

Gesundheitsreform

Das ändert sich für Sie!

Nach langen Verhandlungen ist sie tatsächlich am 1. April in Kraft getreten: Die neue Gesundheitsreform. Wir haben zusammengetragen, was das für Sie als Versicherte bedeutet.

INTERNET-TIPP

www.die-gesundheitsreform.de

Ständig aktualisierte Informationen des Bundesgesundheitsministeriums

Recht auf Versicherung

Alle Nichtversicherten erhalten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Versicherung. Zuletzt waren in Deutschland etwa 200.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Verbesserte Leistungen

- Alle von der ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt.
- Notwendige Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Würdiges Lebensende

- Schwer kranke Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung haben künftig Anspruch auf eine Betreuung zu Hause. So soll ein würdevolles Sterben möglich werden.
- Auch für todkranke Kinder soll die Hilfe verbessert werden: Kinderhospize sollen verstärkt unterstützt werden.

Mehr ambulante Versorgung

- Ältere Menschen, die nach einem Unfall oder einer Krankheit rehabilitiert werden müssen, sollen zukünftig bessere Angebote nahe ihres Wohnorts antreffen.
- Häusliche Pflege ist künftig auch in

Wohngemeinschaften und neuen Wohnformen möglich, nicht mehr nur in Privathaushalten.

- Bei schweren Erkrankungen wie Krebs, Mukoviszidose oder AIDS soll die ambulante Versorgung an Krankenhäusern verstärkt genutzt werden können.

Vorsorge stärken

Es soll – zunächst für jüngere Versicherte – ein Bonusheft wie beim Zahnarzt auch für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen eingeführt werden. Nur wer regelmäßig teilnimmt, hat im Falle einer chronischen Erkrankung Anspruch auf reduzierte Belastungsgrenzen – muss also weniger zuzahlen. Auch Prämien soll es dann geben.

Nicht notwendige Eingriffe

Wer wegen Komplikationen nach nicht notwendigen Eingriffen (Piercing, Tätowierungen, Schönheitsoperationen) behandelt werden muss, hat einen Teil der daraus entstehenden Kosten selbst zu tragen.

Öffnung der Privaten

Private Krankenversicherungen werden verpflichtet, einen Basistarif anzubieten. In Anspruch nehmen können diesen Tarif unter anderem privat Versicherte und insbesondere alle, die bisher keinen

Krankenversichertenschutz hatten – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand. Der Basistarif darf nicht mehr kosten als der durchschnittliche höchste Beitrag zu einer gesetzlichen Krankenkasse.

Mehr Krankenkassentarife

- Alle Kassen müssen Hausarzttarife anbieten. Wenn Sie sich festlegen, immer zuerst zu Ihrem Hausarzt und nicht direkt zum Facharzt zu gehen, erhalten Sie günstigere Konditionen.
- Krankenkassen erhalten zudem erweiterte Möglichkeiten, ihren Versicherten Wahltarife, Selbstbehalttarife und Kostenerstattungstarife anzubieten.

Beitragshöhe

Zunächst bleibt alles, wie es ist: Die Krankenkassen legen selbst ihre Beiträge fest. Ab dem 1. Januar 2009 kommt dann der Gesundheitsfond, in den alle Beiträge hineinfließen und aus dem die Krankenkassen ihr Geld nach bestimmten Verteilungsregeln erhalten. Die Beitragshöhe wird von der Bundesregierung festgelegt. Krankenkassen können einen pauschalen oder prozentualen Zusatzbeitrag erheben, wenn sie mit dem zugeteilten Betrag nicht auskommen. Ob das eher die Ausnahme als die Regel sein wird, ist derzeit umstritten. In jedem Fall wird dieser Zusatzbeitrag begrenzt.