



Gesundheitsreform 2007

„Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)“

Die Gesundheitsreform hat am 16.02.07 die letzte parlamentarische Hürde genommen und ist damit als neue „Gesundheitsversicherung“ - in weiten Teilen zum 1. April 2007 - in Kraft getreten. Viele Neuerungen sind sicher aus der Tagespresse oder anderen Medien längst bekannt, dennoch listen wir im Folgenden für unsere Leser interessante Bereiche in Auszügen auf. Welche Folgen dieses GKV-WSG für den Kreis unserer Mitglieder mit sich bringen wird, kann jetzt noch nicht abgesehen werden. Über aktuelle Erkenntnisse werden wir laufend berichten bzw. bitten alle Betroffenen auch an dieser Stelle um Bericht, falls es zu Problemen mit Kassenleistungen kommt.

Was sich am 1. April 2007 geändert hat

Versicherungsschutz und Beitragsrecht (Auszüge)

• Krankenversicherungsschutz für alle

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird eine neue Versicherungspflicht für bislang Nichtversicherte eingeführt. Hiervon profitieren alle Bürger, die keinen Krankenversicherungsschutz haben und entweder früher gesetzlich versichert waren oder die noch gar keine Absicherung im Krankheitsfall hatten. Sie erhalten (wieder) Zugang zu einer gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ begründet die Neuregelung automatisch auch eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

• Wahltarife

Die Gesundheitsreform sieht eine Reihe neuer Tarifmodelle vor, aus denen die Versicherten auswählen können.

Folgende Wahltarife **müssen** alle Krankenkassen ihren Versicherten anbieten: Wahltarife für besondere Versorgungsformen (integrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, spezielle Hausarzttarife).

Folgende Wahltarife **können** die Krankenkassen anbieten: Selbstbehalttarife, Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen, variable Kostenerstattungstarife sowie Tarife für die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die von der Regelversorgung ausgeschlossen sind. Für alle Tarife, die die Kasse freiwillig anbieten kann, gilt eine Mindestbindungsfrist von drei Jah-

ren. Vor Ablauf dieser Zeit kann die Krankenkasse nur in Härtefällen (z.B. Arbeitslosigkeit) gewechselt werden. Die Prämienzahlungen an Versicherte sind in der Höhe begrenzt. Sie dürfen grundsätzlich 20 vom Hundert der vom Mitglied in einem Jahr getragenen Beiträge, höchstens jedoch 600 Euro, nicht überschreiten.

Medizinische Versorgung (Auszüge)

● **Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser**

Patienten mit bestimmten schweren oder seltenen Krankheiten (z.B. Krebs, Mukoviszidose, Aids) wird der Zugang zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus erleichtert.

● **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Pflichtleistung. Der Rechtsanspruch umfasst insbesondere auch Maßnahmen der Rehabilitation älterer Menschen (geriatrische Rehabilitation). Eingeschlossen sind auch Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation können nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden.

● **„Mutter/Vater-Kind-Kuren“**

Medizinische Vorsorgemaßnahmen und Rehabilitation für Mütter und Väter werden Pflichtleistungen.

● **Besseres Entlassungsmanagement**

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wird ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt. Durch die verbesserte Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten etc. wird vor allem der Übergang vom Krankenhaus in eine sachgerechte Anschlussversorgung verbessert.

● **Häusliche Krankenpflege**

Häusliche Krankenpflege kann künftig auch außerhalb des eigenen Haushalts in Wohngemeinschaften, anderen neuen Wohnformen, Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Näheres bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss.

● **Hilfsmittelversorgung (Näheres siehe Artikel S. 50)**

Die Hilfsmittelversorgung wird zu Gunsten der Versicherten verbessert. Hierzu wird der Wettbewerb in diesem Bereich, insbesondere durch Ausschreibungen, gestärkt. Die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfen) soll künftig grundsätzlich nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen.

