

Gesundheitsladen Info 6



Gesundheitsreform 2011: GKVFinG und AMNOG

Zum 1. Januar 2011 sind zwei neue Gesetze in Kraft getreten: Das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (**GKV-Finanzierungsgesetz**) sowie das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – **AMNOG**). Im Zuge dieser schwarz-gelben Gesundheitsreform ändern sich zahlreiche Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Gründe für diese Reform sind aus Sicht der Bundesregierung: Steigende Gesundheitsausgaben, der demographische Wandel und ein für 2011 drohendes Defizit in der GKV von mehreren Milliarden Euro.

Keine Änderungen gibt es beim Gesundheitsfonds. Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind weiterhin kostenlos mitversichert. Bei Zuzahlungen für in Anspruch genommene Leistungen wie Praxisgebühr und Arzneimittel ändert sich dieses Mal nichts.

Diese Informationsschrift ist ein Versuch, die für Patientinnen und Patienten wesentlichen Änderungen verständlich darzustellen, soweit dies Anfang Januar 2011 möglich ist. Probleme bei der Auslegung und Umsetzung der Gesetze werden sich erst im Laufe der kommenden Monate zeigen.

Sie geht bewusst nicht umfassend auf alle Aspekte der gesetzlichen Neuregelungen ein, da das den Rahmen dieser Patienten-Information sprengen würde.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die nächstgelegene Patienten-Beratungsstelle.

**GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.**
Informations- und
Kommunikations-
zentrum

WALTHERSTRASSE 16A
80337 MÜNCHEN

TELEFON
089 / 77 25 65
Zentrales FAX
089 / 725 04 74

www.gl-m.de
E-Mail: mail@gl-m.de

Infothek:

Mo - Fr 10 - 13 h
Mo, Do 17 - 19 h

PatientInnenstelle München:

Tel: 089 / 77 25 65
Mo 10 - 13 und 16 - 19 h
Mi, Do, Fr 10 - 13 h
(Zu allen Zeiten
telefonische und
persönliche Beratung.)

Unabhängige Patientenberatung Schwaben:

Afrawald 7
86150 Augsburg
Tel. 0821/ 20 92 03 71
schwaben@gl-m.de
Mo 9 - 12 h
Mi 13 - 16 h
(Zu beiden Zeiten
telefonische und
persönliche Beratung.)

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE51 7002 0500
0008 8878 00
BIC: BFSWDE33MUE



Die Bundesregierung

Mit der Beitragserhöhung sollen ca. 6 Mrd. Euro zusätzlich in die Kassen kommen, die die „...steigenden Ausgaben durch Überalterung, med. Fortschritt, Ausgabensteigerungen...“ abfangen. „Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils ... stabilisiert die Lohnkosten und verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft...“, womit langfristig „...Wachstum und Beschäftigung gefördert...“ werden.
Quelle:

Der Gesundheitsladen

Die Beitragsfestschreibung des Arbeitgeberanteils beutet den endgültigen Ausstieg aus der paritätisch finanzierten Krankenversicherung. Wenn die Arbeitgeber nicht mehr an den Steigerungen der Krankheitskosten beteiligt sind, verlieren die Versicherten einen starken Bündnispartner für stabile Beiträge. Die Arbeitgeber werden zukünftig auch weniger Interesse an Kostenersparnissen durch bessere Arbeitsbedingungen haben. Den gesetzlich Versicherten kann nicht zugemutet werden, dass sie in Zukunft Mehrkosten alleine schultern müssen.

1. Beitragssatz

Welche Änderungen gibt es 2011?

Der einheitliche Beitragssatz wird 2011 von derzeit 14,9 % auf 15,5 % (wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II 2009) angehoben. Der Beitragssatz für Arbeitgeber wird auf 7,3 % festgeschrieben und auch künftig nicht mehr erhöht.

Steigende Kosten müssen in Zukunft ausschließlich die Versicherten tragen.

Gesetzliche Grundlage: § 241 SGB V

2. Zusatzbeitrag

Was ändert sich?

Die seit 2009 geltenden Regelungen für die Zusatzbeiträge (max. 1 % des beitragspflichtigen Einkommens, bzw. 8 Euro ohne Einkommensprüfung) werden aufgehoben und ersetzt durch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag.

Was ist der Zusatzbeitrag und wer legt ihn fest?

