



Was hat sich zum 1. Januar 2009 geändert? - Ein Überblick zu Neuregelungen Gesundheit - 15. Dezember 2008 - Pressemitteilung

Versicherungsschutz

1. Absicherung im Krankheitsfall für alle

Am 1. Januar 2009 folgte ein weiterer Schritt zu einer Absicherung aller Bürger im Krankheitsfall. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bereits seit dem 1. April 2007 die Versicherungspflicht für alle, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Seit Januar 2009 werden nun entsprechend auch alle Personen versicherungspflichtig, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Ob jemand dem gesetzlichen oder dem privaten Versicherungssystem zugeordnet wird, hängt insbesondere davon ab, wie er zuletzt versichert war. Damit haben in Deutschland alle Bürgerinnen und Bürger ein Recht, aber jetzt auch die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung, wenn sie im Krankheitsfall keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten haben. Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ besteht damit auch Versicherungsschutz für alle Menschen in der Pflegeversicherung.

Private Krankenversicherung

1. Einführung des Basistarifs

Zum 1. Januar 2009 wurde der neue Basistarif eingeführt, den alle privaten Krankenversicherungsunternehmen anbieten müssen. Er löst den bisherigen modifizierten Standardtarif ab. Versicherte dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden (Kontrahierungszwang). Es dürfen auch keine Zuschläge wegen erhöhten gesundheitlichen Risikos erhoben und keine Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Die Leistungen im Basistarif müssen in Umfang, Art und Höhe mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Versicherungsprämie darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag (2009 rund 570 Euro) nicht überschreiten. Für Beamte gelten anteilige Höchstbeträge je nach Höhe des Anteils, den die Beihilfe abdeckt.

Ist das für die Versicherten zu teuer, weil sie durch die Zahlung des Beitrages hilfebedürftig im Sinne der Gesetze zur Grundsicherung würden, wird der Beitrag im Basistarif um die Hälfte reduziert. Und wer auch dafür nicht genug Geld aufbringen kann, bekommt einen Zuschuss zu seiner Versicherungsprämie vom Sozialamt oder Grundsicherungsträger. Die sozialen Regelungen bei niedrigem Einkommen gelten auch für die private Pflege-Pflichtversicherung.

2. Wechselmöglichkeit in den Basistarif unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen

Diejenigen, die bereits privat krankenversichert sind, können vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif einer anderen Versicherung ihrer Wahl wechseln. Wer 55 Jahre und älter ist oder eine Rente beziehungsweise eine Beamtenpension bezieht, kann darüber hinaus jederzeit in den Basistarif innerhalb seines Versicherungsunternehmens wechseln. Gleiches gilt für Versicherte, die nachweislich die Versicherungsprämie nicht mehr aufbringen können. Wer nach dem 1. Januar 2009 einen privaten Krankenversicherungsvertrag neu abschließt, kann sofort den Basistarif wählen oder erhält ein uneingeschränktes Wechselrecht unter Mitnahme der neu aufgebauten Alterungsrückstellungen in den Basistarif jedes beliebigen Unternehmens der privaten Krankenversicherung.

3. Mitnahme von Alterungsrückstellungen

Privatversicherte zahlen mit ihren Prämien zusätzlich so genannte Alterungsrückstellungen, mit denen der Beitragsverlauf im Lebenszyklus geglättet wird, das heißt Rücklagen für den höheren medizinischen Versorgungsbedarf im Alter gebildet werden. Bei einem Versicherungswechsel konnten Alterungsrückstellungen bisher nicht mitgenommen werden. Wer bislang das Versicherungsunternehmen wechseln wollte, musste neue Alterungsrückstellungen aufbauen,

was ab einem gewissen Alter einen Wechsel des Unternehmens selbst für gesunde Versicherte faktisch ausgeschlossen hat, weil die im neuen Unternehmen geforderten Beiträge durch die verlorenen Rückstellungen unbezahlbar sind. Das hat sich nun geändert: Privatversicherte, die innerhalb ihrer Versicherung in den Basistarif wechseln, nehmen die Alterungsrückstellungen in vollem Umfang mit. Bei Privatversicherten, die im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln, werden die Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs übertragen. Für Versicherte, die nach dem 1. Januar 2009 einen neuen Vertrag schließen, gilt diese Regelung unbefristet.

