

Was ändert sich zum 01.01.2011 für die Versicherten und Patienten?

Informationen
zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und
zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Neuregelungen bei den Beiträgen	4
1.1 Beitragssatzanhebung.....	4
1.2 Zusatzbeiträge	5
1.3 Sozialausgleich und durchschnittlicher Zusatzbeitrag	8
2. Neuregelungen bei den Wahlтарifen und der Kostenerstattung	9
2.1 Kostenerstattung	10
2.2 Wahlтарife	12
3. Neuregelungen in der PKV	13
4. Neuregelungen bei den Leistungserbringern	13
5. Neuregelungen im Leistungskatalog.....	14

Vorwort

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Sie über die Änderungen im Rahmen der sogenannten „Gesundheitsreform“ der Bundesregierung informieren. Die Neuregelungen treten zum 01. bzw. 02. Januar 2011 in Kraft und verändern tiefgreifend die Struktur des solidarischen Gesundheitssystems.

Dabei ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als tragender Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems und damit unseres Sozialstaates modern und innovativ. Doch sie muss zukunftsfähig weiterentwickelt werden. Bei jeder Reform im Gesundheitswesen ist daher das Solidaritätsprinzip zwischen allen gesellschaftlichen Gruppen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Armen und Reichen, zwischen Familien und Alleinstehenden, zu stärken.

Weiterhin müssen die bestehenden Prinzipien der paritätischen Beitragserbringung und der Sachleistung sowie des ungehinderten, barrierefreien Zugangs zu einer hochwertigen, den medizinischen Bedürfnissen entsprechenden Versorgung gestärkt werden.

An diesen, unseren Zielen haben wir die Gesetzesvorhaben der Bundesregierung gemessen. Im Ergebnis kommen wir zu der Einschätzung, dass die beiden Gesetze (GKV-Finanzierungsgesetz und Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) den Einstieg in den Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung bedeuten. Sie belasten erneut einseitig die Versicherten. Durch die einkommensunabhängigen, ungedeckelten Zusatzbeiträge führt diese Reform die von uns abgelehnte Kopfpauschale ein. Daneben wird durch die Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen das Sachleistungsprinzip eingeschränkt.

Auf der Ausgabenseite gibt es dagegen keine Kürzungen, nur Wachstumsbegrenzungen. Die „Gesundheitsreform“ ist damit ein Bestandteil der insgesamt unsozialen und gesellschaftlich brisanten Politik der Bundesregierung. Unsere detaillierte Stellungnahme können Sie unter www.sovd.de abrufen.

Die Auswirkungen dieser Reform werden wir kritisch begleiten und uns dafür einsetzen, dass diese Reform rückabgewickelt und endlich der Weg zu einer solidarischen Bürgerversicherung beschritten wird.

Berlin, Dezember 2010

[Adolf Bauer]

Präsident
des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) e. V.

1. Neuregelungen bei den Beiträgen

Zum 01. Januar 2011 wird durch die „Gesundheitsreform“, die diesen Namen so nicht verdient hat, das Beitragssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in wesentlichen Punkten neu gestaltet. Neben einer Beitragssatzerhöhung werden die bisherigen Zusatzbeiträge umgestaltet und durch einen Sozialausgleich ergänzt. Im Ergebnis werden damit Kopfpauschalen eingeführt. Das heißt, jedes Krankenkassenmitglied (im gesetzlichen Sinne, das heißt z. B. nicht die Familienversicherten) muss unabhängig vom Einkommen einen bestimmten Betrag an die Krankenkasse zahlen. Zusätzlich zu dem Beitrag, der vom Lohn/der Rente usw. abgezogen wird.

1.1 Beitragssatzerhöhung

1.1.1 Allgemeine Regelung

Der bisherige Beitragssatz **von 14,9 Prozent** wird zum 01. Januar 2011 **auf 15,5 Prozent** angehoben. Das entspricht einer **Beitragssatzerhöhung um 0,6 Prozentpunkte**.

Von diesen 15,5 Prozent zahlen die Arbeitgeber/die Rentenversicherung den Arbeitgeberanteil von 7,3 Prozent, die Arbeitnehmer/Rentner zahlen als Arbeitnehmeranteil 8,2 Prozent.

