

Gesundheitsreform 2007

Inhaltsverzeichnis [\[Verbergen\]](#)

- [1. Das Wichtigste in Kürze](#)
- [2. Versicherungspflicht und Tarife](#)
 - [2.1. Versicherungspflicht](#)
 - [2.2. Wahltarife in der Krankenkasse](#)
 - [2.3. Wechsel in die Private Krankenversicherung \(PKV\)](#)
- [3. Neue und veränderte Leistungen](#)
- [4. Zuzahlungen und Vorsorge](#)
- [5. Änderungen für Ärzte](#)
- [6. Änderungen für Apotheken](#)
- [7. Arzneimittel](#)
- [8. Änderungen für Krankenkassen](#)
 - [8.1. Krankenversicherungskarte](#)
 - [8.2. Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitragssatz](#)
 - [8.3. Spitzenverband Bund der Krankenkassen](#)
- [9. Download](#)
- [10. Verwandte Links](#)

1. Das Wichtigste in Kürze

Das "Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz) ist seit **1. April 2007** in Kraft.

Hier die wichtigsten Neuerungen im Überblick. Sie gelten, wo nichts anderes angegeben ist, seit 1. April 2007:

2. Versicherungspflicht und Tarife

Die Gesundheitsreform führte zum **1.1.2009** zu einer allgemeinen Pflicht zur Krankenversicherung. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, erhält einen erneuten Zugang zu seiner letzten Versicherung. Dies gilt für die gesetzliche und die private Krankenversicherung (GKV und PKV).

2.1. Versicherungspflicht

- Für Personen, die der **GKV** zuzuordnen sind (z.B. Angestellte), gilt bereits seit 1.4.2007 Versicherungspflicht.
- **PKVen** sind seit 1.1.2009 verpflichtet, einen "**Basistarif**" anzubieten, der den "Standardtarif" (Pflicht seit 1.7.2007) ersetzt. Leistungsbedingungen und -umfang des Basistarifs sind vergleichbar der GKV. Der Basistarif muss allen offenstehen, bereits Versicherten ebenso wie Neukunden. Die privaten Versicherer dürfen die Aufnahme in den Basistarif nicht ablehnen (Kontrahierungszwang). Die Prämien dürfen sich nur aufgrund von Alter und Geschlecht unterscheiden.

Näheres unter [Private Krankenversicherung](#).

2.2. Wahltarife in der Krankenkasse

- **Hausarzttarif**

Krankenkassen müssen ihren Versicherten einen Wahltarif "Hausarztmodell" anbieten. Die Teilnahme an Hausarztmodellen bleibt für Ärzte und Versicherte hingegen freiwillig.

Näheres unter [Hausarztmodelle](#).

- **Tarife für spezielle Versorgungsformen**

Wenn die Krankenkassen über spezielle Versorgungsformen z.B. Integrierte Versorgung oder Disease- Management- Programme verfügen, müssen sie Tarife für diese Versorgungsformen anbieten.

Näheres unter [Integrierte Versorgung](#) und [Disease- Management- Programme](#).

Daneben können die Krankenkassen ihren Versicherten u.a. folgende Wahltarife anbieten, an die die Versicherten 3 Jahre gebunden sind.

- **Kostenerstattungstarife**

Der Kassenpatient und die [Familienversicherten](#) zahlen ihre Behandlung selbst und reichen die Rechnung danach bei der Krankenkasse ein. Die Krankenkasse erhebt für die Bearbeitung der Rechnung eine Gebühr.

Werden allerdings Leistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, in Rechnung gestellt, muss der Patient diese selbst bezahlen. Auch den Honoraraufschlag für die privatärztliche Leistung übernimmt die Kasse nicht.

- **Selbstbehalttarife**

Der Kassenpatient zahlt bis zu einer bestimmten Höhe seine Behandlungskosten selbst. Dafür bekommt er von der Kasse z.B. eine Prämie.