Das gleiche Prinzip gilt in der privaten Pflegeversicherung: Seit 1. Januar 2009 werden hier die Wahl- und Wechselmöglichkeiten aller Versicherten durch die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen verbessert.

Gesundheitsfonds

1. Gesundheitsfonds

Am 1. Januar 2009 startete der Gesundheitsfonds, mit dem die Finanzierungsströme in der gesetzlichen Krankenversicherung neu organisiert werden. Er sorgt für mehr Transparenz, Gerechtigkeit und Fairness. Wie in einem großen Topf werden im Gesundheitsfonds die Beitragszahlungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentnerinnen und Rentner sowie der Selbständigen und aller sonstigen Beitragszahler eingesammelt. Zusammen mit dem Bundeszuschuss (steigt ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro an) werden diese – durch den neuen Risikoausgleich ausgerichtet am Versorgungsbedarf der Versicherten – vom Fonds an die Krankenkassen verteilt. Rund 20 Mitarbeiter beim Bundesversicherungsamt in Bonn verwalten den Gesundheitsfonds.

2. Einheitlicher Beitragssatz

Mit dem Gesundheitsfonds wurde zum 1. Januar 2009 ein einheitlicher Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent. Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger und Rentner tragen diesen jeweils zur Hälfte. Der ermäßigte Beitragssatz, gültig für Personen ohne Krankengeldanspruch, liegt bei 14,0 Prozent. Zusätzlich zum paritätisch finanzierten Beitragssatz zahlen die Mitglieder der Krankenkassen einen Beitrag von 0,9 Prozent. Damit gilt: gleicher Beitragssatz für gleiche Leistung – wie auch in der gesetzlichen Arbeitslosen-, Renten- und Pflegeversicherung. Für die Festlegung des Beitragssatzes gibt es klare Vorgaben: Der Beitragssatz ist zum Start des Gesundheitsfonds so festgelegt, dass die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009 (unter Berücksichtigung des Bundeszuschusses von 4 Mrd. Euro) zu 100 Prozent gedeckt sind. Die Höhe des Beitragssatzes ist auf Grundlage einer Empfehlung des neu eingerichteten Schätzerkreises erfolgt und durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung festgelegt worden.

3. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, kurz: Morbi-RSA

Der Begriff Morbidität leitet sich von „morbidus“ ab, dem lateinischen Wort für „krank“. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Leistungsausgaben ihrer Versicherten erhalten. Die Höhe der Zuweisungen variiert. Für Versicherte mit schwerwiegenden und chronischen Krankheiten mit hohem Versorgungsbedarf gibt es mehr als zum Beispiel für gesunde Versicherte. Die mehr als

200 Krankenkassen haben eine ungleiche Versichertenstruktur: Einige haben viele gut verdienende und gesunde Versicherte, andere viele kranke Menschen und Beitragszahler mit niedrigem Einkommen.

Den Ausgleich von Risiken zwischen den Krankenkassen gibt es seit 1994. Er ist in einem wettbewerblich organisierten System von Krankenkassen mit freiem Kassenwahlrecht der Versicherten zwingend erforderlich. Der bisherige Risikostrukturausgleich hat jedoch die Unterschiede bei den Beitragseinnahmen der Kassen und dem jeweiligen Versorgungsbedarf von gesunden und kranken Versicherten nur unzureichend berücksichtigt. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat sich das geändert. Das Geld aus dem Fonds wird fair entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf der Kasse verteilt.

Ärztliche Vergütung und Versorgung

1. Vergütungsreform

Seit 1. Januar 2009 werden die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung vergütet. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des ärztlichen Einkommens. Die bisherigen Budgets werden abgelöst. Vereinbart wurde, dass die Ärzte ab dem Jahr 2009 mehr Leistungen zu höheren Preisen abrechnen können. Die Krankenkassen müssen deshalb im Jahr 2009 voraussichtlich 2,75 Mrd. Euro mehr Honorar für die Ärzte bereitstellen.

2. Quoten für psychotherapeutische Leistungserbringer

Diese neue Regelung bezieht sich auf das Zahlenverhältnis zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringern, also psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Künftig ist die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte auf 25 Prozent festgelegt, bisher lag sie bei

40 Prozent. So wird gewährleistet, dass freie Zulassungen für die vertragsärztliche Versorgung an Bewerber mit psychologischer Qualifizierung vergeben werden können und es nicht zu psychotherapeutischer Unterversorgung kommt. Die neue Quote entspricht im Wesentlichen dem Versorgungsanteil, den diese Ärzte heute in vielen Regionen erreichen.