Das heißt, **Arbeitnehmer und Rentner bezahlen weiterhin 0,9 Prozentpunkte** mehr in die Krankenkasse ein als Arbeitgeber.

Diese Beitragssatzerhöhung soll aber die letzte Beitragssatzerhöhung gewesen sein. **Der Beitragssatz soll bei 15,5 Prozent eingefroren werden**. Das heißt, zukünftig will die derzeitige Bundesregierung den Satz nicht mehr anheben. Kostensteigerungen werden dann zu einem großen Teil über die steigenden Zusatzbeiträge (siehe Punkt 1.2) refinanziert werden müssen.

Beispiel:

*Für Arbeitnehmer und Rentner werden bei einem Einkommen oder einer Rente **von 1000 € monatlich 3 € höhere Krankenkassenbeiträge fällig**.*

1.1.2 Sonderfälle

Aus **Einkommen von freiwillig Versicherten** bzw. **Rentenbezügen aus der betrieblichen Altersvorsorge** müssen nicht mehr 14,9 Prozent, sondern ebenfalls **15,5 Prozent** für die Krankenkasse abgeführt werden. Der freiwillig Versicherte bzw. der Rentner mit Einkommen aus einer betrieblichen Altersvorsorge muss die volle Beitragssatzsteigerung allein tragen.

Beispiel:

*Bei Einkünften in Höhe von **1000 €** aus einer betrieblichen Altersvorsorge bedeutet dies um **6 €** höhere monatliche Krankenkassenbeiträge.*

1.2 Zusatzbeiträge

Grundsätzlich neu geregelt werden die Zusatzbeiträge. Künftig darf jede Krankenkasse **pauschale Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe** erheben. Eine Bindung an das Einkommen erfolgt nicht mehr.

Jede Krankenkasse kann also zukünftig selbständig entscheiden, ob sie Zusatzbeiträge von 5 €, 7 €, 10 €, 20 € oder mehr Euro erhebt.

Die **Begrenzung der Zusatzbeiträge** auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens **entfällt**.

Die Zusatzbeiträge sollen den Großteil der zukünftigen Kostensteigerungen auffangen. **Wir erwarten** daher, dass diese **Zusatzbeiträge** in den kommenden Jahren **stark ansteigen** werden und eventuell bereits Ende 2012 jede Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben muss.

Welche Krankenkassen 2011 Zusatzbeiträge erheben werden, ist noch **nicht endgültig bekannt**. So ist es möglich, dass einzelne Krankenkassen erst im Laufe des Jahres 2011 beginnen, Zusatzbeiträge zu erheben. Die Krankenkassen müssen ihre Mitglieder über die Einführung/Erhöhung von Zusatzbeiträgen vorab informieren.

Im Fall der **Einführung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen** steht Ihnen ein **Sonderkündigungsrecht** (Siehe Punkt 1.2.5) zu.

1.2.1 Befreiung vom Zusatzbeitrag

Keine Zusatzbeiträge werden von:

- Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
- behinderten Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V),
- behinderten Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen eine Leistung erbringen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V),
- Versicherungspflichtigen, die Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld oder Erziehungsgeld beziehen (§ 192 Abs. 1 Nr. 1, 2, Abs. 2 SGB V),
- Beziehern von Verletztengeld nach dem SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) oder Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder vergleichbarer Leistungen,
- Auszubildenden in außerbetrieblichen Einrichtungen (§ 5 Abs. 4a SGB V),

- Wehr- oder Zivildienstleistenden, die kein Arbeitsentgelt erhalten (§ 193 Abs. 2 bis 5 SGB V),
- Berufsauszubildenden, deren monatliches Entgelt 325 € nicht übersteigt bzw. Teilnehmern an einem freiwilligen sozialen bzw. ökologischen Jahr (§ 20 Abs. 3 SGB IV)

erhoben.

Ein Antrag ist dafür nicht erforderlich!

Ausnahme: Den Zusatzbeitrag müssen Sie dennoch selbst tragen, wenn **weitere beitragspflichtige Einnahmen** bestehen.

