

BAGP Info 11

Informationen der
BundesArbeitsGemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen



Gesundheits- reform 2011

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 will die für Patientinnen und Patienten wesentlichen Änderungen verständlich darstellen, soweit dies Anfang 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 einer Patienten-Information sprengen würde.

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

**BUNDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
DER
PATIENTINNEN-
STELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)**

Waltherstr. 16a
80337 München
TELEFON
089 / 76 75 51 31
FAX
089 / 725 04 74

internet:
patientenstellen.de
mail@
patientenstellen.de

Sie erreichen uns:
Di - Do
13 - 14 Uhr
und AB

1 €



Beitrags- satz 15,5%

Geänderter Zusatz- beitrag

1. Beitragssatz

Welche Änderungen gibt es 2011?

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

Steigende Kosten müssen in Zukunft ausschließlich die Versicherten tragen.

Gesetzliche Grundlage: § 241 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

2. Zusatzbeitrag

Was ändert sich?

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

Was ist der einkommensunabhängige 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 Zahlungsweise. 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 € 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 (siehe Seite 3).

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?

Für alle, die kein beitragspflichtiges Einkommen beziehen. Dies sind:

- ➔ Familienversicherte (Ehegatten, Kinder)
- ➔ EmpfängerInnen von Entgeltersatzleistungen wie Kranken-, Verletzten-, Versorgungs- 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 € 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 Seite 3) stattfindet.

Gesetzliche Grundlage: § 242 SGB V



3. Sozialausgleich

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.

Schätzung 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.

Achtung:

Da der *durchschnittliche Zusatzbeitrag* für das Jahr 2011 auf null festgelegt wurde, gibt es 2011 **KEINEN** Sozialausgleich!

Alle Mitglieder der GKV müssen den Zusatzbeitrag, den ihre Kasse im Jahr 2011 erhebt, in vollem Umfang selbst zahlen.

Um Zusatzbeiträge zu vermeiden, haben Versicherte nur die Möglichkeit, in eine Kasse zu wechseln, die keine Zusatzbeiträge erhebt.

Im Folgenden - gelb hinterlegt - das Verfahren des Sozialausgleichs, wenn es einen *durchschnittlichen Zusatzbeitrag* über null € gibt:

Beispiele

1. Beispiel

<i>Durchschnittlicher Zusatzbeitrag</i>	20 €
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 €**.

2. Beispiel

<i>Durchschnittlicher Zusatzbeitrag</i>	20 €
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

<i>Durchschnittlicher Zusatzbeitrag</i>	20 €
Zusatzbeitrag der eigenen Kasse:	15 €
Beitragspflichtiges Einkommen:	800 €
davon 2 %:	16 €
Überforderungsbetrag:	4 €

➔ Überforderung: 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 Zusatzbeitrag seiner Kasse und dem *durchschnittlichen Zusatzbeitrag* zahlt der Versicherte somit aus eigener Tasche oder er wechselt zu einer günstigeren Krankenkasse.

Wie wird der Sozialausgleich finanziert?

In den Jahren 2012 bis 2014 erfolgt die Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, in den auch Steuern fließen.

**Sozialausgleich
frühestens
ab 2012!**



Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung weitere Steuermittel 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.

Wann gibt es einen Sozialausgleich?

Der Sozialausgleich wird frühestens 2012 greifen. Dazu muss im Herbst 2011 ein *durchschnittlicher Zusatzbeitrag* für das Folgejahr festgelegt werden.

Sonderregelungen:

a) Für Bezieher von **Hilfen 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 (ALG 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 für Bezieher von ALG II:

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

Verfahren des Sozialausgleichs



4. Kostenerstattung

Was heißt Kostenerstattung?

Für gesetzlich Versicherte gilt grundsätzlich das sog. „Sachleistungsprinzip“: Der Patient legt seine Krankenversichertenkarte (KV-Karte) 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 **private 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. Hatte man sich für die Kostenerstattung entschieden, war man für ein Jahr daran gebunden und konnte in dieser Zeit die Kasse nicht wechseln.

Achtung:

Die Kasse erstattet lediglich die Kosten, die sie für die Kassenleistung bei der Abrechnung über die KV-Karte übernommen hätte. Zusätzlich zieht sie vom Erstattungsbetrag noch Verwaltungskosten ab. Das hat zur Folge, dass immer eine mehr oder weniger große Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungsbetrag übrig bleibt. Diese muss der Patient selbst zahlen!

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.

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. Vorteile 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 dem 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

Vorsicht bei Kostenerstattung



HERMANN-DIETRICH S. ... IM EINSATZ FÜR DIE SOLIDARGEMEINSCHAFT

© Thomas Plaßmann



5. Weitere Änderungen

Nachfolgend werden, kurz zusammengefasst, weitere wichtige Änderungen zum 1. Januar 2011 dargestellt. Für ausführliche Informationen verweisen wir auf die Patientenberatungsstellen (Kontakt-daten siehe S. 8).

