



Gesetzgebung Gesundheitspolitik 2010

REFORMJAHR 2010: DR. HERBERT REICHELT	
■ KEINE ABSTRICHE AN WETTBEWERB UND SOLIDARITÄT	2
AMS-GRAFIK	
■ GKV-AUSGABEN ERSTES BIS DRITTES QUARTAL 2009	5
DREI FRAGEN AN: DR. KLAUS JACOBS, WIDO	
■ PKV-WECHSEL FÜR ALLGEMEINHEIT TEUER	6
AMS-STICHWORT: QUALITÄTSMANAGEMENT	
■ UMSETZUNGSFRIST IN ARZTPRAXEN LÄUFT AB	8
VON A(RZTBESUCH) BIS Z(UZAHLUNG)	
■ DAS GILT 2010	10
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK:	
■ WAS 2010 IN KRAFT TRITT	11
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK	
■ WAS 2010 AUF DER TAGESORDNUNG STEHT	15

Reformjahr 2010: Was auf die GKV zukommt

Reichelt: Keine Abstriche an Wettbewerb und Solidarität

11.12.09 (ams). Trotz der andauernden Wirtschaftskrise und ihren Auswirkungen auch auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) blickt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Herbert Reichelt, zuversichtlich auf das Jahr 2010. Wenn alle Beteiligten in der GKV – Politik, Leistungserbringer und Krankenkassen – bereit seien zu gemeinsamen Lösungswegen, werde es gelingen, die Folgen der Krise für die GKV in Grenzen zu halten. Bezüglich der Pläne der neuen Bundesregierung betont Reichelt im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams): „Wir unterstützen Schwarz-Gelb in dem Ziel, allen Menschen in Deutschland gute medizinische Leistungen unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko sichern zu wollen.“



Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

2010 steht die GKV vor schwierigen Herausforderungen. Die Wirtschaftskrise wird durch steigende Arbeitslosigkeit und weiter andauernde Kurzarbeit zu geringeren Beitragseinnahmen führen. Auf 3,9 Milliarden Euro veranschlagt die Bundesregierung die Ausfälle und will sie durch einen einmaligen Steuerzuschuss in dieser Höhe ausgleichen. Hinzu kommen jedoch Ausgabensteigerungen vor allem bei Arzneimitteln, Arzthonoraren und Krankenhausbehandlungen sowie die vorgeschriebene Liquiditätsreserve, die sich nach den aktuellen Prognosen des Schätzerkreises auf vier Milliarden Euro summieren. „Hier ist noch eine Lösung gefragt, die alle Beteiligten einbindet“, fordert Reichelt. Allein mit dem in den ersten drei Quartalen erzielten Überschuss der GKV seien diese Summen nicht aufzufangen. „Zumal auch das Bundesgesundheitsministerium zu Recht darauf verweist, dass im vierten Quartal höhere Ausgaben zu erwarten sind und in der bisherigen Bilanz große Teile der Impfkosten für die Neue Grippe noch nicht enthalten sind“, so der AOK-Chef.

AOK ohne Zusatzbeiträge ins Jahr 2010

Die AOK-Gemeinschaft sieht Reichelt gut gerüstet, um ohne Zusatzbeiträge ins Jahr 2010 zu starten. Durch den bisherigen Überschuss von mehr als 900 Millionen Euro sei die AOK in der Lage, die in diesem Jahr noch absehbaren Mehrkosten aufzufangen. „Wir werden auch weiterhin alles tun, um Zusatzbeiträge zu vermeiden“, erklärt Reichelt und plädiert dafür, auch die Leistungserbringer wie Ärzte, Pharmaindustrie und Krankenhäuser an der Bewältigung der Wirtschaftskrise zu beteiligen. „Es ist ein Gebot der Fairness, nicht allein die Steuerzahler und die Kassenmitglieder für die finanziellen Folgen

aufkommen zu lassen. Das ist eine Aufgabe aller Beteiligten.“ Der AOK-Vorstandschef spricht sich erneut für einen Kostenkorridor aus: Bis 2013 sollen die Ausgaben der Krankenkassen nicht stärker steigen als das Wirtschaftswachstum. Das sind derzeit etwa 1,5 Prozent im Jahr. Denn erst 2013 erwarten die Wirtschaftsforschungsinstitute eine Konjunkturlage auf dem Niveau von 2008. Einen solchen Kostenkorridor könne, so Reichelt, die Bundesregierung bereits kurzfristig im geplanten „Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme“ festlegen.