Der Zusatzbeitrag ist ein fester Geldbetrag. Er ist unabhängig vom Einkommen und dem Gesundheitszustand der Versicherten. Kommt eine Kasse mit den Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz (15,5 %) nicht aus, kann sie für ihre Mitglieder einen monatlichen Zusatzbeitrag in unbegrenzter Höhe festsetzen.

Wie wird der Zusatzbeitrag erhoben?

Jede Krankenkasse (KK) regelt per Satzung die Zahlung. Dabei kann sie auch den Zahlungsrhythmus selbst festlegen (Monat, Quartal, Jahr).

Jedes Mitglied wird spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit schriftlich informiert und zur Zahlung aufgefordert. Gezahlt wird direkt an die Kasse durch Überweisung oder Einzugsermächtigung.

Und wenn ich nicht zahle?

Wird nicht gezahlt, drohen Strafzahlungen. Bei sechsmonatigem Verzug wird ein Verspätungszuschlag in Höhe von drei Zusatzbeiträgen oder mindestens 20 Euro erhoben. Das Nähere regelt jeweils die KK in ihrer Satzung. Bis zur Zahlung der ausstehenden Zusatzbeiträge und des Verspätungszuschlages besteht zudem kein Anspruch auf Sozialausgleich (s.S. ???). Eine rückwirkende Anwendung des Sozialausgleichs erfolgt nicht.

Ausnahme:

Der Versicherte hat eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung mit seiner Krankenkasse getroffen und zahlt die Raten vereinbarungsgemäß.

Tipps:

Einige Kassen erheben bereits 2011 einen Zusatzbeitrag. Welche KK den Zusatzbeitrag nicht erheben wollen, erfahren Sie unter: <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/>

Habe ich weiterhin ein Sonderkündigungsrecht?

Ja, es gelten dieselben Regelungen wie bisher: Erhebt die Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, haben Versicherte ein außerordentliches Kündigungsrecht. Die Sonderkündigung kann bis zur erstmaligen Fälligkeit bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages erfolgen. Während der Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Monatsende, muss der Zusatzbeitrag nicht (bzw. nicht mehr) bezahlt werden.

Für wen wird kein Zusatzbeitrag erhoben?

Alle, die kein beitragspflichtiges Einkommen beziehen. Dies sind:

- Familienversicherte (Ehegatten, Kinder)
- EmpfängerInnen von Entgeltersatzleistungen wie Kranken-, Verletzten-, Versorgungsranken- oder Übergangsgeld
- EmpfängerInnen von Mutterschafts- oder Elterngeld
- TeilnehmerInnen an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten
- Wehr- und Zivildienstleistende, Versicherte im Freiwilligen Sozialen Jahr bzw. im Freiwilligen Ökologischen Jahr
- Auszubildende mit einem Entgelt bis zu 325 Euro monatlich oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung.

Was ist, wenn ich nur ein geringes Einkommen habe?

Eine „Überforderungsklausel“ soll verhindern, dass Versicherte übermäßig belastet werden, indem ein sogenannter „Sozialausgleich“ (siehe nächste Seite) stattfindet.

Gesetzliche Grundlage: § 242 SGB V

3. Sozialausgleich

Achtung:

2011 gibt es noch KEINEN Sozialausgleich! Um Zusatzbeiträge zu vermeiden, haben Versicherte nur die Möglichkeit, in eine Kasse zu wechseln, die keine Zusatzbeiträge erhebt.

Was ist der Sozialausgleich?

Der Sozialausgleich soll eine finanzielle Überforderung des Versicherten durch die Erhebung des Zusatzbeitrages ausgleichen und die Rückerstattung eines Überforderungsbetrags sicherstellen.

Wann habe ich einen Anspruch?

Wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ 2 % des beitragspflichtigen Einkommens übersteigt.

Was ist der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“?

Jedes Jahr im Herbst wird vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Folgejahr festgelegt. Er ist eine theoretische Rechengröße die zur Berechnung des Sozialausgleichs herangezogen wird.

Berechnung des „durchschnittlichen Zusatzbeitrags“:

Als Schätzungsgrundlage für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag dient die wirtschaftliche Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf Grundlage dieser Daten wird berechnet, wie hoch der Finanzbedarf der Krankenkassen sein wird, der nicht durch Beitragszahlungen und Steuerzuschüsse gedeckt ist. Anschließend wird aus dieser Deckungslücke abgeleitet, wie hoch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für jede Krankenkasse sein müsste, um diese Lücke auszugleichen.

Wird im Sozialausgleich der von meiner Kasse erhobene Zusatzbeitrag ausgeglichen?