Beispiel:

*Sind Sie zum Beispiel Auszubildender in einer außerbetrieblichen Einrichtung (damit generell kein Zusatzbeitrag), arbeiten aber in einem **Nebenjob mit einem Einkommen über 400 €/Monat**, dann müssen Sie den **Zusatzbeitrag** bezahlen.*

Entscheidend ist also, dass Sie **weitere Einnahmen** aus einer Erwerbstätigkeit besitzen, **die nicht unter den oben genannten Katalog fallen.**

1.2.2 „Verminderter“ Zusatzbeitrag

Der „verminderte“ Zusatzbeitrag ist der **Differenzbetrag** zwischen dem **Zusatzbeitrag der Krankenkasse** und dem **durchschnittlichen Zusatzbeitrag** (Siehe Punkt 1.3).

Beispiele:

*Der **Zusatzbeitrag der Krankenkasse beträgt 20 €.***

*Beträgt der **durchschnittliche Zusatzbeitrag 10 €**, liegt der „verminderte Zusatzbeitrag“ bei 10 € (20 € minus 10 €).*

*Beträgt der **durchschnittliche Zusatzbeitrag 15 €**, liegt der „verminderte Zusatzbeitrag“ bei 5 € (20 € minus 15 €).*

*Beträgt der **durchschnittliche Zusatzbeitrag 20 €**, gibt es keinen „verminderten Zusatzbeitrag“ (20 € minus 20 € wären 0 €)*

*Beträgt der **durchschnittliche Zusatzbeitrag 25 €**, gibt es keinen „verminderten Zusatzbeitrag“ (20 € minus 25 €, der Betrag würde unter 0 liegen).*

Die **Krankenkasse muss** die Zahlung des „verminderten“ Zusatzbeitrags in **ihrer Satzung ausdrücklich regeln**. Hat die Krankenkasse **keine solche Regelung, zahlen Sie nichts**.

Der **verminderte Zusatzbeitrag** kann, wenn die Krankenkasse in ihrer Satzung dies bestimmen, **von ALG II-Empfängern** und von Beziehern von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II (**Sozialgeld**), die freiwillig oder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versichert sind, erhoben werden. Den durchschnittlichen Zusatzbeitrag trägt in allen Fällen die Bundesagentur für Arbeit.

Diese Regelung gilt auch für diejenigen, deren Krankenkassenbeiträge von der Bundesagentur für Arbeit zur **Vermeidung von Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II** (§ 26 SGB II) zumindest teilweise getragen werden.

Ein „**verminderter**“ **Zusatzbeitrag** muss aber von **der jeweiligen Krankenkasse** in ihrer **Satzung** festgelegt werden. Trifft die Satzung **keine Regelung**, darf der „**verminderte**“ **Zusatzbeitrag nicht erhoben** werden.

Die Betroffenen zahlen dann keine Zusatzbeiträge!

Sollten Sie unter diese Personengruppe fallen und die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben, **schauen Sie sich unbedingt die Satzung** an, ob Sie den Differenzbetrag zahlen müssen oder wenden Sie sich bei Fragen mit der Satzung an Ihre **SoVD-Sozialberatungsstelle**.

1.2.3 Zusatzbeitrag im SGB XII

Bei Empfängern von Leistungen des **SGB XII (u.a. Grundsicherung im Alter)** **ändert sich nichts**. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die **zuständigen Träger die Zusatzbeiträge** übernehmen.

1.2.4 Verspätungszuschlag

Für den Fall, dass die Zusatzbeiträge insgesamt 6 Monate lang nicht gezahlt wurden, muss die Krankenkasse **einen Verspätungszuschlag von mindestens 20 Euro, maximal aber in Höhe von 3 Zusatzbeiträgen erheben**.

Diese Regelung ist **mehrfach anwendbar**, so dass bei 12 offenen Zusatzbeiträgen 2 Verspätungszuschläge zu zahlen sind usw.

Die **genaue Höhe des Verspätungszuschlags** regelt die **Satzung** der jeweiligen Krankenkasse.

