

Ziel der Gesundheitsreformen: Die Gesundheit der Menschen

Zum 1. Januar 2002 gelten zahlreiche Änderungen, so z.B.: neues Kassenwahlrecht für die Versicherten, neue Beitragsbemessungsgrenzen und alles in Euro!

Im laufenden Jahr wurden zahlreiche Gesetze und Verordnungen beschlossen oder geändert, eine Vielzahl von ihnen treten zum Jahreswechsel in Kraft. Auch die Beitragsbemessungsgrenzen, Zuzahlungen und dergleichen ändern sich bzw. werden künftig in Euro berechnet.

- Die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Kranken- und die Pflegeversicherung beträgt ab dem 01.01.2002 3.375 € (6.600,93 DM).
- Der Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist je nach Krankenkasse unterschiedlich, der zur Pflegeversicherung beträgt weiterhin 1,7 %.
- Die unveränderten Leistungen der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege betragen ab dem 01.01.2002 umgerechnet in Euro in der Pflegestufe I 384 €/Monat, in der Pflegestufe II 921 €/Monat und in der Pflegestufe III 1432 €.
- Die unveränderten Zuzahlungen für Arzneimittel betragen in Euro künftig 4 €, 4,5 € und 5 €.

Die im Jahr 2001 verabschiedeten Gesetze und die Änderungen für das Jahr 2002

Stärkung der Solidarität: Vertrauen für Patienten, Kassen und Leistungserbringer

- **Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen**
Dies ist ein weiteres Stück auf dem Weg zur Angleichung der Gesundheitsversorgung und des Vergütungsniveaus in Ost und West. Mit dem Wohnortprinzip wird erreicht, dass das Geld dort hinfließt, wo die Menschen zu ihrer Ärztin oder zu ihrem Arzt gehen. Damit erreichen wir eine gerechtere Verteilung der Honorare zwischen Ost und West und eine patientengerechtere Versorgung.
- **Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen** nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem im Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet - Sechste Gebührenanpassungsverordnung

Zum 1. Januar 2002 wird das Vergütungsniveau in Ostdeutschland für Ärzte, Zahnärzte und Hebammen von derzeit 86 v.H. auf 90 v.H. der für Westdeutschland geltenden Vergütungen angehoben. Eine entsprechende Anpassung gilt auch für die Vergütung der Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung in Ostdeutschland.

- **Krankenhausinvestitionsprogramm für die östlichen Bundesländer**

Die bislang für Krankenhausinvestitionen zweckgebundene Bundesfinanzhilfe von jährlich 700 Mio. DM für die östlichen Bundesländer zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung wird in nicht zweckgebundene Sonderbedarfs-Bundesergänzungszuweisungen umgewandelt. Durch die Umwandlung und den damit verbundenen Wegfall der Zweckbindung erhalten die östlichen Bundesländer ab dem 01.01.2002 ein höheres Maß an Flexibilität.

- **Reform des Risikostrukturausgleichs**

Der Wettbewerb der Krankenkassen dreht sich in Zukunft um die gute Versorgung chronisch kranker Menschen und nicht länger um die Abwerbung von jungen und gesunden Versicherten. Mit der Neuordnung des Risikostrukturausgleiches werden wirksame Anreize für die Krankenkassen geschaffen, ihren Versicherten qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme anzubieten und dafür finanziell entlastet zu werden.

- Das Gesetz hat drei zentrale Bausteine:

- *Finanzielle Förderung von Disease-Management-Programmen im Risikostrukturausgleich ab 01.01.2002;

- *Die Einführung eines Risikopools für überdurchschnittlich hohe Leistungsaufwendungen für einzelne Patientinnen und Patienten ab 01.01.2002;

- *Die stärkere Berücksichtigung von Krankheiten und der dadurch verursachten Kosten bei den Ausgleichszahlungen, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, ab dem 01.01.2007.

- **Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte**

Im Zusammenhang mit der Neuordnung des Risikostrukturausgleiches sind auch die Wahlrechte der Versicherten neu geregelt worden. Die gesetzlich Versicherten werden den freiwillig Versicherten gleich gestellt. Ab 01.01.2002 können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats vom Tag der Erklärung der Kündigung an die Mitgliedschaft in einer Kasse kündigen und in eine andere Kasse wechseln. Sie sind an die Wahlentscheidung 18 Monate gebunden. Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzanhebungen bleibt bestehen.