Nein. Für die Berechnung des Sozialausgleichs spielt es keine Rolle, wie hoch der tatsächliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse ist. Ausgeglichen wird immer der Betrag, um den der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt.

Beispiele

Für alle gilt: Der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr XXXX wurde auf den Betrag von 20 Euro (beispielhafter Betrag!) festgelegt.

1. Beispiel

Zusatzbeitrag der eigenen Kasse:	20 €
Beitragspflichtiges Einkommen:	1000 €
davon 2 % =	20 €
Überforderungsbetrag:	0 €

➔ Keine Überforderung und kein Ausgleich. 2 % des Einkommens (= 20 €) werden mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (= 20 €) nicht überschritten. Versicherte/r zahlt 20 Euro.

2. Beispiel

Zusatzbeitrag der eigenen Kasse:	30 €
Beitragspflichtiges Einkommen:	1000 €
davon 2 %:	20 €
Überforderungsbetrag:	0 €

➔ Keine Überforderung und kein Ausgleich. 2 % des Einkommens (= 20 €) werden mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (= 20 €) nicht überschritten. Der Ausgleich orientiert sich am durchschnittlichen und nicht am tatsächlich zu zahlenden Zusatzbeitrag! Versicherte/r zahlt 30 €.

3. Beispiel

Zusatzbeitrag der eigenen Kasse:	15 €
Beitragspflichtiges Einkommen:	800 €
davon 2 %:	16 €
Überforderungsbetrag:	4 €

➔ 4 € werden ausgeglichen, da in diesem Fall 2 % des Einkommens (16 €) mit dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (20 €) um 4 € überschritten werden. Versicherte/r zahlt 11 €.

Achtung:

Die Differenz zwischen dem tatsächlichen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag zahlt der Versicherte somit aus eigener Tasche oder wechselt zu einer günstigeren Krankenkasse.



Die Bundesregierung

„... Mit der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge ist der Weg für eine weitgehende Entkopplung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten frei. Denn nur dadurch kann eine planbare und zukunfts feste Finanzierung der GKV sichergestellt werden ... Der Zusatzbeitrag schafft Transparenz und bietet den Versicherten die Möglichkeit, das Preis-Leistungs-Verhältnis anhand der eigenen Vorstellungen zu beurteilen. Die Versicherten können sich dann entscheiden, welche Krankenkasse ihnen mehr zusagt. ... Durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen wird die Finanzierungsgrundlage (des Gesundheitswesens)... unabhängig von konjunkturellen Schwankungen.“
(Quelle: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzbeitrag-sozialausgleich/beitragsatz-zusatzbeitrag.html>)

Der Gesundheitsladen

Ein pauschaler Zusatzbeitrag belastet einseitig und übermäßig vor allem mittlere und niedrigere Einkommen: Ein Zusatzbeitrag von 20 Euro im Monat entspricht bei einem Einkommen von 1.000 Euro einer Belastung von 2 Prozent - bei einem Einkommen von 2.500 Euro aber „nur“ 0,8 %. Eine politisch nicht direkt durchsetzbare „Kopfpauschale“ wird durch die Hintertür eingeschleust! Sie ersetzt das Prinzip der Solidarität durch reine Marktorientierung. Mehr Geld im System baut nur kurzfristig Druck ab. Dringend nötige, in die Zukunft gerichtete Reformen werden nicht angegangen. Strukturelle Probleme werden nicht gelöst: Soziale Ungleichheit, Dominanz der Leistungsanbieter und das Nebeneinander zweier ungleicher Versicherungssysteme (PKV / GKV), fehlende gesellschaftliche Planung, die Folgen zunehmenden Wettbewerbs, fortschreitende Ökonomisierung. Nur eine solidarische, von allen Beteiligten getragene Krankenversicherung (Bürgerversicherung) kann allen Menschen gerecht werden.



Die Bundesregierung zum Sozialausgleich:

„Eine gesetzliche Überforderungsklausel stellt sicher, dass kein Mitglied einer Krankenkasse über Gebühr belastet wird. Der Sozialausgleich erfolgt unbürokratisch über die Beitragsabführung durch den Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherung.“ Er wird „... aus Steuermitteln finanziert. Hierdurch wird das System in Zukunft gerechter, denn der Ausgleich zwischen Arm und Reich findet nicht mehr nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung statt, sondern auch über Steuern.... Da die Zusatzbeiträge zunächst gering ausfallen und auch nur langsam anwachsen, wird auch das Finanzvolumen für den Sozialausgleich in absehbarer Zeit nur langsam ansteigen. Daher ist eine Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln grundsätzlich darstellbar, ohne zusätzliche Steuereinnahmen über Steuererhöhungen zu generieren.“

Quelle: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/sozialausgleich.html>

Wie wird der Sozialausgleich finanziert?