Beispiel:

*Werden von Januar bis Mai (5 Monate) sowie im August (ein weiterer, der 6. Monat) keine Zusatzbeiträge gezahlt, wird der **erste Verspätungszuschlag** erhoben.*

*Wird dann von September bis Dezember (4 weitere Monate) und im darauf folgenden Februar und März (zwei weitere Monate, damit insgesamt 12 Monate) erneut kein Zusatzbeitrag gezahlt, wird der **zweite Verspätungszuschlag** erhoben.*

***Jeder Verspätungszuschlag beträgt dabei mindestens 20 €.** Bei 2 Verspätungszuschlägen sind damit insgesamt mindestens 40 € zu zahlen.*

1.2.5 Sonderkündigungsrecht

Im Fall der **erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages** besteht wie bisher ein **Sonderkündigungsrecht**. Sie können dann die Krankenkasse wechseln.

Prüfen Sie vor der Ausübung des Kündigungsrechtes aber genau, welche freiwilligen Leistungen Ihre Krankenkasse anbietet, welche besonderen Versorgungsprogramme bestehen und wie die Beratungsmöglichkeiten der Krankenkasse ausgestaltet sind. Diese und weitere Faktoren sollten Sie berücksichtigen und prüfen, ob diese einen höheren Zusatzbeitrag „wert“ sind.

Das **Sonderkündigungsrecht** gilt **nicht**, wenn Sie einen **Wahltarif** abgeschlossen haben. Dann ist die Kündigungsfrist des Wahltarifes entscheidend. Das heißt, schließen Sie einen **Wahltarif** zum Beispiel mit **Selbstbehalt** ab, müssen Sie **unabhängig von der Anhebung der Zusatzbeiträge 3 Jahre** in diesem Tarif und damit bei dieser Krankenkasse bleiben.

1.3 Sozialausgleich und durchschnittlicher Zusatzbeitrag

Damit die Belastungen durch die Zusatzbeiträge zumindest teilweise ausgeglichen werden, wird ein sogenannter **Sozialausgleich** eingeführt. Der Sozialausgleich erfolgt dabei auf Grundlage eines **durchschnittlichen Zusatzbeitrags**.

Der **durchschnittliche Zusatzbeitrag** ist der Euro-Betrag, der **theoretisch** von **jedem Versicherten erhoben** werden müsste, um das Defizit aller Krankenkassen auszugleichen.

Dieser **durchschnittliche Zusatzbeitrag** wird vom Bundesgesundheitsministerium zu Beginn jedes Jahres nach Auswertung einer wissenschaftlichen Schätzung **festgelegt**. Für das Jahr 2011 beträgt er 0 €. Das heißt, im Jahr 2011 findet kein Sozialausgleich statt.

Der **durchschnittliche Zusatzbeitrag** ist von dem zu zahlenden Zusatzbeitrag vollkommen unabhängig. Das heißt, der von der **Krankenkasse erhobene Zusatzbeitrag** hat auf die Höhe des Sozialausgleiches **keine Auswirkung**.

Bei dem Sozialausgleich **prüft** nun **der Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit** (bei freiwillig

Versicherten die Krankenkasse) **automatisch**, ob der **durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als 2 Prozent** des beitragspflichtigen Einkommens beträgt. Ist dies der Fall, so wird der darüber liegende Betrag **ausgezahlt** bzw. bei **freiwillig Versicherten** mit der Beitragszahlung **verrechnet**. Dieser ausgezahlte Betrag ist dann der Sozialausgleich.

Beispiele:

*Berechnet wird in diesen Beispielen immer mit einem **Einkommen von 800 €**. Der **Sozialausgleich** greift damit erst dann ein, wenn der **durchschnittliche Zusatzbeitrag (DZB) über 16 €** liegt (2 Prozent des Einkommens von 800 € sind 16 €).*

DZB 12 €: *Kein Sozialausgleich, selbst wenn an die Krankenkasse 40 € Zusatzbeitrag zu zahlen sind.*

DZB 16 €: *Kein Sozialausgleich, selbst wenn an die Krankenkasse 40 € Zusatzbeitrag zu zahlen sind.*

DZB 20 €: *immer Sozialausgleich in Höhe von 4 €, egal ob an die Krankenkasse 10 €, 20 € oder 30 € zu zahlen sind.*

DZB 30 €: *immer Sozialausgleich in Höhe von 14 €, egal ob an die Krankenkasse 10 €, 20 € oder 30 € zu zahlen sind.*

(Das heißt also: Bezahlen Sie in diesem Fall nur 10 € Zusatzbeitrag an die Krankenkasse, bekommen Sie trotzdem 14 € als Sozialausgleich, also mehr als Sie eigentlich bezahlt haben.)