- **Weiterführung der Stiftung "Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen"**

Die Geldmittel für die Stiftung werden im Jahr 2004 aufgebraucht sein, eine Zustiftung ist daher geboten. Durch entsprechende Verhandlungen

mit der Industrie, den Blutspendediensten und den Ländern sowie die Berücksichtigung im Bundeshaushalt ist die Fortführung sichergestellt.

- **Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz)**

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz gibt es erstmals zusätzliche Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und ambulante Hospizdienste werden gefördert. Die Verbesserung der Pflegesituation von demenzkranken Menschen ist eine wichtige Zukunftsaufgabe. Ihre Zahl steigt stetig an. Diese Entwicklung wird sich wegen der veränderten Altersstruktur fortsetzen. Erstmals werden nun mit diesem Gesetz für Altersverwirrte aber auch für geistig Behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf zusätzliche Leistungen und verbesserte Versorgungsangebote vorgesehen.

Die häusliche Pflege hat dabei Vorrang. Dies entspricht den Bedürfnissen der meisten Betroffenen, die eine Pflege im häuslichen Bereich einer stationären Versorgung vorziehen. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz werden die Angehörigen entlastet, die letztendlich rund um die Uhr beansprucht werden, weil sie die Pflegebedürftigen nicht alleine lassen können. Hinzu kommt die Entwicklung und Förderung neuer Versorgungskonzepte und -Strukturen. Erstmals wird die ambulante Hospizarbeit gefördert, was bisher nur für die stationäre Hospizarbeit der Fall war.

- **Modell zur heroingestützten Behandlung**

Die bestehenden Hilfeangebote, so ausdifferenziert und qualifiziert sie auch sind, greifen nicht für eine bestimmte Gruppe von Drogenabhängigen. In enger Zusammenarbeit von Bund, Städten, Ländern und unter fachlicher Beteiligung der Bundesärztekammer ist daher ein Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung entwickelt worden (siehe auch: www.heroinstudie.de)

Sicherung der Qualität: Wirtschaftlichkeit, Transparenz und bessere Versorgung

- **Gesetz zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems im Krankenhaus - tritt nach der Zustimmung des Bundesrates im Februar zum Jahresbeginn 2003 in Kraft**

Mit dem Fallpauschalengesetz wird im größten Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine umfassende Reform durchgeführt. Es werden Anreize für eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung gesetzt, die von einer nachhaltigen Qualitäts- und Transparenzoffensive begleitet werden. Die Einführung der leistungsgerechten Vergütung mit Fallpauschalen erfolgt im Interesse der Patientinnen und Patienten. Sie können von dem neuen Entgeltsystem mehrfacher Hinsicht profitieren. Die Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser und deren Qualitätsniveau wird entscheidend verbessert. Alle Krankenhäuser wer

den verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Sie können von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen für Vergleiche und zur Information von Versicherten und Ärzten ausgewertet werden. Durch das Fallpauschalensystem wird die Prozessorientierung in den Krankenhäusern gestärkt.

Das bisher oftmals noch ausgeprägte Abteilungsdenken wird dadurch abgelöst. Dies nutzt wesentlich den Patientinnen und Patienten. Die Einführung des neuen Vergütungssystems erfolgt zum 1. Januar 2003 auf freiwilliger Basis, ab 1. Januar 2004 ist es für alle Krankenhäuser verpflichtend.

- Gleichzeitig ist mit diesem Gesetz eine **Änderung der Bundespflege-satzverordnung** verbunden, damit die Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus verbessert werden.

- **Gesetz zur Qualitätssicherung und Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege - Pflege-Qualitätssicherungsgesetz**

Das Gesetz schafft die Voraussetzungen, dass Mängel und Defizite in der pflegerischen Versorgung abgestellt werden. Dazu werden differenzierte Lösungsansätze verfolgt, die die Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und die Mitverantwortung der Leistungsträger einbeziehen. Jedes Pflegeheim, jeder Pflegedienst wird verpflichtet, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Qualität ist in regelmäßigen Abständen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Den Pflegeeinrichtungen und ihren Verbänden werden Instrumente an die Hand gegeben, mit denen sie ihre Verantwortung für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen wirksam wahrnehmen können. Dies setzt insbesondere voraus, dass in den Vereinbarungen mit den Kostenträgern der jeweils erforderliche personelle Aufwand gebührend berücksichtigt wird. Hierzu werden für jedes Pflegeheim Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie auf Landesebene Personalrichtwertvereinbarungen als generelle Orientierungsmaßstab eingeführt.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden vor allem durch verstärkte Beratungen und Informationen in die Lage versetzt, ihre Rechte wirksam wahrzunehmen. In Verbindung mit dem Heimgesetz (BMFSFJ) wird so sichergestellt, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auch in Entscheidungen besser als bisher einbezogen werden.

