

Gesundheitsreform 2007

Klartext für Versicherte



Am 01.04.2007 tritt das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – auch bekannt als „Gesundheitsreform“ – in Kraft. Viele der beschlossenen Änderungen in der Krankenversicherung werden aber erst später kommen.

Ein Schwerpunkt der Reform liegt auf der verbesserten Zusammenarbeit aller Leistungserbringer. Die Übergänge zwischen Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege sollen reibungsloser funktionieren und weiter ausgebaut werden. Für den Patienten bedeutet das: weniger Wartezeit, keine Mehrfachuntersuchungen und eine optimierte Anschlussversorgung. Zudem gibt es insbesondere für Schmerzpatienten und ältere Menschen deutliche Verbesserungen durch neue Leistungen.

Dieses Faltblatt gibt einen Überblick darüber, welche Neuerungen die Versicherten ab dem 01.04.2007 betreffen.



Ende der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung

Für Versicherte, deren Jahreseinkommen die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren und im Folgejahr überschreitet, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Diese Versicherten können dann als freiwilliges Mitglied bei ihrer Krankenkasse bleiben.

Bestandsschutzregelung – Stichtag 02.02.2007

Arbeitnehmer, die wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze am Stichtag 02.02.2007 versicherungsfrei und zuvor in die private Krankenversicherung gewechselt waren, können dort versichert bleiben.

Erleichterter Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus

Für die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind spezialisierte Krankenhäuser oft besser ausgerüstet als eine Arztpraxis. Deshalb wird den Betroffenen der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus erleichtert.

Darüber hinaus werden ausgewählte Kliniken mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik was anbieten darf, wird in Zulassungsverfahren des jeweiligen Bundeslandes entschieden.

Rechtsanspruch auf spezialisierte Palliativversorgung

Schwerstranke und sterbende Menschen haben künftig Anspruch auf diese neue Leistung. Um den Betroffenen zu Hause ein möglichst würdevolles Sterben, mit wenig Schmerzen, zu ermöglichen, werden sogenannte Palliativ Care Teams gebildet.

Die gezielte Koordination von Ärzten und pflegerischem Personal soll dafür sorgen, dass Betroffene und Angehörige Unterstützung in dieser schwierigen Situation bekommen. Schwerpunkte der neuen Leistung sind Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Im Übrigen haben auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen Anspruch auf ambulante Palliativversorgung.

Verträge regeln, ob das Heim selbst oder ein Vertragspartner der Krankenkasse ambulant die Leistungen erbringt.

Vater-/Mutter-Kind-Kuren Pflichtleistungen der Krankenkasse

Die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter wird verbessert. Notwendige Vorsorgekuren und medizinische Rehabilitationen für Mütter und Väter werden Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Rechtsanspruch auf Rehabilitation/geriatrische Rehabilitation

Generell werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für alle Versicherten Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Dies soll vor allem älteren Menschen zugute kommen, damit sie nach einem Unfall oder einer Krankheit nicht in ein Pflegeheim müssen. Sie sollen weiter nach eigenen Vorstellungen ihren Alltag gestalten können. Die Versorgung mit der sogenannten geriatrischen Rehabilitation für ältere Menschen kann in der Nähe des Wohnorts oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.

Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf Rehabilitation.

Freie Wahl der Rehabilitationseinrichtung

Versicherte können sich künftig ihre Rehabilitationseinrichtung aussuchen. Evtl. Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherte eine Einrichtung wählt, mit der seine Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag geschlossen hat, trägt der Versicherte.



Häusliche Krankenpflege auch außerhalb von Privathaushalten

Künftig dürfen Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch in Wohngemeinschaften und in neuen Wohnformen, in Kindergärten und Schulen, bei besonders hohem Pflegebedarf in Werkstätten für behinderte Menschen sowie, in bestimmten Ausnahmefällen, auch in Heimen erbracht werden.

Um eine bessere Anschlussversorgung zu gewährleisten, soll der Krankenhausarzt für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege verordnen und Arzneimittel mitgeben können. Bisher durfte nur ein niedergelassener Arzt die häusliche Krankenpflege verordnen.

Kostenübernahme für empfohlene Impfungen

Versicherte haben künftig einen Anspruch darauf, dass die Kosten für alle von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfohlenen Impfungen (STIKO) von der Krankenkasse übernommen werden.

Verordnung besonders teurer Arzneimittel nur mit Zweitmeinung

Bei der Verordnung von bestimmten neuen Arzneimitteln mit besonders hohen Kosten muss künftig die Meinung eines weiteren, fachlich besonders ausgewiesenen Arztes eingeholt werden. Bei diesen Arzneimitteln handelt es sich vor allem um sehr starke und zielgenau wirkende, biotechnologisch hergestellte Mittel, wie sie bei Rheuma- oder Krebspatienten eingesetzt werden.

Damit den Versicherten keine zusätzlichen Kosten entstehen, erhalten sie von ihrem behandelnden Arzt eine Überweisung.



Kosten-Nutzen-Bewertung und Höchstbeträge für neue, sehr teure Arzneimittel

Für Arzneimittel, für die es keine Festbeträge* gibt, werden Höchstbeträge festgesetzt. Dabei handelt es sich in der Regel um besonders teure Arzneimittel, die neu auf dem Markt sind. Künftig werden diese einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen. D. h. sie werden daraufhin überprüft, in welchem Verhältnis ihr Preis zu ihrer Leistung für den Patienten steht. Kosten und Nutzen des neuen Arzneimittels werden mit denen der bisherigen Therapie verglichen. Für die Mittel, die wirklich einen besseren Nutzen haben, können Hersteller dann auch höhere Preise verlangen. Für die übrigen werden Höchstbeträge für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse festgelegt.

