

## **Das ändert sich zum 1. Januar 2011**

### **Der Beitragssatz**

Der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde bei 15,5 Prozent gesetzlich festgeschrieben und ist nun wieder so hoch wie vor der Finanz- und Wirtschaftskrise. Arbeitnehmer und Rentner zahlen insgesamt 8,2 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens bzw. ihrer Rente, Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger 7,3 Prozent.

### **Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge**

Wenn Zusatzbeiträge erforderlich sind, werden sie von der Krankenkasse als einkommensunabhängiger Betrag in Euro und Cent erhoben. Über die Höhe entscheidet jede Krankenkasse selbst. Der Zusatzbeitrag ist für alle Mitglieder einer Krankenkasse gleich. Sie führen diesen Beitrag direkt an ihre Krankenkasse ab. So können sie künftig Preise und Leistungen zwischen den Krankenkassen besser vergleichen. Im Jahr 2011 wird die große Mehrheit der Krankenkassen noch keinen Zusatzbeitrag erheben müssen.

### **Sozialausgleich schützt vor Überforderung**

Die bisherige Deckelung der Zusatzbeiträge bei 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. 8 Euro entfällt. Stattdessen wird ein Sozialausgleich eingeführt, der sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientiert. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, so greift der automatisch vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchzuführende Sozialausgleich, der aus Steuermitteln finanziert wird: Der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag des Mitglieds wird um den Betrag der Überforderung – also den Differenzbetrag aus durchschnittlichem Zusatzbeitrag und zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen – reduziert. Das ausgezahlte Einkommen ist entsprechend höher. Der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt berechnet jährlich, wie hoch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Folgejahr sein wird. Für das Jahr 2011 liegt er bei Null Euro, deshalb wird die neue Regelung erst ab 2012 Wirkung zeigen.

### **Neue Beitragsbemessungsgrenze**

Die Beitragsbemessungsgrenze wurde im Vergleich zu 2010 um ein Prozent abgesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 3.712,50 Euro im Monat bzw. 44.550 Euro im Jahr. Die

Beitragsbemessungsgrenze ist die Einkommensgrenze eines Mitglieds in der gesetzlichen Krankenversicherung, oberhalb derer das Einkommen beitragsfrei bleibt.

### **Neue Versicherungspflichtgrenzen**

Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde gegenüber 2010 um 0,9 Prozent gesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 4.125 Euro im Monat bzw. 49.500 Euro im Jahr. Die Versicherungspflichtgrenze bestimmt die Einkommensgrenze, ab der ein Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert ist. Die besondere Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer, die am 21.12.2002 privat krankenversichert waren (Besitzstandsregelung), wurde ebenfalls abgesenkt und beträgt im Jahr 2011 3.712,50 Euro monatlich bzw. 44.500 Euro im Jahr.

### **Wechsel in die PKV für Arbeitnehmer erleichtert**

Die Voraussetzungen für einen Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung (PKV) wurden verändert. Jetzt kann jeder gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, dessen Monatseinkommen (anteilig erzielte Jahresarbeitsentgelte werden hochgerechnet) im Kalenderjahr die allgemeine Versicherungspflichtgrenze von 49.500 Euro überschreitet, als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben oder in die PKV wechseln. Da diese Regelung bereits zum 31.12.2010 in Kraft tritt, kann ein Wechsel zur PKV auch schon ab dem 01.01.2011 erfolgen, wenn das anteilige Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2010 überschritten hat und auch im Jahr 2011 überschreiten wird. Berufsanfänger und Personen, die erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen, können einmalig zwischen GKV und PKV wählen, sofern ihr Arbeitsentgelt oberhalb dieser Grenze liegt. Darüber hinaus können bisher privat Versicherte in der PKV bleiben, die nach der Eltern- oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen und ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflicht beziehen. Dabei muss die Arbeitszeit mindestens um die Hälfte reduziert sein. Ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist innerhalb von drei Monaten bei der Krankenkasse zu stellen, an die die Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden.

### **Kürzere Bindungsfrist für Kostenerstattung**

Die Bindungsfrist für die Kostenerstattung wurde auf ein Kalendervierteljahr gesenkt. Versicherte können sich jetzt leichter dafür entscheiden, die Arztrechnung zu prüfen, die Kosten selbst zu begleichen und die Rechnungen später bei ihrer Kasse zur Erstattung einzureichen.