Wird ein **Verspätungszuschlag** erhoben, so findet generell **kein Sozialausgleich** statt.

Darüber hinaus gibt es **keinen Sozialausgleich**, wenn zumindest der **durchschnittliche Zusatzbeitrag** von **einem Dritten** übernommen wird. Das heißt also, auch wenn ALG II-Empfänger, Empfänger von Sozialgeld usw. den „**verminderten**“ **Zusatzbeitrag** zahlen müssen, gibt es **keinen Sozialausgleich**.

2. Neuregelungen bei den Wahltarifen und der Kostenerstattung

Mit der „Gesundheitsreform“ hat die Bundesregierung die Mindestbindungsfristen bei den Wahltarifen geändert und die Regelungen zur Kostenerstattung ausgebaut und damit das Sachleistungsprinzip in der GKV weiter beschädigt.

2.1 Kostenerstattung

Bei der zurzeit noch freiwilligen Wahl der Kostenerstattung ist auch nach der „Gesundheitsreform“ **äußerste Vorsicht** geboten.

Bei der Wahl der Kostenerstattung ohne Abschluss eines speziellen Tarifes bei der Krankenkasse ist der Versicherte **drei Monate** an seine Wahlentscheidung **gebunden** (§ 13 SGB V). Das heißt, wenn Sie sich entschieden haben, eine ärztliche Behandlung selbst zu bezahlen und hinterher diese Rechnung zur Kostenerstattung bei der Krankenkasse einreichen, so müssen Sie dies in den folgenden 3 Monaten immer tun.

War bisher zumindest eine schriftliche Aufklärung darüber nötig, dass die entstehenden Mehrkosten selbst vom Versicherten zu tragen sind, ist nunmehr **keine schriftliche Aufklärungspflicht** mehr vorgesehen. Das heißt, bei Rechtsstreitigkeiten muss dann der **Versicherte beweisen, dass er nicht richtig aufgeklärt** wurde. Ohne eine Dokumentation dürfte dies schwierig sein.

Bestehen Sie daher darauf, dass der Arzt ihnen ein entsprechendes, unterschriebenes Dokument aushändigt!

Für **Krankenkassentarife** zur Kostenerstattung gilt, dass die **Mindestbindungsfrist auf ein Jahr** verkürzt wurde. Das heißt, Sie müssen mindestens ein Jahr lang in dem Tarif der Kostenerstattung bleiben. Damit **erlischt** dann auch Ihr **Sonderkündigungsrecht** bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrages bzw. bei der Einführung eines Zusatzbeitrags.

Das **Problem** an der Kostenerstattung: Die **Krankenkasse erstattet nicht alle Kosten**. Die Krankenkasse erstattet nur die Kosten, die sie hätte selbst zahlen müssen.

Patienten, die **Kostenerstattung** wählen, **rechnen mit dem Arzt aber auf privater Basis ab**. Grundlage dafür bildet die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ). Das heißt, der Arzt kann dann innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ das bis zu **2,3-fache** (mit Begründung sogar das 3,5-fache) **der einfachen Gebühr** abrechnen.

Die **Krankenkasse** erstattet häufig nur die Kosten, mit der die Behandlung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bewertet wurde. Dies entspricht im Durchschnitt nur dem **einfachen Gebührensatz der GOÄ**. Dazu kann noch ein pauschaler Verwaltungskostenabzug in Höhe von bis zu 5 Prozent kommen.

Nach Angaben der Krankenkassen zahlen damit die Patienten **im Mittel ein Drittel der Behandlungskosten selbst**.