Ausgleich der Einkommens- und Krankheitsrisiken

Eine wichtige Rolle für die Zukunft der GKV wird nach Überzeugung Reichelts der Regierungskommission zukommen, auf die sich CDU, CSU und FDP verständigt haben. Für entscheidend hält der AOK-Vorstandschef zwei Grundbedingungen, die sich auch im Koalitionsvertrag wiederfinden: Alle Menschen in Deutschland sollen unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand Zugang zu qualitativ hochwertigen medizinischen Leistungen haben, und der Wettbewerb in der GKV muss auf die beste medizinische Versorgung abzielen. „Beide Ziele bedingen einen umfassenden Ausgleich der Einkommens- und Krankheitsrisiken“, so Reichelt. Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Anfang 2009 sei ein großer Schritt gelungen, um die frühere Bevorteilung von Krankenkassen mit vielen Gesunden und Gutverdienenden gegenüber jenen mit vielen Schwerkranken und Geringverdienenden zu beenden. „Hier darf es keinen Rückschritt geben in Zeiten eines Wettbewerbs um Gesunde“, mahnt Reichelt. Beim „unbestritten notwendigen Sozialausgleich“ zwischen den Versicherten sollte die Kommission prüfen, „ob der sich außerhalb der GKV genauso unbürokratisch organisieren lässt wie mit den derzeit einkommensabhängigen Beiträgen“.

Ausbau des Wettbewerbs notwendig

Wichtig ist dem Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes der Ausbau des Wettbewerbs in der GKV. In der stationären Versorgung sei der Vertragswettbewerb noch unterentwickelt. „Hier hat die Große Koalition die Chance im Zuge der Reform der Krankenhausfinanzierung Anfang 2009 verpasst“, kritisiert Reichelt. Ähnlich problematisch sind nach seiner Überzeugung die Vorgaben an die Kassen bei den Hausarztverträgen: „Die Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrags und die gesetzliche Vorgabe des Vertragspartners widersprechen jedem Wettbewerbsgedanken.“ Um so bedauerlicher sei es, dass sich die Regierungsparteien lediglich darauf verständigten, die Regelung im Jahr 2012 zu überprüfen.

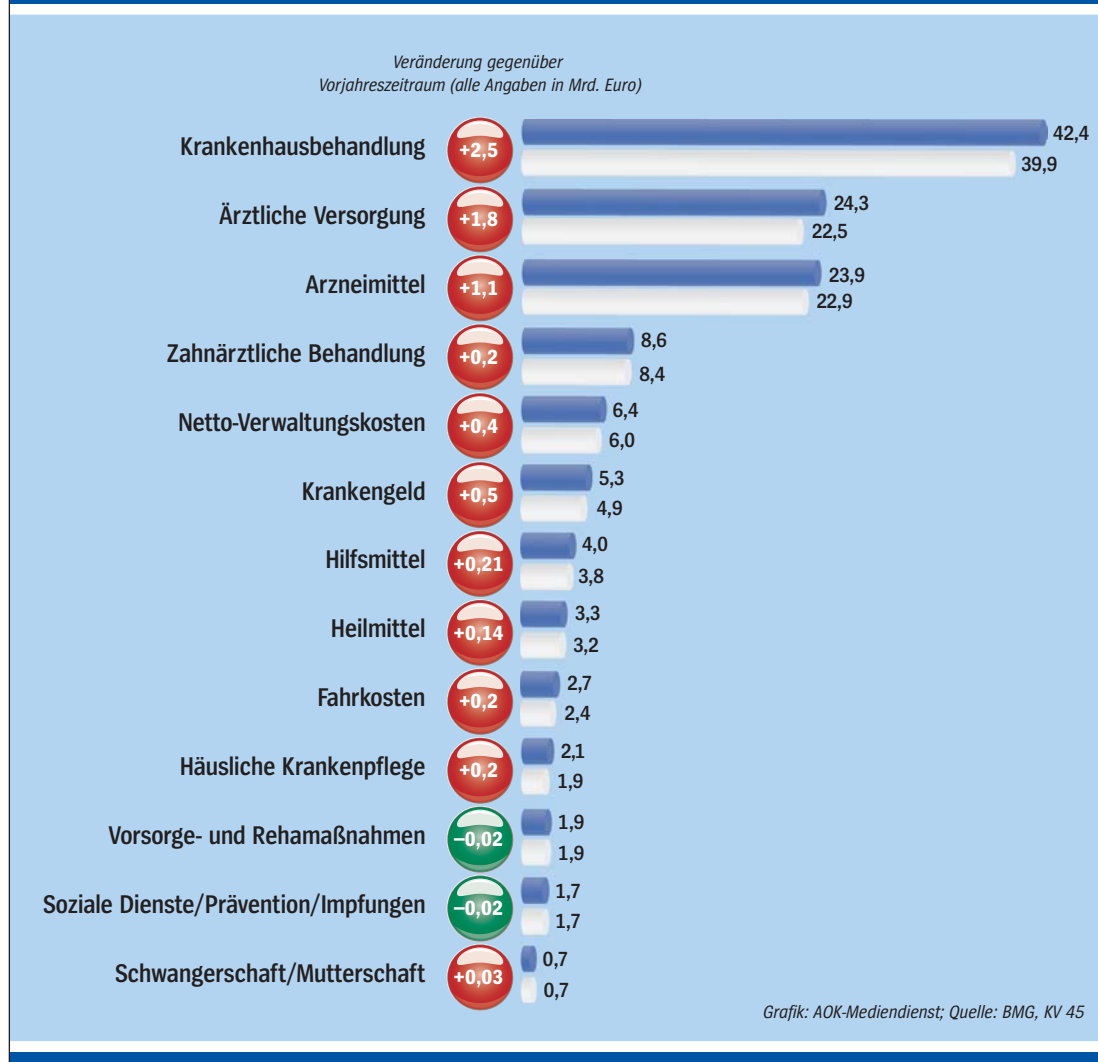
Mit ersten Ergebnissen der Regierungskommission rechnet Reichelt nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen Anfang Mai 2010. Somit sei eine angepeilte Neustrukturierung der Finanzierungsbasis in der GKV nicht vor 2011 zu erwarten. „Bei dieser Frage sollte jedoch der Zeitpunkt nicht im Mittelpunkt stehen, sondern die Dauerhaftigkeit und Solidität“, so der Vorstandschef.