2011 gibt es noch KEINEN Sozialausgleich. In den Jahren 2012 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, in den auch Steuern fließen. Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung weitere Zahlungen aus Bundesmitteln (Steuern) zur Verfügung gestellt werden.

Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist ursprünglich angelegt worden, um saisonale Schwankungen und unvorhergesehene Ausfälle bei den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen.

Wer ist zuständig für den Ausgleich?

Die Zuständigkeit hängt ab vom Status des Versicherten und davon, wie sich das beitragspflichtige Einkommen zusammensetzt.

➔ Beitragspflichtiges Einkommen aus einer Quelle

Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger prüfen den Anspruch und gleichen den Überforderungsbetrag aus.

➔ Beitragspflichtige Einkommen aus mehreren Quellen

Die Krankenkasse prüft den Anspruch und meldet das Ergebnis den unterschiedlichen Arbeitgebern.

Der Ausgleich findet dann über denjenigen Arbeitgeber statt, bei dem das Mitglied sein Haupteinkommen hat.

➔ Bezieher einer gesetzlichen Rente über 260 Euro

Der Rentenversicherungsträger prüft den Anspruch und gleicht den Überforderungsbetrag aus.

➔ Freiwillig Versicherte

Die Krankenkasse prüft den Anspruch und gleicht den Überforderungsbetrag aus.

➔ EmpfängerInnen von Arbeitslosengeld I

Die Bundesagentur für Arbeit prüft den Anspruch und gleicht den Überforderungsbetrag aus.

Wie erfolgt der Sozialausgleich?

Der monatliche, einkommensabhängige Mitgliedsbeitrag der Versicherten wird um den ermittelten Überforderungsbetrag reduziert und bei der Errechnung des Arbeitsentgelts und der Rente berücksichtigt.

Ausnahme: Freiwillig Versicherte und Arbeitslosengeld I-EmpfängerInnen.

Muss ich einen Antrag auf Sozialausgleich stellen?

Für Arbeitnehmer, bzw. Angestellte und Rentner wird der Anspruch automatisch geprüft. Ein Antrag muss nicht gestellt werden.

Freiwillig Versicherte oder Personen mit mehreren versicherungspflichtigen Beschäftigungen müssen einen Antrag bei ihrer Kasse stellen.

Arbeitslosengeld I-EmpfängerInnen müssen den Sozialausgleich bei der Bundesagentur für Arbeit beantragen.

Hat jedes Mitglied einen Anspruch auf Sozialausgleich?

Nein, Mitglieder, die keinen Zusatzbeitrag zahlen (mitversicherte Angehörige) oder für die ein Dritter (z.B. Sozialamt s.u.) die Zahlung übernimmt, haben grundsätzlich keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.

Gibt es 2011 einen Sozialausgleich?

Nein! Der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ für 2011 wurde auf null Euro festgelegt. Alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung müssen den Zusatzbeitrag, den ihre Kasse im Jahr 2011 erhebt, in vollem Umfang selbst zahlen.

Sonderregelungen:

a) Für Bezieher von **Hilfe zum Lebensunterhalt** und für **Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung** wird, wie bisher auch schon, der *kassenindividuelle Zusatzbeitrag* vom Träger der Sozialhilfe bzw. Grundsicherung übernommen.

b) Für **BezieherInnen von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld** und sogenannte „Aufstocker“ wird der Zusatzbeitrag erhoben. Er wird aus Mitteln des Gesundheitsfonds vom Leistungsträger bis maximal in Höhe des festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrags übernommen.

Ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der *durchschnittliche Zusatzbeitrag*, entscheidet die Kasse in ihrer Satzung, ob diese Differenz vom Mitglied zu zahlen ist oder erlassen werden kann.

Beispiel:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 €

Zusatzbeitrag der Kasse: 25 €

➔ Der durchschnittliche Zusatzbeitrag von 20 € wird für Leistungsempfänger aus dem Gesundheitsfonds gezahlt.

➔ Die 5 € Differenz kann die KK einfordern. Dafür gibt es keinen Ausgleich. Die Kasse kann den Betrag auch erlassen (Satzungsrecht).