Beispiel:

Behandlung kostet nach GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte)	50 €
Der Arzt rechnet den 2,3-fachen GOÄ-Satz ab	115 €
Die Krankenkasse erstattet den einfachen Satz	- 50 €
Die Krankenkasse zieht die Verwaltungskosten ab	- 2,50 €
Eigenanteil des Versicherten	67,50 €

Gegen diese Belastung kann man sich durch eine **Private Zusatzversicherung schützen**. Aber auch hier gilt Vorsicht: Die privaten Versicherer machen ihre Preise davon abhängig, welche Vorerkrankungen existieren. Außerdem lassen sie sich teilweise erhebliche **Zeit, bis sie die Rechnung erstatten oder in die Kostenübernahme einwilligen** (wichtig zum Beispiel bei Krankenhausaufenthalten).

Unter Umständen müssen Sie daher einen längeren Zeitraum in Vorkasse gehen oder Sie müssen warten, bis Ihnen die Private Krankenkasse (PKV) eine Kostenübernahme zusichert. Gerade bei Krankenhausaufenthalten kann dies zu erheblichen Verzögerungen zu Lasten Ihrer Gesundheit führen.

Wir können auch bei der **Kostenerstattung von Arzneimitteln** nur zu äußerster **Wachsamkeit** raten.

Jeder **Versicherte** kann in der Apotheke ein anderes als das verordnete Medikament wählen, ohne sich gleichzeitig für einen bestimmten Zeitraum an die Kostenerstattung zu binden. Er **bezahlt** dann den **Apothekenpreis** und bekommt hinterher den Betrag erstattet, den die Krankenkasse für das verordnete Produkt hätte zahlen müssen.

Gefährlich ist die Kostenerstattung, da in bestimmten Fällen weder Arzt noch Apotheker sondern **nur die Krankenkassen wissen**, welchen **Preis** sie für ein bestimmtes Medikament **zahlen**. Die Krankenkassen haben für einige Medikamente sogenannte Rabattverträge abgeschlossen, um günstige Einkaufspreise erzielen zu können. Nur diesen **Einkaufspreis** (abzüglich einer etwaigen Kostenpauschale) **erstatten die Krankenkassen**.

Beispiel 1:

Der Arzt verordnet das **Medikament X**. Dieses Medikament kostet in der Apotheke **120 €**. Der Versicherte entscheidet sich stattdessen für das **Medikament Y**. Dies kostet in der Apotheke **140 €**. Der **Versicherte erwartet**, er bekommt von der Krankenkasse 120 € erstattet (Kosten für das Medikament X) und **zahlt 20 € selbst** (Preisunterschied zwischen Medikament X und Medikament Y).

Die Krankenkasse hat aber für Medikament X einen **Rabattvertrag** abgeschlossen. Damit muss sie für das Medikament X nur **60 €** zahlen. Diesen Betrag erstattet sie auch dem Versicherten und verzichtet sogar auf den Verwaltungskostenabschlag.

Ergebnis: Der Versicherte **muss nicht 20 €**, wie er erwartet hat, **sondern 80 €** selbst **zahlen** (Medikament Y für 140 € minus 60 €, die die Krankenkasse für Medikament X gezahlt hätte).

Beispiel 2:

Der Arzt verordnet das **Medikament A**. Dieses Medikament kostet in der Apotheke **200 €**. Der Versicherte entscheidet sich stattdessen für das **Medikament B**. Dies kostet in der Apotheke **150 €**. Der **Versicherte erwartet**, dass er von der Krankenkasse **150 € erstattet** bekommt und erspart der Krankenkasse sogar Kosten.

Die Krankenkasse hat aber für **Medikament A** einen **Rabattvertrag** abgeschlossen. Damit muss sie für das Medikament A nur **80 €** zahlen. Diesen Betrag erstattet sie auch dem Versicherten und verzichtet sogar auf den Verwaltungskostenabschlag.

Ergebnis: Der Versicherte hat zwar gedacht, er muss nichts zahlen, er muss am Ende aber **70 € selbst zahlen** (Medikament B für 150 € minus 80 €, die die Krankenkasse für Medikament A gezahlt hätte).

Wenn Sie sich daher für die Kostenerstattung bei Arzneimitteln entscheiden sollten, so **halten sie unbedingt vorher oder auch noch in der Apotheke mit Ihrer Krankenkasse Rücksprache**, um zu erfahren, in welcher Höhe die Krankenkasse die Kosten erstattet. **Niemand anderes kennt den Preis**, den die Krankenkasse zahlt. Nur so können Sie sich vor unliebsamen Überraschungen schützen.