- **Podologengesetz**

Eine weitere Ausbildung innerhalb der Gesundheitsberufe wurde bundeseinheitlich geregelt. Mit den neuen Heilberuf der Podologin und des Podologen wird den Ärztinnen und Ärzten ein Gesundheitsberuf zur Seite gestellt, der wichtige Aufgaben in der Prävention, Therapie und Rehabilitation im Bereich der medizinischen Fußpflege übernimmt.

- **Zweites Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes**

Mit der Novelle wird der Verbraucherschutz erheblich gestärkt, ohne dass neue bürokratische Regelungen und Gremien geschaffen werden müssen. Im Gegenteil: Das Medizinprodukterecht wird in vielen Punk

ten entsprechend den Zielen des Programms der Bundesregierung "Moderner Staat - Moderne Verwaltung" entbürokratisiert.

Verbesserung in der Arzneimittelversorgung: Qualität zu vernünftigen Preisen

- **Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz**
Eine intelligente Steuerung durch die Selbstverwaltung löst ab dem 31.12.2001 die Arzneimittelbudgets und den Kollektivregress ab. Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen vereinbaren nun Ausgabenobergrenzen für ihre Region und Richtgrößen für die Arztgruppen. Damit bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso wie der einzelne Vertragsarzt und die gesetzlichen Krankenkassen in der Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelverordnungen. Die Patientinnen und Patienten müssen in den Praxen nicht mehr hören, dass ihnen wegen des Budgets Arzneimittel und Heilmittel nicht mehr verordnet werden können. Das Arzt/Patienten-Verhältnis ist nicht länger belastet.
- **Festbetrags-Anpassungsgesetz**
Das Ziel der Festbeträge ist es, Einsparpotentiale zu nutzen. Bisher betragen die Einsparungen durch Festbeträge ca. 3,2 Mrd. DM jährlich. Diese Einsparungen sind durch die entstandene Rechtsunsicherheit in Frage gestellt gewesen. Mit dem Festbetrags-Anpassungsgesetz wird wieder Rechtssicherheit geschaffen. Die Krankenkassen werden zusätzlich um rd. 750 Mio. DM im Jahr entlastet.
- **Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz**
Wird am 1. Februar den Bundesrat passieren und dann in Kraft treten. Mit einem Sparpaket werden die übermäßigen Ausgaben im Arzneimittelbereich zurückgefahren. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass da gespart wird wo es ohne Einbußen an Qualität möglich ist. Damit wird die Versorgung mit innovativem Arzneimittel gesichert und werden die Ausgaben für Arzneimittel verringert. Hinzu kommen strukturelle Veränderungen, die auf Dauer zu einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlicheren Verordnungsweise führen.

Das Arzneimittel-Sparpaket umfasst die folgenden fünf Maßnahmen: Solidarzahlung der Pharmahersteller in Höhe von 400 Mio. DM; die Erhöhung des Apothekenrabatts von 5 auf 6 % mit einem Einsparvolumen von 400 Mio. DM; aut-idem-Regelung (Verordnung von Wirkstoffen und Abgabe von therapeutisch vergleichbaren, kostengünstigen Arzneimitteln) mit einem Einspareffekt von 4 - 500 Mio. DM; keine Verschreibung von teureren Präparaten, die keinen wesentlichen therapeutischen Fortschritt bringen ("Me too") mit einem Einsparvolumen von 4 - 500 Mio. DM; Empfehlungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bewertung von Preis und therapeutischen Nutzen sowie Entlassungsberichte der Krankenhäuser, die ebenfalls auf die Wirkstoffe abstellen sollen.

Zusammen mit den neuen Festbeträgen erreichen wir Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben von rd. 2 ½ Mrd. DM.

Gesundheitsschutz und die Herausforderungen durch den Bioterrorismus

- In Deutschland ist auch für den äußerst unwahrscheinlichen Fall einer Bedrohung durch einen bioterroristischen Anschlag umfassend Vorsorge getroffen worden. Dazu gehört die Einrichtung einer Bundesinformationsstelle für biologische Kampfstoffe am Robert Koch-Institut mit einem Call-Center, das Fragen der Bürgerinnen und Bürger beantwortet.

Das Bundesministerium und das Robert Koch-Institut stellen das Fachwissen darüber hinaus auch den Ländern zur Verfügung und übernehmen koordinierende Aufgaben. Um diese zusätzlichen Aufgaben leisten zu können, werden dank der Zustimmung des Haushaltsausschusses 61 neue Stellen eingerichtet. Auch innerhalb der Europäischen Union und international wurde die Zusammenarbeit intensiviert und aktiviert. So war die weitere gemeinsame Kooperation Thema des deutsch-französischen Gipfels in Nantes am 23.11.01 und auch auf dem Treffen der Gesundheitsminister der OECD in Ottawa Anfang November.

Zahlen und Fakten im Überblick:

Leistungen der Pflegeversicherung ab 2002 in Euro

Die Umrechnung der Leistungsbeträge wurde centgenau durchgeführt, das Ergebnis wurde auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Danach ergeben sich vom 01. Januar 2002 an folgende Leistungsbeträge:

		Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige (in besonderen Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis € (DM*)	384 (750)	921 (1.800)	1.432 (2.800) (1.918 (3.750))
	Pflegegeld € (DM*) monatlich	205 (400)	410 (800)	665 (1.300)
Pflegevertretung - durch nahe Angehörige - durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis € (DM*) im Jahr	205 (400) 1)	410 (800) 1)	665 (1.300) 1)
		1.432 (2.800)	1.432 (2.800)	1.432 (2.800)
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis € (DM*) im Jahr	1.432 (2.800)	1.432 (2.800)	1.432 (2.800)
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis € (DM*) monatlich	384 (750)	921 (1.800)	1.432 (2.800)
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € (DM*) monatlich	1.023 (2.000)	1.279 (2.500)	1.432 (2.800)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € (500 DM*) monatlich		

1) Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 € (2.800 DM*) erstattet.

*) Bis 31.12.2001 gelten die Beträge in DM.

Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nach der Umrechnung in Euro

Durch das Achte Euro-Einführungsgesetz wird grundsätzlich erreicht, dass die Umstellung auf den Euro ab 1. Januar 2002 nicht zu Nachteilen für die Bürgerinnen und Bürger führt, aber auch für die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden insgesamt kostenneutral ist. Die vorgenommenen Glättungen auf der Basis einer Umrechnung im Verhältnis 2 DM zu 1 Euro sollen gegenüber einer centgenauen Umrechnung zum Kurs 1,95583 das Verwaltungshandeln vereinfachen. Aus den für die Bürgerinnen und Bürger insgesamt günstigen Umstellungen entstehen den Krankenkassen und der Pflegeversicherung - allerdings geringfügige - spezifische Mindereinnahmen, die sich aus den Rundungsdifferenzen z. B. bei den Zuzahlungen ergeben.

	2001 in DM	2002 in Euro
Leistung	Gesamtdeutschland	Gesamtdeutschland
Arzneimittel (je Medikament, gestaffelt nach Packungsgrösse)	DM 8,- DM 9,- DM 10,-	€ 4,- € 4,50 € 5,-
Verbandmittel	DM 8,- für jedes Mittel	€ 4,- für jedes Mittel
Fahrtkosten	DM 25,- pro Fahrt	€ 13,- pro Fahrt
Heilmittel	15 % der Kosten	unverändert
Hilfsmittel: Bandagen, Einlagen, Kompressionstherapie	20 % der übernahmefähigen Kosten	unverändert
Krankenhausbehandlung	DM 17,- pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	€ 9,- pro Kalendertag für höchstens 14 Tage
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	DM 17,- pro Kalendertag	€ 9,- pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	DM 17,- pro Kalendertag	€ 9,- pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation einschl. stationärer Rehabilitationsmaßnahmen mit Indikationen-katalog	DM 17,- pro Kalendertag für höchstens 14 Tage	€ 9,- pro Kalendertag für höchstens 14 Tage
Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter	DM 17,- pro Kalendertag	€ 9,- pro Kalendertag
Zahnersatz	50 % der Kosten ohne Bonus 40 % der Kosten mit Bonus 35 % der Kosten bei Nachweis langjähriger Pflege	

Quelle: Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 21. Dezember 2001 Nr. 141/2001