(bho)

Aktuelle Infos und Hintergrund:
www.reform-aktuell.de



Ausgaben der GKV 1. bis 3. Quartal 2009



In den ersten drei Quartalen 2009 haben die gesetzlichen Krankenkassen 127,8 Milliarden Euro eingenommen und 126,4 Milliarden Euro ausgegeben. Damit verzeichneten die Kassen einen Überschuss von 1,4 Milliarden Euro. Größter Ausgabenposten bleibt die stationäre Behandlung. Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung lagen erstmals seit 2001 über den Arzneimittelkosten und machen derzeit laut Bundesgesundheitsministerium etwa 19 Prozent der Gesamtausgaben aus. Den Anstieg der Netto-Verwaltungskosten erklärt das Ministerium vor allem mit einer Umstellung bei den Programmkosten für Disease-Management-Programme (DMP) seit Start des Gesundheitsfonds. Diese führe automatisch zu höheren Netto-Verwaltungskosten. Die AOK-Gemeinschaft hat in den ersten drei Quartalen einen Überschuss von 916 Millionen Euro erzielt und wird ohne Zusatzbeiträge ins Jahr 2010 starten.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

Drei Fragen an: Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer WIdO

Wechsel junger Versicherter zur PKV für Allgemeinheit teuer

11.12.09 (ams). Ein Wechsel junger und gesunder Versicherter von einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer privaten Krankenversicherung kommt die Allgemeinheit nach Worten von Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), teuer zu stehen. Die Einnahmeverluste für den Gesundheitsfonds könnten sich in diesem Jahr gut auf bis zu eine halbe Milliarde Euro summieren. „Für mich ist es völlig unverständlich, dass sich Deutschland immer noch eine wettbewerbsschädliche Marktsegmentierung in zwei getrennte Krankenversicherungssysteme leistet“, sagt der WIdO-Geschäftsführer im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams).

Nach Angaben des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich allein im ersten Halbjahr 2009 weitere 98.800 Personen privat krankenversichert, nach 90.300 Menschen im Jahr 2008. Wie bewerten Sie das?

Jacobs: Zunächst einmal haben dazu auch bestimmte Sondereffekte beigetragen. Das haben die privaten Krankenversicherer ja selbst mitgeteilt. Nicht alle PKV-Neuzugänge sind aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gekommen. Hier macht sich vor allem die neu eingeführte Versicherungspflicht bemerkbar. Im Jahr 2008 waren von den rund 90.000 Neuzugängen in der PKV nur gut die Hälfte „echte“ Neuzugänge, also Wechsler aus der GKV. Die restliche Zunahme beruhte auf Sondereffekten. Auch bei den jetzt für das erste Halbjahr 2009 gemeldeten 98.800 Neuzugängen spielen entsprechende Sondereinflüsse eine Rolle.

Was bedeutet das für die Gemeinschaft der gesetzlich Versicherten?