Die Abschläge, die die Kasse dabei vornehmen darf, wurden auf maximal fünf Prozent gesenkt, sie dürfen sich lediglich auf die Verwaltungskosten beziehen.

### **Bedingungen für Wahltarife gelockert**

Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wurde auf ein Jahr reduziert. Auch bei Wahlтарifen gibt es ein Sonderkündigungsrecht – immer dann, wenn die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, ihn anhebt oder ihre bisherige Prämienzahlung verringert. Für die Dauer der Mindestbindungsfrist gilt das Sonderkündigungsrecht nicht beim Wahlтарif Krankengeld.

### **Neue Kostenerstattungsmöglichkeit bei Arzneimitteln**

Medikamente, die im Rahmen von Rabattverträgen abgegeben werden, unterscheiden sich in der Qualität nicht von anderen Arzneimitteln. Dennoch kann es Gründe für Patienten geben, sich bewusst für ein anderes Präparat zu entscheiden. Ab dem 01.01.2011 können die Versicherten frei wählen und sich auch für ein anderes als das rabattierte Medikament ihrer Kasse entscheiden. Wer diesen Weg gehen möchte, bezahlt zunächst sein Wunschmedikament aus eigener Tasche. Dann kann er sich von seiner Krankenkasse einen Teil der Kosten erstatten lassen: nämlich den Betrag, den sie für ein entsprechendes Mittel aus einem Rabattvertrag gezahlt hätte.

### **Unabhängige Patientenberatung**

Ab sofort gehört eine unabhängige Patientenberatung in Deutschland zur Regelversorgung. Kostenlos und anonym kann sich jeder Bürger telefonisch, im Internet oder persönlich in bisher 22 Beratungsstellen bundesweit informieren. Zu den beratenden Experten gehören Mediziner und Juristen. Die „UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss unabhängiger Beratungsstellen. Im Internet: [www.upd-online.de](http://www.upd-online.de)

### **Umsetzungsvorgabe für elektronische Gesundheitskarte**

Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, bis Ende des Jahres 2011 zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszustatten. Kommen die Kassen dieser Verpflichtung nicht nach, müssen sie zusätzlich zu der ohnehin geltenden Begrenzung der Verwaltungskosten weitere zwei Prozent einsparen. Sobald die eGK ausgehändigt ist, verliert die bisherige Versichertenkarte ihre Gültigkeit.

### **Zuschlag für Ärzte in unterversorgten Gebieten**

Um die ärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern, hier geht es meist um ländliche Regionen, werden finanzielle Anreize gesetzt: Ärzte, die sich in diesen Regionen niederlassen, können wieder so genannte Sicherstellungszuschläge erhalten – zusätzlich zum Honorar. Die bisherige Regelung zu Sonderpreisen im Fall von Unter- und Überversorgung wird für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt.

### **Entbürokratisierung der Arzneimittelverordnung**

Die bisher zur Steuerung der ärztlichen Arzneimittelverordnung geltende „Bonus-Malus-Regelung“ sowie die „Zweitmeinungsregelung“ werden abgeschafft. Darüber hinaus werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten vereinfacht.

### **Niedrigere Preise und Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen**

Bei Markteinführung eines Medikaments mit neuen Wirkstoffen muss der Hersteller jetzt ein Dossier vorlegen, das den zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten gegenüber vorhandenen Medikamenten belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen innerhalb von sechs Monaten nach der Markteinführung. Wird ein Zusatznutzen nicht nachgewiesen, kann für das neue Arzneimittel ein Höchstbetrag festgelegt werden, den die Krankenkassen maximal erstatten. Wird ein zusätzlicher Nutzen anerkannt, müssen die Hersteller mit den Kassen über den Preis verhandeln. Die Hersteller können also nicht mehr wie bisher ihre Preise für neue Arzneimittel frei festsetzen. So können deutliche Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben erzielt werden.

### **Veröffentlichungspflicht für Studien**

Hersteller, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, müssen künftig die Ergebnisse ihrer zuvor durchgeführten klinischen Studien (Phase III-Studien) innerhalb von sechs Monaten nach der Zulassung im Internet veröffentlichen. So wird die Arzneimittelforschung gefördert, die Bewertung neuer Arzneimittel erleichtert und die Transparenz gestärkt.

### **Kartellrecht kommt zur Anwendung**

Ab dem 01.01.2011 wird bei freiwilligen Verträgen von Krankenkassen und Leistungserbringern auch das Kartellrecht angewendet (z. B. bei Rabattverträgen).