Wichtig:

Für Personen, die allein durch die Zahlung des Zusatzbeitrags hilfebedürftig werden, zahlt die Bundesagentur für Arbeit den Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit nötig ist.

Gesetzliche Grundlagen:

§§ 242 a und 242 b SGB V

4. Kostenerstattung

Was heißt Kostenerstattung?

Für gesetzlich Versicherte gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip: Der Patient legt seine Krankenversichertenkarte vor und der Arzt rechnet die erbrachte Leistung direkt mit der Krankenkasse ab.

Seit 2004 können sich Versicherte aber auch für die Kostenerstattung entscheiden. Dabei stellt der Leistungserbringer (z.B. Arzt) der PatientIn eine Privatrechnung aus. Grundlage dafür ist die Gebührenordnung für (Zahn-)Ärzte. Der Patient zahlt die Rechnung und reicht sie anschließend bei der Krankenkasse zur Erstattung ein.

Der Arzt muss den Versicherten vor der Wahl zur Kostenerstattung darüber informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, selbst zu tragen sind. Diese Information musste bisher schriftlich von der Patientin bestätigt werden. Einmal für die Kostenerstattung entschieden, war man für ein Jahr daran gebunden und konnte in dieser Zeit die Kasse nicht wechseln.

Was ändert sich?

Kostenerstattung soll 2011 für die Versicherten „attraktiver“ werden:

➔ Es ist kein formalisiertes schriftliches Verfahren mehr nötig

➔ bisher erhobene Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen, Abschläge für Verwaltungskosten der KK werden auf max. 5 % der Erstattungsbeträge begrenzt

➔ Mindestbindungsfrist wird von einem Jahr auf drei Monate verringert.

Was erstattet die Krankenkasse?

Es werden lediglich Kosten in der Höhe erstattet, die die Kasse bei der Sachleistung übernommen hätte. Vom Erstattungsbetrag abgezogen werden Abschläge für Verwaltungskosten. Das hat zur Folge, dass immer eine mehr oder weniger große Differenz übrig bleibt. Auf dieser bleibt die Versicherte sitzen.

Wem nützt die Kostenerstattung?

Die Wahl der Kostenerstattung sollte gut überlegt sein, da sie in erster Linie weitere Mehrkosten und kein „Mehr an Gesundheit“ bedeutet. Vorteil für die Patienten könnten ein besserer Service, kürzere Wartezeiten und zeitnahe Termine sein. Ansonsten liegen die Vorteile auf der Einkommenseite der Ärzte.

Bietet die Kostenerstattung die Vorteile einer Privatversicherung?

Nein, auch mit Kostenerstattung zahlt die Kasse nur Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV.

Auch sind Behandlungen nur - bis auf wenige zu genehmigende Ausnahmen - bei einem zugelassenen Vertragsarzt (Kassenarzt) möglich.

Was ist noch wichtig?

Bei der Abrechnung muss die Patientin in Vorleistung gehen, daher müssen ausreichend finanzielle Rücklagen vorhanden sein. Außerdem muss ein zusätzlicher, eigener Verwaltungsaufwand in Kauf genommen werden, da man sich selbst um die Erstattung kümmern muss.

Rechnet der Arzt mehr an Leistungen ab, als die Kasse für notwendig erachtet, muss die Patientin sich mit Arzt und/oder der Krankenkasse auseinandersetzen.

Die Wahl der Kostenerstattung ist grundsätzlich freiwillig. Kein Arzt darf zu dieser drängen oder eine Leistung davon abhängig machen!

Gesetzliche Grundlage: § 13 SGB V



Der Gesundheitsladen zum Sozialausgleich:

Der Sozialausgleich ist eine „Mogelpackung“. Die tatsächlichen Belastungen werden nicht ausgeglichen. Maßgeblich für den Ausgleich sind nicht die tatsächlichen kassenindividuellen Zusatzbeiträge, sondern ein geschätzter durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der theoretisch nötig wäre, um ein zu erwartendes Defizit zu decken.

Laut Schätzungen werden bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von beispielsweise 20 Euro etwa 35% der Mitglieder der KK über den Sozialausgleich auf staatliche Hilfen angewiesen sein; bei einem Zusatzbeitrag von 50 Euro 75 %. Vor allem Geringverdiener und Rentner werden damit zu Bittstellern.

Durch den Sozialausgleich hängt die GKV am „Tropf“ Steuern. Aber Steuerzuschüsse sind variabel, je nach Haushalts- und Konjunkturlage und der Prioritätensetzung der jeweiligen Regierung. Sie sind keineswegs auf Dauer gesichert.