● **Finanzielle Beteiligung von Versicherten (z.B. bei Schönheits-OPs)**

Die Krankenkassen haben die Versicherten an möglichen Folgekosten für medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, wie z.B. ästhetische Operationen, Tätowierungen oder Piercings, angemessen zu beteiligen.

- **In Würde sterben/Ausbau der Palliativversorgung**

Schwerstkranke Menschen haben jetzt Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Versorgung. Ambulante Pflegeteams (sog. Palliativ-Care-Teams) aus ärztlichem und pflegerischem Personal können diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit wenig Schmerzen ermöglichen. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen wird eine ambulante Hospizbetreuung möglich.

- **Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung** (*nicht zu verwechseln mit der aus eigenem Interesse erbetenen Zweitmeinung zu einem Befund, einer Behandlung o.ä.!*)

Spezielle, hochinnovative Arzneimittel (z.B. aus gentechnisch hergestellten Wirkstoffen) sind nicht nur teuer, sondern oftmals auch risikoreich. Im Interesse der Patientensicherheit ist deshalb für die Verordnung solcher Medikamente zukünftig eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich.

Weitere Informationen – auch über die Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, die erst später in Kraft treten – finden Sie im Internet unter www.bmg.bund.de und www.die-gesundheitsreform.de

SURFTIPP: Unter http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/themen_az/fragen_antworten/versicherungsschutz/list_versicherungsschutz.html finden sich jede Menge **Fragen und Antworten speziell zum „Krankenversicherungsschutz für alle“!**

Quelle: BMG-Pressemitteilungen

Strengere Definition der 1% – Zuzahlungsgrenze für Chroniker ab 2008

Die sicher aus anderen Medien bekannte und viel diskutierte zukünftige „erschwerete“ Regelung hinsichtlich der **Zuzahlungsgrenze von 1%** (statt regulär 2%) **für chronisch kranke Menschen** soll ab 1. Januar 2008 in Kraft treten. Darin wird u.a. gefordert, an bestimmten Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen. Diese Pflicht gilt im Hinblick auf **Krebsfrüherkennungsmaßnahmen** nur für Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind bzw. für Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind. Andere noch zu bestimmende Gesundheitsuntersuchungen sollen für chronisch Kranke Pflicht werden, die nach dem 01.04.1972 geboren sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss bis 01.07.2007 festlegen, welche Gesundheitsuntersuchungen nicht zwingend durchgeführt werden müssen. - **Wer vor dem 01.04.1962 geboren ist, braucht sich also um alle diese neuen Regelungen keine Gedanken zu machen!**



Hilfsmittelversorgung

Gesetzesänderungen infolge der Gesundheitsreform 2007 (Auszüge im Hinblick auf die Stomaversorgung)

Ziel des GKV-WSG ist es u.a., den Wettbewerb im Hilfsmittelbereich anzukurbeln - hauptsächlich hinsichtlich der Preise bei gleichbleibender Qualität! Dafür werden den Krankenkassen erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Durch festgelegte Qualitätsanforderungen soll verhindert werden, dass dies zu Lasten der Versorgungsqualität geht. Gleichzeitig ist festgelegt, dass Festbeträge die Obergrenze für Vertragspreise darstellen, jedoch sind Vereinbarungen unterhalb der Festbeträge zulässig (und wohl auch erwünscht). Obwohl die neuen Gesetze zum Teil sehr ausschweifend formuliert sind, drucken wir im Folgenden wichtige Neuerungen aus, damit jeder nachvollziehen kann, welche Veränderungen sich in Bezug auf die Beschaffung, Versorgungsstruktur, Preise sowie die Abgabe von Hilfsmitteln durch bestimmte Leistungserbringer ergeben können.