Nicht möglich für Mitglieder, die ihre Beiträge nicht selbst zahlen, z.B. Empfänger von Arbeitslosengeld.

- **Beitragsrückerstattung**

Wenn das Krankenkassenmitglied und die Familienversicherten ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch genommen haben (außer Vorsorge und Früherkennung), belohnt das die Kasse mit einer Prämie oder Zuzahlungsermäßigung.

2.3. Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV)

Freiwillig Versicherten dürfen erst aus der GKV in die PKV wechseln, wenn sie 3 Jahre hintereinander die [Versicherungspflichtgrenze](#) (2010: 49.950,- €) überschritten haben.

3. Neue und veränderte Leistungen

- **Palliativversorgung**

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Dafür werden "Palliative Care Teams" aus ärztlichem und pflegerischem Personal zugelassen.

Näheres unter [Spezialisierte ambulante Palliativversorgung](#).

- **Kinderhospize**

Die Rahmenbedingungen für stationäre Kinderhospize wurden verbessert. Sie müssen nur noch 5 % (bisher 10 %) ihrer Kosten selbst tragen - insbesondere durch Spenden.

Näheres unter [Kinderhospize](#).

- **Häusliche Krankenpflege**

Wird auch in Wohngemeinschaften, anderen neuen Wohnformen (z.B. Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmen auch in

Heimen erbracht. Darauf besteht ein Rechtsanspruch.

Näheres unter [Häusliche Krankenpflege](#).

- **Medizinische Behandlungspflege**

Die medizinische Behandlungspflege für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen ist dauerhaft Leistung der Pflegeversicherung.

Näheres unter [Vollstationäre Pflege](#).

- **Impfungen**

Die in der Schutzimpfungs- Richtlinie des [Gemeinsamen Bundesausschusses](#) aufgeführten Schutzimpfungen sind Pflichtleistungen der Kassen. Grundlage für die Schutzimpfungs- Richtlinie sind die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen.

- **Ambulante Versorgung in Krankenhäusern**

Schwere oder seltene Krankheiten können in geeigneten Krankenhäusern ambulant behandelt werden. Welche Klinik dafür zugelassen wird, entscheidet das jeweilige Bundesland.

- **Ambulante und stationäre RehaMaßnahmen**

Sind Pflichtleistungen der Kassen.

Näheres unter [Medizinische Rehabilitation](#).

- **Geriatrische Rehabilitation**

Die Reha- Versorgung älterer Menschen kann wohnortnah oder durch mobile Reha- Teams durchgeführt werden, was die Unterbringung in einem Pflegeheim vermeiden kann.

Details zu [Geriatrische Rehabilitation](#).

- **Mutter/ Vater- Kind- Kuren**

Sind Pflichtleistungen der Krankenkassen und müssen bezahlt werden.

Näheres unter [Medizinische Rehabilitation für Mütter/ Väter](#).

- **Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**

Kassenpatienten können zugelassene und zertifizierte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen selbst auswählen und müssen sich nicht mehr nach den Vorgaben ihrer Kasse richten. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Kassen, zahlt der Patient die Mehrkosten.

Reha- Kliniken können Sie im Bereich "Reha- Kliniken" suchen.

- **Hilfsmittel**

Die Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Hörhilfen, Gehhilfen, Rollstühle) erfolgt durch Vertragspartner der Kassen.

Näheres unter [Hilfsmittel](#).

- **Integrierte Versorgung**

Die Anschubfinanzierung für Integrierte- Versorgungs- Projekte endete zum 31.12.2008.

Näheres unter [Integrierte Versorgung](#).

- **Selbstverschuldete Behandlungsbedürftigkeit**

Die Kassen haben Patienten im Regressweg an den Kosten zu beteiligen, wenn eine Erkrankung als Folge von Komplikationen nach

Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen etc. entstanden ist.

4. Zuzahlungen und Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke (1 % statt 2 %) gilt seit **1.1.2008** nur noch dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt oder sich therapiegerecht verhält.

