

Gesundheitsladen Info 7



Gesundheitsreform 2012

Am 1.1.2012 trat das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft mit einer Reihe von Änderungen, die u.a. eine wohnortnahe, bedarfsgerechte und flächendeckende medizinische Versorgung auch für die Zukunft sichern sollen. Das Gesetz sieht keine unmittelbaren Mehrbelastungen vor. Weder die Praxisgebühr noch die Zuzahlungen wurden gesenkt.

Die für Patientinnen und Patienten wesentlichsten Änderungen und weitere Neuerungen 2012 werden in dieser Information kurz zusammengefasst.

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

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

liegt auch 2012 bei Null. Somit wird auch in 2012 kein Sozialausgleich bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch die Krankenkasse durchgeführt.

Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV beträgt für das Jahr 2012 **3.825 Euro im Monat bzw. 45.900 Euro im Jahr.**

Die Versicherungspflichtgrenze liegt bei **4.237,50 Euro im Monat bzw. 50.850 Euro im Jahr.**

Erleichterter Kassenwechsel bei Insolvenz

Krankenkassen müssen zukünftig bei drohender Insolvenz acht Wochen vorher schriftlich über die Schließung informieren. Die Mitglieder erhalten gleichzeitig eine Liste aller Krankenkassen. Alle Kassen sind zur Aufnahme verpflichtet. Bei Verstößen

gegen die Aufnahmeverpflichtung drohen den Kassen empfindliche Strafgebühren.

Die Aufsichtsbehörden haben diesbezüglichen Beschwerden nachzugehen.

Direktüberweisung der Zuschüsse für privat versicherte ALG II-Empfänger

Zuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung zahlt das Jobcenter ab 2012 nicht mehr an die ALG II-Empfänger aus, sondern überweist sie direkt an das Versicherungsunternehmen. Entsprechend wird beim Bezug von Sozialhilfe verfahren.

Bundeseinheitliche Rufnummer für den Bereitschaftsdienst

Die Europäische Kommission hat für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eine bundeseinheitliche Telefonnummer: **116 117** festgelegt. Diese ist seit 1.1.2012 bereitgestellt.

**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

30 ct.



Neu: Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) wurde novelliert und an den aktuellen Stand der zahnärztlichen Behandlung angepasst. Die GOZ regelt die Vergütung für privat-zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Behandlung von Privatversicherten. Für gesetzlich Krankenversicherte findet die GOZ nur dann Anwendung, wenn die von den Versicherten gewählten Leistungen über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Hierzu gehören aufwendigerer Zahnersatz oder Füllungsalternativen.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Der Ausgabeprozess der elektronischen Gesundheitskarte wird fortgesetzt mit dem Ziel, dass bis Ende des Jahres 2012 mindestens 70 Prozent der Versicherten eine eGK haben.

Versicherungspflicht in dualen Studiengängen

Teilnehmer an allen Formen von dualen Studiengängen sind sozialversicherungsrechtlich den Beschäftigten gleichzustellen, die sich in der Berufsausbildung befinden.

Sie sind damit unter anderem versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Dies gilt während der gesamten Dauer des Studienganges, das heißt sowohl während der Praxisphasen als auch während der Studienphasen.

Familienversicherung bei Freiwilligenersatzdienst

Nach Abschaffung des Wehr- und Zivildienstes wurde der „Freiwilligendienst“ als Ersatz ins Leben gerufen. Für alle freiwilligen Ersatzdienste ist seit 1.1.2012 eine beitragsfreie Familienversicherung in der Kasse der Eltern zur Verlängerung über das 25. Lebensjahr hinaus möglich.

Heilmittel

• Langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen

Menschen mit dauerhaften schweren Behinderungen und chronisch Kranke können künftig ohne erneute Überprüfung des Behandlungsbedarfs eine langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen von ihrer Gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Die langfristige Genehmigung soll mindestens ein Jahr lang gelten. Die Heilmittel müssen weiterhin vertragsärztlich verordnet werden.

Innerhalb von vier Wochen muss über diese medizinischen Maßnahmen, wie z.B. Massagen, Sprachtherapie oder Ergotherapie, von der Krankenkasse entschieden werden. Bleibt die Entscheidung innerhalb dieser Frist aus, gelten sie als genehmigt.

Neu aber noch unklar, wie es detailliert umgesetzt wird:

• Wartezeiten beim Facharzt

Der Sicherstellungsauftrag der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen wird zukünftig auch beinhalten, dass Versicherte in einem angemessenen Zeitraum fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen können. Dadurch sollen vermeidbare Wartezeiten bei Fachärzten verringert werden.

• Satzungsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen werden ausgeweitet für die Bereiche: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Alle Kassen sollen künftig Satzungsregelungen zur Haushaltshilfe über den Pflichtleistungsanspruch hinaus für den Fall vorsehen, wenn Versicherte wegen einer ambulanten Behandlung Ihren Haushalts nicht weiterführen können. Dann könnte etwa auch Alleinstehenden eine Haushaltshilfe gewährt werden.

• Versicherteninformation vereinfacht

Versicherte sollen zukünftig einen unkomplizierten Zugang zu Informationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten erhalten.

• Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt

Das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt soll verbessert werden. Das Ziel ist die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des sogenannten „Drehtüreffektes“ beizutragen.

• Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Zahnärzte, die Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderungen behandeln, die eine Zahnarztpraxis nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können, bekommen für die notwendige aufsuchende Betreuung eine zusätzliche Vergütung.