Die Bundesregierung befindet sich in einem Interessenskonflikt. Setzt sie den notwendigen durchschnittlichen Zusatzbeitrag hoch an, werden vergleichsweise viele Mitglieder der GKV Anspruch auf Sozialausgleich haben. Somit steigt auch der erforderliche Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds. Für die Politik ist ein möglichst niedriger durchschnittlicher Zusatzbeitrag kostengünstig. Die Anzahl der Ausgleichsberechtigten könnte damit niedrig gehalten werden.

Kassen, mit einem hohen Anteil kostenintensiver Mitglieder, haben das Nachsehen: Mit höheren Zusatzbeiträgen droht die Abwanderung von Mitgliedern.

Die Verwaltungsaufwandskosten für Kassen, Arbeitgeber und Sozialleistungsträger steigen enorm.

Völlig offen ist auch die Frage, woher das Geld für einen gerechten Sozialausgleich kommen soll. Viele Politiker und Fachleute halten ihn für



Die Bundesregierung zur Kostenerstattung

„Bei den Regelungen zur Kostenerstattung ... werden bürokratische Hürden beseitigt und Hemmnisse abgebaut, damit sich PatientInnen eher für die Kostenerstattung entscheiden.“ ... Kostenerstattung bringt „... mehr echte Wahlmöglichkeiten...“ für die Patienten, „...mehr Transparenz im Gesundheitswesen...“ und die „...Stärkung der Position der Patienten gegenüber den Ärzten...“. Nach Meinung der Bundesregierung steigt auch die Eigenverantwortung der Versicherten.

Quelle:

5. Weitere Änderungen

Nachfolgend werden kurz zusammengefasst weitere wichtige Änderungen zum 1. Januar 2011 dargestellt. Für ausführliche Informationen verweisen wir auf die Patientenberatungsstellen (Kontaktdaten siehe S....)

5.1 Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV)

ist nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2011: 49.500 Euro) möglich. Bisher musste ein Arbeitnehmer dazu 3 Jahre mit seinem Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegen.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze, bestimmt, ab welcher Höhe des jährlichen Brutto-Arbeitsentgelts ein Arbeitnehmer nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist.

Sofort können in die PKV wechseln oder eintreten:

- ➔ Berufsanfänger mit einem entsprechenden Gehalt
- ➔ Selbstständige, die in ein Angestelltenverhältnis mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze wechseln und
- ➔ Personen mit entsprechendem Gehalt, die in Deutschland bisher noch nicht beschäftigt waren.

5.2 Arzneimittel

5.2.1 Mehrkostenregelung bei rabattierten Arzneimitteln (Kostenerstattung im Einzelfall)

Alte Regelung

Krankenkassen können mit Pharmaherstellern Rabattverträge über Arzneimittel abschließen. Die Apotheken sind vom Gesetzgeber verpflichtet, bei gleichem Wirkstoff das rabattierte Arzneimittel abzugeben. Dies gilt für alle gesetzlichen Krankenversicherten, auch für Kinder und Jugendliche.

Rabattverträge:

Gesetzliche Krankenkassen können seit 2003 mit einem oder mehreren Arzneimittelherstellern Verträge abschließen, die den Herstellern eine exklusive Abgabe ihrer Arzneimittel garantieren. Im Gegenzug gewähren die Hersteller den Krankenkassen Rabatte, also Preisnachlässe.

Rabattverträge sollen zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen beitragen.

Neue Regelung

Seit dem 01.01.2011 kann der Apotheker auf Wunsch des Versicherten statt dem eigentlich abzugebenden rabattierten Arzneimittel ein anderes Arzneimittel abgeben wenn:

Der Arzt den Austausch des Arzneimittels zugelassen hat.

Das verordnete Arzneimittel und das Wahlarzneimittel den gleichen Wirkstoff, die gleichen Normgrößen (Menge) und ein gleiches Anwendungsgebiet haben.

In diesem Fall wählt der Versicherte die sog. „Mehrkostenregelung“. Das gewünschte Arzneimittel ist in voller Höhe in der Apotheke zu zahlen. Die Rechnung und eine Kopie der Verordnung sind bei der Krankenkasse einzureichen. Diese erstattet Kosten auf der Grundlage des regulär abzugebenden rabattierten Arzneimittels. Von diesem Preis ausgehend werden noch verschiedene Abschläge abgezogen.