Näheres unter [Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke](#).

5. Änderungen für Ärzte

- Die vertragsärztliche Vergütung wurde **zum 1.1.2009** von Punktwerten auf Euro- Festbeträge je Leistung umgestellt.
- **Seit 1.1.2009** trägt das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patienten (sogenannter Morbiditäts- Risikostrukturausgleich) die GKV. Den Ärzten wird dadurch mehr Honorar zur Verfügung gestellt. Näheres zum Morbi- RSA unter Gesundheitsfonds.
- Die Kassen können mit Ärzten oder Ärztgruppen Einzelverträge schließen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen, z.B. über
 - die hausarztzentrierte Versorgung,
 - die gesamte ambulante ärztliche Versorgung oder auch
 - einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung.

6. Änderungen für Apotheken

- Medikamente eines Arzneimittelherstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, können ganz oder zur Hälfte zuzahlungsbefreit an den Versicherten abgegeben werden.
- Der Rabatt, den die Apotheken für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel an die gesetzlichen Krankenkassen abzuführen haben, beträgt 2,30 €.
- Die Abgabe von einzelnen Tabletten ("Auseinzelung") ist möglich.

7. Arzneimittel

- Vor der **Verordnung spezieller neuer oder kostenintensiver Arzneimittel**, z.B. sehr stark wirksamer Krebsmedikamente oder biotechnologisch hergestellter Medikamente, muss vom behandelnden Arzt eine Zweitmeinung eines fachlich besonders ausgewiesenen Arztes eingeholt werden. Welche Mittel unter diese Regelung fallen werden, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss.
- **Neue Arzneimittel** können daraufhin untersucht werden, wie sehr sie den Patienten nutzen und welche Kosten dabei entstehen. Dazu werden die neuen Arzneimittel im Rahmen einer Kosten- Nutzen- Bewertung vorhandenen Arzneimitteln gegenübergestellt. Die Kosten- Nutzen- Bewertung nimmt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor.
- Gemeinschaftseinrichtungen, z.B. Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel vorrätig haben können, dürfen bestimmte nicht genutzte Betäubungsmittel an andere Patienten abgeben.

Näheres unter Arznei- und Verbandmittel.

8. Änderungen für Krankenkassen

8.1. Krankenversicherungskarte

Die Krankenkassen müssen geeignete Maßnahmen **gegen den Missbrauch** von Krankenversicherungskarten ergreifen, z.B. tagesaktuell den Verlust von Karten, Änderungen beim Zuzahlungsstatus oder die Beendigung des Versicherungsschutzes an einen Versichertenstammdatendienst übermitteln, zu dem die Ärzte über ihre Praxissoftware Zugang bekommen.

8.2. Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitragssatz

Seit 1.1.2009 fließen alle Einnahmen der GKV in den Gesundheitsfonds und werden dann an die einzelnen Krankenkassen weiterverteilt. Es gilt ein

einheitlicher Krankenkassenbeitragssatz von 14,9 % für alle Versicherten.
Näheres unter [Gesundheitsfonds](#).

8.3. Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Seit 1.7.2008 gibt es einen einheitlichen Dachverband für die GKV: Der "Spitzenverband Bund der Krankenkassen" löst die bestehenden 7 Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen ab, gleichzeitig ist er auch der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der neue Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Er wird unterstützt vom neu gegründeten Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse.
Näheres unter [MDK](#).

9. Download

Alle vorstehenden Informationen können Sie hier auch als pdf 

[Gesundheitsreform 2007](#) downloaden.

10. Verwandte Links

[MDK](#)

[Private Krankenversicherung](#)

[Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#)

[Medizinische Rehabilitation für Mütter/ Väter](#)

[Gesundheitsfonds](#)

Gesetzesquelle(n)

(GKV- WSG)

Letzte Aktualisierung am 09.07.2010

Redakteur/ in: Sandra Kolb