5.1 Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung

ist nach einmaligem Überschreiten der Jahres-arbeitsentgeltgrenze (2011: 49.500 €) möglich. Bisher musste ein Arbeitnehmer dazu drei Jahre lang mit seinem Arbeitsentgelt über der Versiche-rungspflichtgrenze liegen.

Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** bestimmt, ab welcher Höhe des jährlichen Brutto-Arbeitsent-gelts ein Arbeitnehmer nicht mehr in der gesetzli-chen 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 Versiche-rungspflichtgrenze 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 (= Arzneimittel aus Rabattvertrag) abzugeben. Dies gilt für alle gesetzlich 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 Kranken-kassen Rabatte, also Preisnachlässe. Rabattverträge sollen zu einer finanziellen Entlas-tung der Krankenkassen beitragen.

Neue ergänzende 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 Anwen-dungsgebiet haben.

In diesem Fall wählt der Versicherte die sog. „Mehr-kostenregelung“. Das gewünschte Arzneimittel ist in voller Höhe in der Apotheke zu zahlen. Die Rechnung und eine Kopie der Verordnung sind bei der Kran-kenkasse einzureichen. Diese erstattet Kosten auf der Grundlage des regulär abzugebenden Arzneimittels. Von diesem Preis ausgehend, werden noch verschie-dene Abschläge durch die Kasse abgezogen. Den Differenzbetrag zwischen gewünschtem und regulär abzugebendem Arzneimittel zahlt der Versicherte.

Achtung:

Die Mehrkostenregelung oder auch Kostenerstat-tung bei der Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt immer im Einzelfall.

Hinweise:

Wir empfehlen, sich vor der Wahl der Kostener-stattung eines Medikaments bei der Krankenkas-se über die konkreten Mehrkosten zu informie-ren. Die Kassen sind zur Information verpflichtet.

Wollen PatientInnen Mehrkosten vermeiden, sollten sie auf den Austausch ggf. verzichten und das Kassenpräparat akzeptieren.

Der Arzt kann (wie bisher auch) – in medizinisch begründeten Fällen – das gewünschte Medi-kament verordnen und den Austausch in der Apotheke ausschließen.

Detailregelungen können sich von Kasse zu Kasse unterscheiden.

5.2.2 Bewertung des Zusatznutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

Bisher musste für Medikamente mit neuen Wirk-stoffen bei ihrer Markteinführung kein Zusatz-nutzen für die Patientinnen und Patienten belegt werden. Die Unternehmen konnten die Preise frei wählen und die GKV war verpflichtet, die Kosten bei ärztlicher Verordnung zu übernehmen.

Künftig findet eine Zusatznutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) statt:

Leichterer Wechsel in die Private

Änderungen bei Arznei-mitteln



- ➔ Der Zusatznutzennachweis 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 Zusatznutzen 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 (Bedingung: <230.000 Patienten/Jahr oder 5/10.000 Einwohner) ist keine Zusatznutzenbewertung notwendig, da ihr Zusatznutzen durch die Zulassung als gegeben gilt.

Exkurs: G-BA und IQWiG

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** 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** werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen hin 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 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 erbringen.

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 die 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 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.

5.4 Unabhängige Patientenberatung

Die Finanzierung unabhängiger Patientenfürsorge- und -beratungsstellen (*Gesetzesgrundlage § 65 b Sozialgesetzbuch V*) ist ab 2011 Aufgabe 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.

Vereinfachung bei Wahltarifen

Patientenberatung



Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist erreichbar über die (aus dem dt. Festnetz) kostenfreie Telefonnummer 08000-117722 montags bis freitags von 10-18 Uhr und über regionale Patientenberatungsstellen. Darüber hinaus gibt es Einrichtungen (z.B. Gesundheitsläden) mit anderer Finanzierung, die schon seit vielen Jahren unabhängige Patientenberatung leisten und weiterhin anbieten.

Hinweis:

Die nächstgelegene Beratungsstelle kann über www.upd-online.de oder www.bagp.de in Erfahrung gebracht werden.

Links:

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 (BMG)
- ➔ Das Sozialgesetzbuch SGB V in der ab 1.1.2011 gültigen Version.

Cartoon Seite 5:

- ➔ Zur Verfügung gestellt von Thomas Pläßmann ©. Vielen Dank!

Hinweise:

Alle Informationen sind sorgfältig recherchiert, jedoch ohne Gewähr.

Wir benutzen in dieser Info die weibliche, männliche und neutrale Sprachform nach dem Zufallsprinzip. Gemeint sind immer beide Geschlechter.



Fragen?

Jeweils aktuelle Informationen und Beratung zu der Reform gibt es bei:

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen BAGP

Waltherstr. 16 a • 80337 München

Kontaktzeiten:

Tel: 089 / 76 75 51 31

Di, Mi, Do 13 - 14 Uhr

Stand April 2011

Hinweise

Noch Fragen?

Herausgeberin