Jacobs: Selbst wenn im ersten Halbjahr 2009 wieder „nur“ rund 50.000 Menschen aus der GKV in die PKV abgewandert wären, hätte das für die Finanzausstattung der Krankenkassen erhebliche Einbußen zur Folge. Bei einem unterstellten Maximalbeitrag von knapp 570 Euro pro Monat bedeutet der Verlust von 50.000 freiwillig Versicherten allein im ersten Halbjahr 2009 Mindereinnahmen von bis zu 170 Millionen Euro. Im zweiten Halbjahr kommen durch diese Personen weitere Einnahmeverluste von 164 Millionen Euro hinzu. Dabei habe ich berücksichtigt, dass der Beitragsatz zum Gesundheitsfonds zum 1. Juli 2009 von 15,5 auf 14,9 Prozent

gesenkt wurde. Sollten im zweiten Halbjahr 2009 noch einmal rund 50.000 Versicherte von der GKV in die PKV wechseln, beliefe sich der gesamte Einnahmeverlust der GKV 2009 auf bis zu einer halben Milliarde Euro – Mindereinnahmen, die von den anderen gesetzlich Versicherten oder von der Allgemeinheit der Steuerzahler fast vollständig kompensiert werden müssen.

Was verändert sich durch die Abgänge bei den Ausgaben?

Jacobs: Wahrscheinlich äußerst wenig. Man muss grundsätzlich davon ausgehen, dass nicht nur einkommensstarke, sondern auch überwiegend junge und gesunde Versicherte ohne Familienangehörige von der GKV zur PKV wechseln. Die privaten Krankenversicherungen kalkulieren ihre Prämien ja nach dem Alter und individuellen Krankheitsrisiko und nehmen zudem gar nicht jeden auf. Die jungen und gesunden Versicherten verursachen in der Regel aber nur geringe Ausgaben. Folglich bleiben die Gesamtausgaben der GKV durch ihren Abgang nahezu unverändert.

Deutschland ist mittlerweile das einzige Land in Europa, das eine solche Entwicklung zulässt und sich noch ein Nebeneinander unterschiedlicher Krankenversicherungssysteme leistet. Die Niederlande haben das ökonomisch unsinnige und wettbewerbsschädliche Nebeneinander von zwei getrennten Krankenversicherungssystemen – als vorletztes Land in Europa – 2006 abgeschafft und einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt für die gesamte Bevölkerung geschaffen. Die neue Bundesregierung aber will an der Markttrennung festhalten und den Wechsel zur PKV für Gutverdiener sogar wieder erleichtern. Im Koalitionsvertrag ist die Rede von einem „konstitutiven Element eines freiheitlichen Gesundheitswesens“. Wessen Freiheit ist dabei eigentlich gemeint? Die von mehr als 62 Millionen GKV-Pflichtversicherten und ihren Familienangehörigen – also von drei Vierteln der deutschen Bevölkerung – wohl kaum. Denn die müssen ja – wie gesehen – die „Freiheit“ der privilegierten Wechsler teuer bezahlen. Aber auch die mehr als vier Millionen Beamte und Pensionäre und deren Angehörige – nahezu die Hälfte aller PKV-Vollversicherten – können kaum gemeint sein: Sie sind aufgrund ihrer Beihilfeansprüche faktisch PKV-pflichtversichert. Und bekommen immer höhere Selbstbeteiligungen aufgebrummt, weil vor allem die Finanzminister der Länder die explodierenden Beihilfeausgaben kaum noch stemmen können.

(ter)

ams-Stichwort: Qualitätsmanagement

In den Arztpraxen läuft Frist für die Umsetzung des Qualitätsmanagements ab

11.12.09 (ams). Ab Januar 2010 sind alle Arztpraxen in Deutschland verpflichtet, Qualitätsmanagement (QM) zu betreiben. Der Gesetzgeber hat den Rahmen dafür vorgegeben, bei der Umsetzung lässt er den Ärzten aber viel Freiraum. Jede Praxis muss zwar Qualitätsmanagement betreiben – aber wie genau das aussieht, bleibt ihr überlassen.

Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, Arbeitsprozesse in der Praxis zu organisieren, zu sichern und zu verbessern. Dazu gehört es auch, Fehler zu analysieren und aus ihnen zu lernen. Dies betrifft vor allem Bereiche wie Datenschutz, Hygiene, Arbeitsschutz und die Struktur der Behandlungsabläufe. Dabei geht es nicht darum, die eigentliche ärztliche Behandlung festzuschreiben, sondern vielmehr die Prozesse rund um den Arzt-Patienten-Kontakt zu ordnen. Den verbindlichen Rahmen dazu liefert die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) formulierte Richtlinie zum praxisinternen Qualitätsmanagement. Sie beschreibt Anforderungen und benennt Instrumente, die notwendig sind, um Qualitätsmerkmale umzusetzen. Die Systematik kann dabei den Vorgaben der Richtlinie entsprechen oder sich an einem QM-System orientieren. Auf dem deutschen Markt konkurrieren zurzeit etwa 40 solcher Systeme.