Zudem wird zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine Mindestquote für psychotherapeutische Leistungserbringer eingeführt, die nur Kinder und Jugendliche betreuen. Künftig ist für diese Leistungserbringer eine Quote in Höhe von 20 Prozent vorgesehen. Dies entspricht dem Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung.

3. Bessere Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner

Die gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden verbessert. So ist vorgesehen, dass die Mediziner an allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten. Die Änderungen werden dazu beitragen, dass sich auch künftig genügend junge Medizinerinnen und Mediziner für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden.

Rückwirkend zum 1. Oktober ist die bislang für Vertragsärzte, -zahnärzte und -psychotherapeuten geltende Altersgrenze aufgehoben worden. Mit dieser Änderung wird nicht nur dem Wunsch vieler Betroffenen, weiterarbeiten zu können, entsprochen, sie trägt auch der Tatsache Rechnung, dass einzelne Praxen – insbesondere in ländlichen Regionen – derzeit nur schwer nachbesetzt werden können.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

1. Sozialmedizinische Nachsorge für schwerkranke Kinder

Ein wichtiger Baustein bei der Betreuung und Unterstützung schwerkranker Kinder und ihrer Familien ist die professionelle Hilfe, wenn ein schwerkrankes Kind aus dem Krankenhaus entlassen und weiter ambulant versorgt werden muss. Bisher hatten Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse einen Ermessensanspruch auf diese so genannte sozialmedizinische Nachsorge, der nun in einen Rechtsanspruch umgewandelt wird. Zudem wird die Altershöchstgrenze von 12 auf 14 Jahre angehoben, so dass noch mehr Kinder versorgt werden können. Die sozialmedizinische Nachsorge stellt sicher, dass qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Kind und seine Familie von der stationären Behandlung oder Rehabilitation ab begleiten und einen reibungslosen Übergang in die häusliche Pflege und die ambulante Behandlung ermöglichen.

2. Hausarztzentrierte Versorgung

Den Krankenkassen wird eine Frist bis zum 30. Juni 2009 gesetzt, Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung zu schließen. Diese Verträge müssen vorrangig mit Gemeinschaften geschlossen werden, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten. Durch diese Änderung wird die hausarztzentrierte Versorgung neuen Schwung bekommen und das eigen-ständige Verhandlungsmandat von Hausärzten gestärkt. Die hausarztzentrierte Versorgung (Hausarztmodell) funktioniert so, dass die Versicherten einen Hausarzt wählen, der sie behandelt und die gesamte ambulante, fachärztliche und stationäre Versorgung steuert. Der Hausarzt überweist also bei Bedarf an die entsprechenden Fachärzte. Die Teilnahme an einem Hausarztmodell ist freiwillig. Dafür können die Kassen ihren Mitgliedern z. B. Vergünstigungen wie Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung anbieten.

3. Hilfsmittelversorgung

Die Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung sind weiterentwickelt worden. Die Übergangsfrist für die nach altem Recht zugelassenen Anbieter von Hilfsmitteln (z. B. Rollstühle, Bandagen) wird verlängert. Diese Anbieter dürfen bis Ende 2009 die Versorgung der Versicherten übernehmen. Es sei denn, die Krankenkasse hat eine Ausschreibung durchgeführt und damit bereits bestimmte Anbieter gewählt. Das Ausschreibungsgebot wird in eine „Kann-Vorschrift“ umgewandelt. Das heißt, eine Ausschreibung muss nicht in jedem Fall erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Hilfsmittelanbieter geben Empfehlungen ab, wann eine Ausschreibung zweckmäßig ist. Verträgen, die nicht ausgeschrieben, sondern auf Verhandlungswege abgeschlossen wurden, können weitere Leistungserbringer zu gleichen Konditionen beitreten. Damit ist auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet.

4. Verbesserungen des Kinderuntersuchungsprogramms

Seit 1. Januar 2009 wird im Kinderuntersuchungsprogramm eine Früherkennungsuntersuchung auf Hörstörungen bei Neugeborenen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Ziel ist es, angeborene Hörstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um z. B. Verzögerungen bei der Sprachentwicklung entgegenzuwirken.