*Festbeträge sind Obergrenzen bis zu denen die Krankenkassen den Preis eines Arzneimittels übernehmen dürfen. Verlangt der Hersteller für das Arzneimittel einen höheren Preis, so muss der Versicherte die Differenz selbst zahlen.

Kosten für Folgen einer Schönheits-OP nicht mehr zwingend Leistung der Krankenkasse

Versicherte, die z. B. nach einer nicht notwendigen Schönheitsoperation oder nach dem Stechen von Piercings oder Tätowierungen Gesundheitsstörungen erleiden, werden künftig an den Behandlungskosten beteiligt oder müssen sie selbst tragen.

Ausbau des Hausarztmodells

Die hausarztzentrierte Versorgung, bei denen die Versicherten an sogenannten Hausarztmodellen teilnehmen, wird weiter ausgebaut. Wer sich dafür entscheidet, verpflichtet sich, im Krankheitsfall immer erst zum Hausarzt zu gehen. Dieser überweist, wenn nötig, zum entsprechenden Facharzt. Ausgenommen sind Frauenärzte und Augenärzte, die auch ohne Überweisung aufgesucht werden können. Die Versicherten sind ein Jahr an das Hausarztmodell gebunden. Für die Teilnahme können die Krankenkassen einen Bonus gewähren. Die Teilnahme am Hausarztmodell bleibt sowohl für Ärzte als auch für Versicherte freiwillig.

Angebot von Wahlтарifen

Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten verschiedene Wahlтарifen anzubieten.

Die Kassen *müssen* anbieten:

Tarife für die Teilnahme an den besonderen Versorgungsformen

- integrierte Versorgung,
- besondere ambulante ärztliche Versorgung,
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP),
- Modellvorhaben,
- Hausarztzentrierte Versorgung.

Die Versicherten können sich freiwillig für einen solchen Wahlтарif entscheiden. Die Krankenkassen können festlegen, dass ihre Versicherten für die Teilnahme entweder eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen erhalten.

Die Kassen *können* anbieten:

■ Selbstbehaltтарife

Das Mitglied verpflichtet sich, einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst zu übernehmen und erhält im Gegenzug von der Kasse eine im Wahlтарif vereinbarte Prämie.

■ Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen

Wenn das Mitglied und seine Familienversicherten ein Jahr lang keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen, erhält das Mitglied im Gegenzug von der Krankenkasse eine im Wahlтарif festgelegte Prämie, maximal ein Zwölftel seines Jahresbeitrags.

■ Variable Kostenerstattungтарife

Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das „Sachleistungsprinzip“: Mit ihrer Versichertenkarte haben sie Anspruch auf die medizinisch notwendigen ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Die ärztlichen Leistungen selbst werden vom Arzt mit der Krankenkasse direkt abgerechnet. Wenn ihre Krankenkasse dies als Wahlтарif anbietet, können Versicherte auch die Kostenerstattung wählen. In diesem Fall werden sie vom Arzt wie ein „Privatpatient“ behandelt und bekommen von ihm eine Rechnung, die sie selbst bezahlen. Später werden ihnen von der Krankenkasse die Kosten in der Höhe erstattet, die die Kasse bei der „Behandlung auf Versichertenkarte“ bezahlt hätte.

Die Kassen können die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür für Ihre Versicherten Prämienzahlungen vorsehen. Wahlweise kann die Kostenerstattung auch auf den ärztlichen, zahnärztlichen oder den stationären Bereich beschränkt werden.

■ **Tarife für die Übernahme der Kosten für (von der Regelversorgung ausgeschlossene) Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

Hier können Versicherte sich einen erweiterten Leistungsanspruch sichern. Im Gegenzug kann die Krankenkasse dafür spezielle Prämienzahlungen vorsehen.

*Entscheidet sich ein Versicherter für einen dieser Wahl-
tarife, ist er daran drei Kalenderjahre gebunden.*

Günstigere Beiträge für Selbstständige mit niedrigem Einkommen

Für freiwillig versicherte Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, werden Beiträge derzeit aus einer fiktiven Mindesteinnahme von 1837,50 € berechnet. Selbstständige, die nachweislich deutlich weniger als 1837,50 € verdienen, werden dadurch benachteiligt. Daher wird künftig die fiktive Mindesteinnahme auf 1225 € gesenkt. Allerdings wird das Einkommen der mit dem Selbstständigen zusammenlebenden Personen (Bedarfsgemeinschaft) berücksichtigt, um eine Benachteiligung anderer Mitglieder zu vermeiden.

Krankenversicherungsschutz für alle

Künftig sollen alle Bürger in Deutschland eine Absicherung im Krankheitsfall haben. Alle Einwohner müssen sich verpflichten, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn kein ausreichender anderer Schutz besteht. Wer den Versicherungsschutz verloren hatte, kann in seine letzte Versicherung zurückkehren. Das gilt sowohl für die private als auch für die gesetzliche Krankenversicherung

Neu ab 01.01.2008:

Präzisierung der 1%-Regelung für chronisch Kranke

Die Belastungsgrenze von 1 % des Einkommens für Zuzahlungen von chronisch Kranken gilt ab 2008 nur, wenn diese

- die relevanten Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen haben

oder

- an einem bestehenden Programm für chronisch kranke Menschen teilnehmen

oder

- sich lt. ärztlicher Bescheinigung „therapiegerecht“ verhalten haben.



Impressum
Herausgeber und Verlag:
ip inside partner,
Gelsenkirchen-Buer

Stand: April 2007
„BKK“ und das BKK-Markenzeichen
sind registrierte Schutzmarken des
BKK Bundesverbandes