Den Differenzbetrag zwischen gewünschtem und regulär abzugebendem Arzneimittel zahlt der Versicherte.

Achtung: Die Mehrkostenregelung oder auch Kostenerstattung bei der Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt immer im Einzelfall.

Hinweis:

Wir empfehlen, sich vor der Wahl der Kostenerstattung eines Medikaments bei der Krankenkasse über die konkreten Mehrkosten zu informieren. Die Kassen sind zur Information verpflichtet.

Wollen PatientInnen Mehrkosten vermeiden, sollten sie auf den Austausch ggf. verzichten und das Kassenpräparat akzeptieren. Der Arzt kann – in medizinisch begründeten Fällen – das gewünschte Medikament verordnen und den Austausch in der Apotheke ausschließen. Detailregelungen können sich von Kasse zu Kasse unterscheiden.

5.2.2 Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

Bisher mussten Medikamente mit neuen Wirkstoffen bei ihrer Markteinführung keinen Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten belegen. Die Preise für Unternehmen waren frei wählbar und die GKV war verpflichtet, deren Kosten bei ärztlicher Verordnung zu übernehmen.

Künftig findet eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) statt: Der Nutznachweis ist durch den Hersteller in Form von Studien zu erbringen. Es sind alle Studien (auch unvollständige, negative oder abgebrochene) in Form eines Dossiers zu Kosten und Nutzen vorzulegen. Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen kann ein Höchstbetrag festgelegt werden, den die Krankenkassen maximal erstatten. Die Preise für Arzneimittel mit Zusatznutzen werden zwischen GKV und Herstellern ausgehandelt. Die Hersteller können also nicht mehr wie bisher ihre Preise für neue Arzneimittel frei festsetzen. Bei Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen (<230.000 Patienten/Jahr oder 5/10.000 Einwohner) ist keine Nutzenbewertung notwendig, da ihr Nutzen durch die Zulassung als gegeben gilt.

Exkurs G-BA und IQWiG

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als wichtigstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Im fachlich unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse bewertet. Auftraggeber sind der G-BA und das Bundesministerium für Gesundheit.

5.2.3 Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu Lasten der GKV

Bisher konnte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Arzneimittel wegen fehlendem therapeutischen Nutzen ausschließen. Die Hersteller mussten den therapeutischen Nutzen belegen.

Künftig darf der G-BA die Verordnung eines Mittels nur noch einschränken oder ausschließen, wenn dessen „Unzweckmäßigkeit“ erwiesen ist. Den Beweis dafür muss aber der G-BA selbst bringen.

5.2.4 Veröffentlichungspflicht für Studien

Hersteller, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, müssen die Ergebnisse ihrer zuvor durchgeführten klinischen Studien innerhalb von sechs Monaten nach der Zulassung im Internet veröffentlichen.

5.2.5 Arzneimittel-Härtefall-Verordnung

Schwersterkrankte Patienten können an Härtefallprogrammen teilnehmen, falls diese aussichtsreich erscheinen. Die Behandlung erfolgt mit noch nicht zugelassenen bzw. sich in der Entwicklung befindlichen Arzneimitteln. Das Pharmaunternehmen als Antragssteller des Härtefallprogramms trägt Gesamtverantwortung und ist verpflichtet, die Arzneimittel kostenlos zur Verfügung zu stellen.

5.3 Bedingungen für Wahltarife gelockert

Alte Regelung:

Versicherte, die sich für einen von fünf Wahltarifen ihrer gesetzlichen Krankenkasse entschieden hatten, waren drei Jahre über den Tarif an die Kasse gebunden. Es gab es kein Sonderkündigungsrecht.

Versicherte, die sich für Modellvorhaben ihrer Kasse, ein Hausarztprogramm, ein DMP-Programm für chronisch Kranke und Angebote der Integrierten Versorgung entschieden hatten, waren mindestens ein Jahr gebunden. Es gab kein Sonderkündigungsrecht.

Neue Regelung:

Ab 01.01.2011 wird die Bindung für die Tarife Prämienzahlung, Kostenerstattung und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen auf ein Jahr reduziert. Außerdem gibt es jetzt ein Sonderkündigungsrecht während der Bindungsfrist. Es greift immer dann, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, ihn anhebt oder ihre bisherige Prämienzahlung verringert.

Bei den Tarifen Selbstbehalt und Krankengeld bleibt es bei der dreijährigen Bindung. Das Sonderkündigungsrecht gilt hier nicht.