Um die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder weiter zu erhöhen, ist im Sozialgesetzbuch V (§ 26 SGB V) eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Kooperation mit den Ländern verankert worden. Konkret werden die Krankenkassen verpflichtet, mit den für den Kinderschutz zuständigen Landesbehörden auf eine bessere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern hinzuwirken und hierzu mit den Ländern Rahmenvereinbarungen zu schließen. Wirksame Maßnahmen sind z. B. schriftliche Hinweise auf anstehende Früherkennungsuntersuchungen. Diese Neuregelung dient auch der Verbesserung des Kinderschutzes vor Vernachlässigungen und Misshandlungen.

5. Krankengeld-Wahltarife für Selbständige

Für alle freiwillig versicherten Selbständigen gilt ab 2009 der einheitliche ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 Prozent, dazu kommt wie bisher ein weiterer Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten. Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch.

Wer bisher schon ohne Krankengeldanspruch versichert ist und diesen auch weiterhin nicht wünscht, für den ändert sich nichts.

War der Krankengeldanspruch mitversichert, besteht auch ab diesem Jahr die Möglichkeit, sich gegen den Verdienstaustfall bei Erkrankung abzusichern. Dazu muss zusätzlich ein Krankengeld-Wahltarif abgeschlossen werden. Diesen Wahltarif muss jede Kasse seit Januar anbieten. Außerdem sind die Kassen verpflichtet, ihre Versicherten darüber zu informieren. Da die Höhe der Prämien von Kasse zu Kasse unterschiedlich sein kann und auch die Ausgestaltung der Tarife variiert, sollten Selbständige sich detailliert über die Angebote ihrer Krankenkasse, aber auch anderer Krankenkassen informieren.

Arzneimittel-Rabattverträge

Neuregelung der Vergabebestimmungen

Seit Januar 2009 gilt für Einzelverträge der gesetzlichen Krankenkassen das materielle Vergaberecht. Je nach Ausgestaltung sind die Krankenkassen verpflichtet, die Verträge europaweit auszuschreiben. Die vergaberechtliche Nachprüfung erfolgt vor den Vergabekammern, die gerichtliche Überprüfung vor den Landessozialgerichten. Durch diese Regelungen werden Unklarheiten beseitigt, die den Abschluss von Verträgen (z. B. Arzneimittel-Rabattverträge) bisher behindert haben, die eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbessern.

Pflegeversicherung

1. Recht auf Pflegeberatung

Im Zuge der Pflegereform wurde das Recht auf Pflegeberatung seit dem 1. Januar 2009 gesetzlich verankert. Die Pflegekassen sind verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten Pflegeberatung (Fallmanagement) anzubieten. Die neuen Pflegeberaterinnen und -berater verfügen über ein detailliertes Wissen aus den Bereichen des Sozialrechts, der Pflege und der Sozialarbeit. Für die Versicherten bedeutet das: ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und

Begleitangebot, das jeweils auf den Bedarf des einzelnen Hilfebedürftigen zugeschnitten ist. Auf Wunsch des Versicherten muss die Pflegeberatung bei ihm zuhause stattfinden.
Dort, wo in den Ländern Pflegestützpunkte eingerichtet sind, arbeiten die Pflegeberaterinnen und -berater auch im Stützpunkt.

2. Bewertungssystem für Heime

Die Leistungen der stationären Pflegeeinrichtungen können ab 2009 besser verglichen werden, weil die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen durch die Heime an einer gut sichtbaren Stelle veröffentlicht werden müssen. Dafür haben der GKV-Spitzenverband, die Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer (Heimträger) gemeinsame Maßstäbe entwickelt. Die Bewertung der Heime wird über Schulnoten erfolgen. In die Endnote von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ fließen

82 Einzelbewertungen ein, wobei die pflegerische Versorgung das größte Gewicht hat. Bis Ende 2010 müssen alle Einrichtungen einmal geprüft werden, anschließend ist eine jährliche Kontrolle vorgesehen.

Jugendschutz

Die Anhebung der Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren auf 18 Jahre gilt seit 1. Januar 2009 auch für die Tabakautomaten

© 2010 Bundesministerium für Gesundheit