Und so lauten die wichtigsten Passagen der neuen bzw. veränderten Gesetzestexte (jeweils mit unserem Kommentar bzw. Interpretation):

§ 33 SGB V - Hilfsmittel

*(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit ... Hilfsmitteln ... (unverändert). ... **Neu:** Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die **über das Maß des Notwendigen** hinausgehen, haben sie die **Mehrkosten** und dadurch bedingte höhere **Folgekosten selbst zu tragen**.*

Was dies für die Betroffenen bedeuten kann und wer „das Maß des Notwendigen“ bestimmt, dazu hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen. Auch bisher gab es schon Probleme mit einzelnen Krankenkassen, die z.B. grundsätzlich die Notwendigkeit von Hautschutzmitteln angezweifelt haben. Dann musste - evtl. in Zusammenarbeit mit ILCO, Arzt und Leistungserbringer - der Versicherte nachweisen, dass er dieses Hilfsmittel aus medizinischen Gründen sehr wohl benötigt. Sollten diese Probleme zunehmen, muss vielleicht der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen, was „das Maß des Notwendigen“ ist.

(2) - (5) ...

*(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die **Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt** sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der dem Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend ... können Versicherte **ausnahmsweise** einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende **Mehrkosten haben sie selbst zu tragen**.*

*(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung ... durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in **Höhe des niedrigsten Preises**, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, **höchstens bis zur Höhe des Festbetrags**.*

Das kann bedeuten, dass man die Hilfsmittel bei einem anderen als dem gewohnten Leistungserbringer bestellen muss oder andernfalls Mehrkosten selbst zu tragen hat, falls man darauf besteht, vom gewohnten Anbieter versorgt zu werden und dieser höhere Preise verlangt als der/die Vertragspartner der Krankenkasse (sofern diese/r die Festbeträge unterschreitet) oder höhere Kosten berechnet als die Festbeträge vorgeben. Allerdings kann die Zahlung eines Aufpreises auch schon vor dem GKV-WSG nötig gewesen sein.

*(8) ... Die **Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch **höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf**.*

Damit ist durch das neue Gesetz klargestellt, dass für den Monatsbedarf an zum **Verbrauch bestimmten** Hilfsmitteln (zu denen ja Stomaartikel überwiegend gehören) **insgesamt max. 10 Euro Zuzahlung** zu leisten sind und nicht wie in der Vergangenheit irreführend „pro Verordnungszeile“ oder „pro Indikation“!

§ 126 SGB V - Versorgung durch Vertragspartner

*(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte **nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben** werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine **ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel** erfüllen; die Krankenkassen stellen (dies) sicher. ...*

*(2) Abweichend ... bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine (damals gültige) Zulassung ... verfügen, **bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt**.*

Das bedeutet - zukünftig also auch abweichend von § 33, Abs. 7 -, dass **ab 01.01.2009** nur noch Leistungserbringer Hilfsmittel abgeben dürfen, die dann einen **Vertrag mit der Krankenkasse** abgeschlossen haben.

§ 127 SGB V - Verträge

*(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften **im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern** oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln,*

die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die **notwendige Beratung** der Versicherten und sonstige **erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen** und für eine **wohntnahe Versorgung** der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder **Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.**

Damit wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, sofern es zweckmäßig erscheint, individuelle Leistungsverträge abzuschließen. Die Qualität der Hilfsmittel und die Sicherstellung der Beratung, der Dienstleistungen und wohnortnaher Versorgung sind dabei zu berücksichtigen. Es bleibt dabei den Krankenkassen überlassen, diese Anforderungen individuell zu organisieren und es wäre hier auch prinzipiell möglich, die Beratung getrennt von der Produktlieferung anzubieten.

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen ... Verträge mit Leistungserbringern ... über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.

(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine **Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer**. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. ...

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise **höchstens bis zur Höhe des Festbetrags** vereinbart werden.

(5) **Die Krankenkassen haben ihre Versicherten** über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge **zu informieren**. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.

Mit Abs. 5 wird die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten geregelt: falls Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, muss die Kasse ihren Versicherten erklären, wer zu welchen Bedingungen die Hilfsmittelversorgung sicherstellt.

Zusammenstellung und Bearbeitung: DSch