

Federf. Stadtamt: Sozialamt

Vorlage für den	Berichterstatter	Sitzung am	Punkt
Sozialausschuss	Beigeordneter/Stadtkämmerer Hommel	09.03.2004	

öffentliche Sitzung

Betrifft:
Gesundheitsreform

Begründung:
(ggf. zusätzlich)

I. Ziele der Gesetzgebung

Am 26. September 2003 hat der Deutsche Bundestag den gemeinsamen Gesetzentwurf von SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Gesundheitsreform verabschiedet. Am 17. Oktober 2003 hat auch der Bundesrat dem Gesetz zugestimmt. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) ist in weiten Teilen am 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Ziel des Gesetzes ist eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei die Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung, die weiterhin eine umfassende medizinische Versorgung gewährleisten sollen, beibehalten und gestärkt werden. Alle Versicherten sollen den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung haben. Der Ausgabenanstieg, der vor allem auf mangelnde Effektivität und Qualität bei den großen Volkskrankheiten zurückgeführt wird, soll durch strukturelle Reformen, eine Neuordnung der Finanzierung, durch mehr Transparenz und Eigenverantwortung, durch Weiterentwicklung des solidarischen Wettbewerbs und durch Bürokratieabbau sowie durch Übernahme von versicherungsfremden Leistungen durch den Bund, der diese durch Erhöhung der Tabaksteuer – 1 Mrd. € in 2004, 2,5 Mrd. € in 2005 und 4,2 Mrd. € in 2006 – finanziert, um ca. 10 Mrd. € in 2004 zurückgeführt werden und den Beitragssatz um 2 Prozentpunkte entlasten. Als Schwerpunkte der Reform wurden genannt:

- Stärkung der Patientensouveränität
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich
- Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln
- Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz
- Neuordnung der Finanzierung

Mitzeichnungen				
Bürgermeister	Erster Beigeordneter:	Beigeordneter/ Stadtkämmerer:	Beigeordneter/ Stadtbaurat:	Rechtsamt:
Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____

Zahl der erforderlichen Protokollauszüge: _____

II. Regelungen von allgemeinem öffentlichen Interesse

Zu den wichtigsten Veränderungen gehören neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen sowie der neue Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung:

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10,00 €, mindestens 5,00 €. Wenn die Kosten unter 5,00 € liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

a) Belastungsgrenzen/Befreiungen

Alle Zuzahlungen werden für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen. Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 3.648,00 €) und gegebenenfalls den Freibetrag für den Ehepartner (4.347,00 €). Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

- Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit.

- Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

- Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre sonstigen Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Beitrag zahlen.

- Zuzahlungsbefreiungen

Seit dem 1. Januar 2004 gelten die alten Befreiungen nicht mehr. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt nach Antrag die jeweilige Kasse für das Kalenderjahr eine Befreiung aus.

b) Zuzahlungen:

... beim Arztbesuch

Praxisgebühr von 10,00 € pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.

Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt 2 Mal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind davon ausgenommen.

10,00 € pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10,00 € nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind.

... bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln

Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5,00 € und maximal 10,00 € pro Arzneimittel.

Beispiele:

Ein Medikament kostet 10,00 €. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5,00 €.

Ein Medikament kostet 75,00 €. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 €.

Ein Medikament kostet 120,00 €. Die Zuzahlung ist auf maximal 10,00 € begrenzt.

... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege

Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich 10,00 € je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).

Beispiel:

Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10,00 € für diese Verordnung und zusätzlich 10 % der Massagekosten.

... bei Hilfsmitteln

Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5,00 € und maximal 10,00 €. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10,00 € pro Monat.

... im Krankenhaus

Zuzahlung von 10,00 € pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.

... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation

Zuzahlung von 10,00 € pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.

Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.

... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter

Zuzahlung von 10,00 € pro Tag.

... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe

Zuzahlung von 10 % Tag, jedoch höchstens 10,00 € und mindestens 5,00 €.

c) Leistungen der Krankenkasse

- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.

Ausnahmen: Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10 % des Preises, mind. 5,00 € und maximal 10,00 € pro Arzneimittel an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments.

Weitere Ausnahmen:

Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.

- Fahrkosten

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.

Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.

Bei genehmigten Fahrten müssen 10 %, aber höchstens 10,00 € und mindestens 5,00 € pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen.

- Sehhilfen/Brillen

Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr.

Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.

- Künstliche Befruchtung

Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 % bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.

- Sterilisation

Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.

Ausnahme: Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.

- Sterbegeld
- Entbindungsgeld

werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.

- Mutterschaftsgeld
- Empfängnisverhütung
- Schwangerschafts-Abbruch
- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Für die Versicherten ändert sich nichts, da sie diese Leistungen auch weiterhin von der Krankenkasse erhalten.

Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 erhöht.

... Zahnersatz

Bis Ende 2004 ändert sich nichts. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die Versicherten bezahlen dann für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, voraussichtlich unter 10,00 €. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag. Der Zahnersatz kann auch privat versichert werden.

An Umfang, an der Qualität der Versorgung sowie den Härtefallregelungen wird sich gegenüber heute nichts ändern. Die Bonusregelungen gelten weiterhin. Ab 2005 werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt. Kosten oberhalb dieser Grenze tragen die Versicherten selbst.

... Krankengeld

Bleibt Leistung der Krankenkasse. Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Bruttoeinkommens erhoben.

III. Regelungen von besonderem Interesse für die Sozialhilfe

Mit den Änderungen in § 264 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) durch das GMG werden die Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt und von Hilfe in besonderen Lebenslagen sowie die Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Hilfeempfänger), die bisher nicht gesetzlich krankenversichert sind, leistungsrechtlich nach Art, Umfang, Inhalt und Höhe der Leistung den Krankenversicherten grundsätzlich gleichgestellt. Die Auswirkungen auf die Sozialhilfe sind in dem in der Anlage beigefügten Beitrag von Helmut Zeitler „Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Sozialhilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ab 1. Januar 2004“ (NDV – Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2/2004, S. 45-51) dargestellt.

Herr Dr. Schank, als Vertreter der in Gladbeck niedergelassenen Ärzte und Herr Mahl, Geschäftsstellenleiter der Barmer Ersatzkasse in Gladbeck werden in der Sitzung für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen.

Finanzielle Auswirkungen:

keine

folgende

Einnahme (€)	VwHH	VmHH
einmalig		
jährlich		
<i>darin enthalten:</i>		
Zuschüsse		
Beiträge Dritter		

Ausgabe (€)	VwHH	VmHH
einmalig		
jährlich		
<i>darin enthalten:</i>		
Personalkosten		
Unterhaltungs- und Betriebskosten		
Finanzierungskosten		

Haushaltsmittel stehen: zur Verfügung nicht zur Verfügung

Beschlussentwurf:

Der Sozialausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.

Der Bürgermeister
I. V.

Hommel

Beigeordneter/Stadtkämmerer

In der Sitzung des

_____-Ausschusses

Rates

Haupt- und Finanzausschusses

am _____ (nicht - öffentlicher Teil) wurde wie folgt beschlossen: