränkt.

Innerhalb der PKV

Wenn Sie 55 Jahre oder älter sind oder die Versicherungsprämie nachweislich nicht mehr zahlen können, können Sie auch nach dem ersten halben Jahr 2009 noch in den Basistarif wechseln. Danach allerdings nur noch innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens.

Quellen:

- *Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)*
- *Informationsmaterialien des Bundesministeriums für Gesundheit*
- *Das gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen*

Für weitere Informationen wenden Sie sich an die Geschäftsstelle der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen

Waltherstr. 16 a, 80337 München, / Tel: 089-76 75 51 31 (Di - Do 13 -14 Uhr)

Fax: 089-725 04 74 / E-mail: mail@bagp.de,