Verbesserungspotenzial ausschöpfen

Ob und wie eine Praxis die gesetzlichen Vorgaben erfüllt, unterliegt meist der Selbstkontrolle. Eine Pflicht zur Zertifizierung besteht bislang nicht. Auch drohen Ärzten zurzeit noch keine Sanktionen, sondern es erfolgt nur eine Beratung, wenn sie die QM-Richtlinie nicht zeitgemäß umsetzen. Dennoch gibt es gute Gründe für Praxen, sich mit dem Thema QM professionell auseinanderzusetzen. Zum einen zeigt QM Medizinern, wo in ihren Praxen Verbesserungspotenzial besteht. Zum anderen ist QM bereits heute oft eine Voraussetzung für die Teilnahme an Selektivverträgen. So gilt beispielsweise für das flächendeckende Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg die vertragliche Regelung, Qualitätsindikatoren zur Akzeptanz, Organisation und Versorgung umzusetzen.

Die AOK unterstützt die Qualitätsentwicklung im ambulanten Bereich durch das bundesweit erste „Qualitätsindikatoren-System für die ambulante Versorgung“, kurz QISA. Das vom AOK-Bundesverband und dem Göttinger Institut

für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) entwickelte Indikatoren-Set eignet sich besonders gut für das Qualitätsmanagement oberhalb der Ebene von Einzelpraxen. Vor allem Qualitätszirkel, Arztnetze, medizinische Versorgungszentren und Hausarztmodelle können sich bei ihrer Arbeit an der Versorgungsqualität auf das Indikatoren-Set stützen. QISA umfasst über 100 Indikatoren zur Messung der Behandlungsqualität. Sie helfen den Ärzten, die Qualität in zentralen Versorgungsbereichen wie Prävention, Pharmakologie und häufige Erkrankungen, zum Beispiel Asthma oder Rückenschmerz, zu beleuchten. „Mit QISA macht sich die AOK für innovative und pragmatische Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität stark“, erklärt Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Weil die Indikatoren Qualität greifbar, transparent und praktisch umsetzbar machen, können sie bei einer adäquaten Casemix-Adjustierung auch die Grundlage für weitergehende Innovationen wie öffentliche Qualitätstransparenz oder die Honorierung guter Versorgungsqualität im Rahmen leistungsorientierter Vergütungssysteme bilden.

Hintergrund: Seit 2006 steht es fest: Bis Ende 2009 muss das Qualitätsmanagement in den Vertragsarztpraxen umgesetzt sein. Den Zeitplan hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in seiner Richtlinie zum praxisinternen Qualitätsmanagement festgehalten. Die Pflicht zum QM ist aber noch älter: Bereits das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) von 2004 schreibt niedergelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren vor, ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Verankert ist diese Forderung im Paragraph 135a im SGB V.

(sim)

Weitere Infos:
www.aok-gesundheitspartner.de > **Arzt und Praxis**
www.QISA.de



Von A(rztbesuch) bis Z(uzahlung): Das gilt 2010

Stand: Dezember 2009

Praxisgebühr für ärztliche/zahnärztliche Behandlung	10 Euro/Quartal (Ausnahme z. B. bei Überweisung)	
Zuzahlung für Arzneimittel	10 % pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Heilmittel (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung für Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Windeln)	10 % der Kosten, max. 10 Euro pro Monat	
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10 % der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag	
Belastungsgrenze für Zuzahlungen	individuell: 2 % des Haushaltseinkommens	
Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei chronisch Kranken	individuell: 1 % des Haushaltseinkommens	
Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:		
für den ersten Angehörigen	4.599,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.066,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	3.864,00 Euro	jährlich
Härtefallregelung bei Zahnersatz *		
Einkommensgrenze Alleinstehende	1022,00 Euro	monatlich
Einkommensgrenze Mitglied mit einem Angehörigen	1.405,25 Euro	monatlich
mit zwei Angehörigen	1.660,75 Euro	monatlich
mit drei Angehörigen	1.916,25 Euro	monatlich
mit vier Angehörigen	2.171,75 Euro	monatlich
*Über Detailregelungen informieren die Krankenkassen		
Bundeseinheitliche Beitragssätze		
allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,9 %	
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung	1,95 %	
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung Kinderlose (23–65 Jahre)	2,2 %	
Beitragssatz allgemeine Rentenversicherung	19,9 %	
Beitragssatz knappschaftliche Rentenversicherung	26,4 %	
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	2,8 %	
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	3.750,00 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	4.162,50 Euro	monatlich
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung	5.500,00 Euro	monatl., alte Bundesl.
	4.600,00 Euro	monatl., neue Bundesl.
Beitragsbemessungsgr. knappschaftliche Rentenversicherung	6.800,00 Euro	monatl., alte Bundesl.
	5.700,00 Euro	monatl., neue Bundesl.
Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
Häusliche Pflege:		
Sachleistung Pflegestufe I	440,00 Euro	monatlich
Sachleistung Pflegestufe II	1.040,00 Euro	monatlich
Sachleistung Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Sachleistung bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand	1.918,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe I	225,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe II	430,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe III	685,00 Euro	monatlich
Pflegegeld bei Verhinderung der Pflegeperson	1.510,00 Euro	jährlich
Teilstationäre und Kurzzeitpflege		
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe I	440,00 Euro	monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe III	1.040,00 Euro	monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Kurzzeitpflege	1.510,00 Euro	jährlich
Ergänzende Leistung bei erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand	maximal 2.400,00 Euro	jährlich
Vollstationäre Pflege:		
Pflegestufe I	1.023,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	1.279,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Härtefälle	1.825,00 Euro	monatlich
Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen	13,00 Euro	pro Tag
Zuschuss amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kinder	21,00 Euro	pro Tag

Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Was 2010 in Kraft tritt

11.12.09 (ams). Zum Jahreswechsel und im weiteren Jahresverlauf ändern sich zahlreiche Gesetze und Verordnungen, die 2009 auf Bundesebene oder auf EU-Ebene verabschiedet worden sind. Im Folgenden gibt der AOK-Mediendienst eine Übersicht über die neuen Regelungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese und weitere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind ab 2010 steuerlich weitgehend als Sonderausgaben absetzbar. Gesetzliche Grundlage ist das „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ vom Sommer 2009. Danach können gesetzlich Krankenversicherte rund 96 Prozent der gezahlten Beiträge absetzen. Nur der Beitragsanteil für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (vier Prozent) kann nicht steuermindernd geltend gemacht werden, ebenso wie Mehrausgaben für Wahltarife und Zusatzversicherungen etwa für Zahnersatz, Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung. Auch für Privatversicherte gilt: Steuerfrei sind nur Beiträge für eine Absicherung auf dem Niveau der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld. Nur Geringverdiener können künftig in bestimmtem Umfang auch Zusatzversicherungen sowie Beiträge zu Arbeitslosen-, Berufsunfähigkeits-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen als Vorsorgeaufwendungen steuerlich absetzen. Die Höchstbeträge dafür betragen jährlich 1.900 Euro (Arbeitnehmer) oder 2.800 Euro (Selbstständige). Das sind jeweils 400 Euro mehr als bisher. Die genaue Höhe der abzugsfähigen Krankenkassenbeiträge richtet sich nach einer Verordnung des Bundesfinanzministeriums. Ausgangspunkt für das Bürgerentlastungsgesetz war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008, nach dem Beiträge zu privaten Krankenversicherungen stärker steuerlich begünstigt werden müssen.

Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung:
<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 567/09
oder www.bmf.bund.de > Gesetze und Entwürfe

Verordnung zur Ermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträge:
<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 533/09



Gendiagnostik-Gesetz

Gentests auf Verlangen des Arbeitgebers oder von Versicherungen sind von Februar 2010 an verboten. Ausnahmen gibt es dann nur noch für Lebensversicherungen ab einer Versicherungssumme von 300.000 Euro. Erlaubt bleiben auch Standard-Genuntersuchungen, mit denen die gesundheitliche Eignung für bestimmte Arbeiten – zum Beispiel als Busfahrer, Elektriker oder in der Chemieindustrie – festgestellt wird. Vorgeburtliche Genuntersuchungen werden auf medizinische Zwecke beschränkt. Gentests zur Geschlechtsbestimmung sind ebenso verboten wie spätere heimliche Vaterschaftstests, die mit bis zu 5.000 Euro bestraft werden. Jeder Betroffene hat das Recht, seinen genetischen Befund zu kennen oder diesen bewusst nicht zur Kenntnis zu nehmen (Recht auf Nichtwissen). Bei nicht medizinisch begründeten prädiktiven Gentests ist eine Beratung durch einen Arzt vor und nach dem Gentest vorgeschrieben.

Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 374/09



Krankenkassen werden insolvenzfähig

Nach dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 werden alle gesetzlichen Krankenkassen mit Jahresbeginn 2010 insolvenzfähig. Bisher waren dies nur die sogenannten bundesunmittelbaren Kassen. Eine Insolvenz soll aber die Ausnahme bleiben; Vorrang erhält die sozialrechtliche Schließung. Kassen derselben Kassenart sind verpflichtet, eine Insolvenz zu verhindern. Die Haftung der Bundesländer für gesetzliche Krankenkassen war schon Anfang 2009 entfallen. Zur Bildung von Pensionsrückstellungen für Dienstordnungs-Angestellte – dieser beamtenähnliche Status wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 abgeschafft – haben die Krankenkassen 40 Jahre Zeit. Außerdem gelten ab Jahresanfang die wesentliche handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze auch für die Krankenkassen.

Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 733/08



Medizinproduktegesetz

Medizinprodukte müssen von März 2010 an vor Markteintritt auf Sicherheit und medizinische Zweckbestimmung klinisch geprüft werden. Die Tests sind

ebenso wie Arzneimittelstudien vorab vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn zu genehmigen. Damit soll die Sicherheit für Patienten verbessert werden. Für die Überwachung der klinischen Prüfungen sind die Bundesländer zuständig, die Bewertung schwerwiegender unerwünschte Ereignisse obliegt dem BfArM. Für Medizinprodukte mit geringen Sicherheitsrisiken sind vereinfachte Verfahren vorgesehen.

Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 572/09



Pflegesätze steigen

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden ab Januar 2010 erhöht. Das monatliche Pflegegeld steigt in allen drei Pflegestufen um je zehn Euro auf 225 Euro in Pflegestufe I, 430 Euro in Pflegestufe II und 685 Euro in Pflegestufe III. Auch die Sätze für Sachleistungen steigen, und zwar auf monatlich 440 Euro in Pflegestufe I, 1.040 Euro in Pflegestufe II und 1.510 Euro in Pflegestufe III. Das sind je nach Pflegestufe 20 bis 60 Euro monatlich mehr als bisher. Eine weitere Anhebung der Pflegesätze in gleicher Größenordnung ist für Anfang 2012 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 bereits beschlossen. Ab 2015 sollen die Leistungen der Pflegeversicherung alle drei Jahre an die Entwicklung der Lebenshaltungskosten angepasst werden.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz:

<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 210/08



Rechengrößen in der Sozialversicherung

Mit dem Jahreswechsel ändern sich für die Sozialversicherungen wichtigen Rechengrößen. Die Beitragsbemessungsgrenze für die Kranken- und Pflegeversicherung steigt von 3.675 Euro auf 3.750 Euro monatlich, die Versicherungspflichtgrenze von 4.050 Euro auf 4.162,50 Euro. Derzeit gilt noch die Regelung, dass die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erst endet, wenn das Einkommen in drei aufeinander folgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschreitet. Diese Frist will die neue Bundesregierung auf ein Jahr verkürzen. Die Beitragsbemessungsgrenzen der Renten- und Arbeitslosenversicherung werden um 100 Euro auf 4.650 Euro in den neuen Bundesländern und 5.500 Euro in den alten Bundesländern angehoben. Für knappschafflich Rentenversicherte steigt die Beitragsbemessungsgrenze in den alten Bundesländern um 250 Euro auf 6.800 Euro,

in den neuen Bundesländern um 100 Euro auf 5.700 Euro. Grundlage für die neuen Rechengrößen, denen der Bundesrat am 27. November zustimmte (Drucksache 752/09), ist die Einkommensentwicklung im Jahr 2008 von plus 2,25 Prozent in den alten Bundesländern und plus 2,11 Prozent in den neuen Bundesländern. Die wichtigsten Rechengrößen sowie alle Zuzahlungen für 2010 finden Sie auf Seite 10.

Alle Rechengrößen auf einen Blick und die ams-Grafik zum Download:
www.aok-bv.de > Zahlen



Spätabtreibung erst nach Bedenkzeit und Beratung

Die ärztliche Erlaubnis zum Abbruch einer Schwangerschaft nach der zwölften Schwangerschaftswoche darf künftig erst drei Tage nach der medizinischen Diagnose und einer Beratung der Schwangeren gegeben werden. Die Schwangere kann die Beratung allerdings auch ablehnen. Kommt der Arzt den neu im Schwangerschaftskonfliktgesetz verankerten Auflagen nicht nach, droht ihm ein Bußgeld von bis zu 5.000 Euro.