2.2 Wahltarife

Durch die Gesundheitsreform wurden die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (wie z. B. Kostenerstattung) geändert. Für **Kostenerstattung und Prämienzahlung** beträgt die Mindestbindungsfrist nur noch **1 Jahr** und für Tarife mit **Selbstbehalt** bzw. bei **freiwillig Versicherten mit Krankengeldtarifen** bleibt es bei **3 Jahren**.

Bitte prüfen Sie genau, ob Sie derartige Tarife in Anspruch nehmen wollen. So sind z.B. Selbstbehalttarife Spekulationen auf die Zukunft. Müssen Sie nämlich unerwartet viele Behandlungen in Anspruch nehmen, so werden Sie durch die Selbstbehalte einen erheblichen Teil der nicht sicher abschätzbaren Kosten selbst tragen müssen.

3. Neuregelungen in der PKV

Für diejenigen, die das solidarische Krankenversicherungssystem verlassen möchten, werden die Anforderungen einfacher.

Galt bisher, dass die sogenannte Versicherungspflichtgrenze, welche im Jahr 2011 bei 4.125,00 € im Monat liegt, 3 Jahre lang überschritten werden musste, um in die Private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln, so ist dies jetzt bereits möglich, wenn in einem Jahr diese Grenze überschritten wurde.

Daneben kommt nunmehr auch die PKV in den Genuss von Maßnahmen, die eigentlich nur der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung zugedacht waren. So wirken z. B. Verträge über Preisabschläge bei Arzneimitteln auch für die PKV.

Daneben bleibt es dabei, dass Versicherte in der PKV weiterhin mehr Leistungen in Anspruch nehmen können (z. B. spezielle Behandlungsformen aber auch Chefarztbehandlung) und schneller Termine bei (Fach-)Ärzten erhalten.

Doch die **Nachteile der PKV** bleiben ebenfalls bestehen.

Auch weiterhin müssen privat Versicherte gerade vor Krankenhausaufenthalten teilweise **lange warten**, bevor sie die **Deckungszusage** des Versicherers erhalten. **Erst dann wird das Krankenhaus mit der Behandlung** beginnen. Gerade bei dringenden Eingriffen ist dies ein Spiel mit der eigenen Gesundheit.

Daneben lassen sich manche Versicherer auch **Zeit mit der Erstattung der Behandlungskosten**. Privat Versicherte müssen daher den Rechnungsbetrag immer auslegen und auf die Erstattung warten. Dies kann das finanzielle Budget außerordentlich strapazieren.

Schließlich müssen private Patienten **teilweise überflüssige Behandlungen** über sich ergehen lassen. Denn Ärzte können alles abrechnen und unterliegen keinen Beschränkungen wie in der GKV. Daher sind auch die Ausgaben der PKV in den letzten Jahren stärker gestiegen als die der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das führt dann natürlich auch zu einem **stärkeren Anstieg der Prämien** in der PKV.

4. Neuregelungen bei den Leistungserbringern

Bei den Leistungserbringern wird es zu keinen gravierenden Änderungen kommen. Durch die „Gesundheitsreform“ wird lediglich **das Wachstum der Ausgaben begrenzt**. Maßnahmen, die zu einer Qualitätsverbesserung beitragen können, werden nicht ergriffen.

Als Beispiel seien hier nur die ärztlichen Honorare genannt. Trotz **Steigerungen in den letzten Jahren** und auch in den Zeiten der Wirtschaftskrise (in der die Löhne und Renten keine derartigen Steigerungen aufwiesen) erhalten die **Ärzte im Jahr 2011 einen Honorarzuwachs von 1 Mrd. €**.

5. Neuregelungen im Leistungskatalog

Änderungen im Leistungskatalog gibt es vorerst nicht. Der gesetzliche Leistungskatalog bleibt unangetastet und es gibt keine neuen Regelungen zu Zuzahlungen, Aufzahlungen, der Praxisgebühr oder Ähnlichem.

Berlin, im Dezember 2010

Der BUNDESVORSTAND