Ganz aufgehoben wird die Bindungsfrist für Modellvorhaben, Hausarztprogramme, DMP-Programme für chronisch Kranke und Angebote der Integrierten Versorgung.



Der Gesundheitsladen zur Kostenerstattung:

Die Politik sagt: Hier steigt die Eigenverantwortung der Versicherten.

Wir sagen: Es steigen die Kosten für die Versicherten.

Unter dem Deckmantel Wahlmöglichkeiten, Transparenz und Stärkung der Position der Patienten werden vor allem Anbieterinteressen bedient.

Die Stärkung des Prinzips Kostenerstattung ist ein weiterer Schritt in die Privatisierung. Sie birgt ein hohes finanzielles Risiko für PatientInnen, ohne damit einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen zu bewirken.

Vor allem PatientInnen mit niedrigem Einkommen bringt die Kostenerstattung in eine soziale Misslage, da sie weder die Rechnung vorstrecken, noch sicher sein können, dass die Kasse alles bezahlt.

Mit der Kostenerstattung fällt die Mengenbegrenzung weg. Ärzte können und werden, das zeigen Erfahrungen der letzten Jahre, mehr (auch Privat-) Leistungen erbringen.

Wir befürchten:

- dass das Prinzip Kostenerstattung künftig in vielen Arztpraxen offensiv beworben wird,
- dass auf PatientInnen ein indirekter Zwang ausgeübt wird, sich für diese zu entscheiden,
- dass keine hinreichende Aufklärung über negative Konsequenzen der Kostenerstattungswahl stattfindet,
- Streitereien zwischen Patientinnen und Ärzten, weil die Aufklärung nicht mehr schriftlich zu bestätigen ist,
- weitere Kostensteigerungen für PatientInnen.

Außerdem erwarten wir einen verstärkten Informations- und Beratungsbedarf von versicherten und/oder verärgerten Versicherten.

Fazit: Wir raten dringend von der Wahl der Kostenerstattung ab.



Sonstiges

Der Gesundheitsladen

Hinweise

5.4 Verbraucher- und Patientenberatung

Die Finanzierung unabhängiger PatientInneninformations- und -beratungsstellen (*Gesetzesgrundlage § 65 b Sozialgesetzbuch V*) ist ab 2011 Regelaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen.

Unterstützung und Orientierung suchende PatientInnen können sich weiterhin kostenfrei über ihre Rechte und Pflichten beraten lassen. Sie werden bei der Wahrnehmung ihrer Interessen gegenüber Leistungsträgern, Anbietern und bei Entscheidungen unterstützt.

Darüber hinaus gibt es Einrichtungen (z.B. Gesundheitsläden) mit anderer Finanzierung, die schon seit vielen Jahren unabhängige PatientInnenberatung leisten und weiterhin anbieten.

Hinweis:

Die nächstgelegene Beratungsstelle kann über: www.bagp.de oder www.unabhaengige-patientenberatung.de/ in Erfahrung gebracht werden.

5.5 Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird forciert

Die Bundesregierung verpflichtet die Kassen, bis Ende 2011 mindestens zehn Prozent der gesetzlich Versicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. Kassen, die diese Zielvorgabe nicht einhalten, müssen mit Sanktionen rechnen.

Hrsg.: Gesundheitsladen München e.V. • Waltherstr. 16 a • 80337 München

Patientenberatungszeiten

PatientInnenstelle München
(für Ratsuchende aus München)
Tel: 089/77 25 65
Mo 10-13 und 16-19h
Mi, Do und Fr 10-13 h
Unabhängige

Patientenberatung Schwaben:
(für Ratsuchende aus Schwaben)
Tel. 0821/ 20 92 03 71
schwaben@gl-m.de
Mo 9 - 12 h
Mi 13 - 16 h

Links:

www.gesundheitsladen-muenchen.de oder www.gl-m.de

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung: www.patientenbeauftragter.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP): www.bagp.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD: www.upd-online.de

Quellen:

Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) Das SGB V in der ab 1.1.2011 gültigen Version.

Hinweise:

Alle Informationen sind sorgfältig recherchiert, jedoch ohne Gewähr.

Wir benutzen in dieser Info die weibliche, männliche und neutrale Sprachform nach dem Zufallsprinzip

Jeweils aktuelle Informationen und Beratung zu der Reform sind erhältlich im Gesundheitsladen München e.V., Waltherstr. 16 a, 80337 München, Tel: 089/772565, www.gl-m.de

Mit freundlicher Unterstützung der Landeshauptstadt München



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**