Der Gesetzestext:
<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 447/09



Gesetzgebung Gesundheitspolitik

Was 2010 auf der Tagesordnung steht

11.12.09 (ams). Zehn Seiten des 132-seitigen Koalitionsvertrags von CDU, CSU und FDP befassen sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Pflegeversicherung. Die konkrete Ausgestaltung in Gesetzentwürfe läuft erst an. Der AOK-Mediendienst gibt einen Überblick über die Themen, die im kommenden Jahr 2010 voraussichtlich auf der Agenda von Bundestag und Bundesrat stehen, sowie über anstehende Verordnungen und Richtlinien auf EU-Ebene. Diese und weitere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Der Bundesrat ist gegen europaweit einheitliche Regeln für Werbung und Information über Arzneimittel, die auch Pharma-Herstellern die Information der breiten Öffentlichkeit erlauben. Pharma-Unternehmer hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, heißt es in der Stellungnahme des Bundesrats zum Vorschlag der EU-Kommission, den Pharma-Unternehmen durch Änderung einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie mehr Möglichkeiten für Information und Werbung einzuräumen. Das werde zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abgelehnt, so der Bundesratsbeschluss vom 6. März 2009. Die Beratungen der Kommissionsvorschläge (2008/0255 und 2008/0663) im EU-Parlament werden voraussichtlich noch bis mindestens Februar 2010 dauern.

Die EU-Verordnungs- und Richtlinienentschlüsse:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksachen 18/09 und 19/09

Die Stellungnahme des Bundesrates:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 18/09(B)



Gesundheitsfonds

Die Bundesregierung will den Steuerzuschuss für den Gesundheitsfonds für 2010 um 3,9 Milliarden Euro auf 15,7 Milliarden Euro erhöhen. Die Maßnahme soll im „Gesetz zur Stabilisierung der Finanzierung der Sozialversicherungssysteme“ verankert werden, das das Bundeskabinett voraussichtlich am 16. Dezember zusammen mit dem Bundeshaushalt 2010 beschließen wird. Der zusätzliche Steuerzuschuss soll Einnahmeausfälle der Krankenkassen

größtenteils auszugleichen, die als Folge der Wirtschafts- und Finanzkrise im kommenden Jahr erwartet werden.

Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Die von der EU-Kommission im Dezember 2008 vorgeschlagene EU-Transplantationsrichtlinie zur Verbesserung des grenzüberschreitenden Organ austausches stößt im Bundesrat auf Vorbehalte. Die Länderkammer begrüßte in einer am 13. Februar 2009 beschlossenen Stellungnahme zwar die Absicht, die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen sowie den Patientenschutz bei der Organtransplantation zu verbessern. Für viele Aspekte des Richtlinienvorschlags sei die Kommission jedoch nicht zuständig. Das gelte insbesondere für geplante Behörden und Kompetenzzentren. Vorrangig sei, die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu stärken, die noch kein ausreichend entwickeltes Transplantationssystem hätten. Die osteuropäischen Staaten brauchten zum Beispiel Unterstützung beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme, um den internationalen Organhandel bekämpfen zu können. Die EU-Kommission hat unter anderem vorgeschlagen, europaweit alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – zu erfassen.

Der EU-Richtlinienentwurf:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 964/08**

Die Stellungnahme des Bundesrates:

<http://dipbt.bundestag.de> > **Dokumente** > **erweiterte Suche** > **964/08(B)** und **16/11781**



Patientenrechte-Richtlinie der EU

Über die von der EU-Kommission bereits 2008 vorgelegte „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ wird weiter gestritten. Die EU-Gesundheitsminister konnten sich Anfang Dezember in Brüssel nicht auf eine gemeinsame Position einigen. Es wird erwartet, dass erst im zweiten Halbjahr 2010 erneut über die EU-Richtlinie verhandelt wird. Das Europaparlament hat die Richtlinie der EU-Kommission im April 2009 in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Der Richtlinien-Vorschlag sieht vor, dass EU-Bürger in allen anderen EU-Ländern wie Einheimische Zugang zu den dortigen Gesundheitsleistungen erhalten. Die Behandlungskosten im Ausland sollen den Versicherten ohne vorherige

Genehmigung von ihrer nationalen Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet werden, die auch im Heimatland angefallen wären. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Bundestag und Bundesrat hatten den EU-Richtlinienvorschlag im November 2008 begrüßt. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler bedauerte, dass es vorerst zu keinen einheitlichen Rechtsrahmen komme, von dem nach seiner Meinung die deutschen Leistungserbringer, die Patienten aus dem europäischen Ausland behandeln, profitiert hätten.

Die EU-Richtlinie mit Änderungen durch das Parlament
www.europarl.europa.eu > Suche > P6_TA(2009)0286

Entwurf der EU-Kommission und Stellungnahme von Bundesrat und Bundestag:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > erweiterte Suche > 487/08 und 16/10911



Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Adressenänderung Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name:

Redaktion:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel./Fax:

Ich will den Informationsvorsprung von drei Tagen nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern per E-Mail:

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber per Post an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber per E-Mail an folgende Adresse:

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: