

# Das bringt Ihnen die Gesundheits- reform.

**DAK-Versicherungsexperten** informieren und beraten Sie über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft.

**DAKdirekt 01801-325 325**

24 Stunden an 365 Tagen – zum Ortstarif.

**DAK-Medizinexperten** antworten auf alle Fragen zu medizinischen Themen.

Mit Kinder- und Sportmedizin-Hotline.

**DAKGesundheitdirekt 01801-325 326**

24 Stunden an 365 Tagen – zum Ortstarif.

**DAK-Medizinexperten** helfen Ihnen weltweit bei Erkrankungen im Urlaub.

**DAKAuslanddirekt 0049-621-549 00 22**

24 Stunden an 365 Tagen.

**[www.dak.de](http://www.dak.de)**

**Wissen was läuft:  
Die wichtigsten Änderungen  
auf einen Blick.**

**DAK**

Unternehmen Leben

# Inhalt.

<b>Vorwort</b> .....	03
<b>1. Am besten rechtzeitig vorsorgen</b> .....	05
1.1 Erweiterter Impfschutz	
1.2 Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten	
1.3 Mutter-/Vater-Kind-Kuren	
<b>2. Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten</b> ...	07
2.1 Behandlung schwerer und seltener Krankheiten	
2.2 Immer wichtiger: Pflege	
2.3 Bessere Arzneimittelversorgung	
2.4 Neue Gebührenordnung für niedergelassene Ärzte	
2.5 Vertragswettbewerb zur Verbesserung der Versorgungsqualität	
<b>3. Wenn es ernst wird</b> .....	10
3.1 Rehabilitation: weiter den Alltag gestalten	
3.2 Palliativmedizin: würdevolles Sterben	
3.3 Kinderhospize: Hilfe in schwerer Zeit	
<b>4. Befreiung von den Zuzahlungen</b> .....	11
<b>5. Individual-Tarife</b> .....	13
<b>6. Nicht unproblematisch: Kostenerstattung</b> ..	15
<b>7. Mehr Beitragsgerechtigkeit</b> .....	16
7.1 Steuermittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben	
7.2 Schönheitsoperationen, Piercing usw.	
7.3 Versicherungspflicht für alle	
7.4 Ruhen des Leistungsanspruchs bei Beitragsrückstand	
<b>8. Weiterhin abgelehnt: der Gesundheitsfonds</b>	18

# Viele Kompromisse, viele Chancen.

Am 1. April 2007 ist die umstrittene Gesundheitsreform 2007\* nach monatelanger kontroverser öffentlicher Diskussion in Kraft getreten. Es ist eine Reform voller Kompromisse, aber auch mit vielen Chancen.

Wichtig ist, dass es keine Leistungskürzungen oder Zuzahlungserhöhungen gibt. Im Gegenteil: Es werden Leistungen zielgenau ausgebaut.

Zum Beispiel bei der Versorgung von Menschen mit schweren oder seltenen Krankheiten, bei der Pflege, der Rehabilitation und auch bei der Sterbehilfe. Auch die so wichtige Vorsorge wird erweitert. Das trifft für den Impfschutz zu wie für die Möglichkeit, gesundheitsgerechtes Verhalten mehr als bisher zu belohnen.

Klar, dass die DAK die neuen Spielräume nutzt. Sie nutzt natürlich auch die neue Chance, ihren Kunden mit vielfältigen Individual-Tarifen einen auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Versicherungsschutz zu bieten.

Auf die Dauer ist mehr Gerechtigkeit durch die geplanten Steuerzuschüsse für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu erwarten. Allerdings handelt es sich hier nur um eine Absichtserklärung. Und mit der neuen „Versicherungspflicht für alle“ ist Schluss mit dem unhaltbaren Zustand, dass nicht alle Menschen in Deutschland im Krankheitsfall abgesichert sind. Nach wie vor abgelehnt wird, nicht nur von der DAK, die Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes durch den Gesetzgeber sowie die Einführung des Gesundheitsfonds.

Auf den folgenden Seiten geben wir Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Regelungen der Gesundheitsreform. Natürlich beantworten wir Ihre Fragen auch gerne persönlich – am Telefon oder bei Ihrem Besuch in einer unserer Geschäftsstellen.

Ihre



Unternehmen Leben

# 1. Am besten rechtzeitig vorsorgen.

## 1.1 Erweiterter Impfschutz

Impfungen gehören zu den wirkungsvollsten Möglichkeiten, schweren Erkrankungen vorzubeugen. Diese Möglichkeiten wurden erweitert. So kann und wird die DAK in Zukunft alle Impfungen bezahlen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden.

Formale Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Kostenübernahme zulässt. In diesem Ausschuss klärt die DAK zusammen mit anderen Kassen und der Ärzteschaft die Details (Voraussetzung, Art und Umfang der jeweiligen Impfung).

### **Impfung beugt Gebärmutterhalskrebs vor**

Die sensationelle Nachricht kam aus den USA. Dort wurde im Juni 2006 eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs zugelassen. Als die Zulassung im Herbst in Deutschland erfolgte, war die DAK eine der ersten Krankenkassen, die die Impfung für alle Mädchen und jungen Frauen vom 11. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bezahlte – in diesem Fall schon vor der Empfehlung durch die STIKO.

Keine Selbstverständlichkeit, denn jede Impfung kostet rund 500 Euro.

### **1.2 Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten**

Die Reform gibt den Kassen neue Möglichkeiten, durch Anreize gesundheitsgerechtes Verhalten mehr als bisher zu belohnen. Die DAK nutzt diese Möglichkeit und bietet ihren Kunden seit dem 1. April 2007 Individual-Tarife an, bei denen die Teilnahme an besonderen medizinischen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, DAK-Gesundheitsprogramme für chronisch Kranke, Hausarztzentrierte Versorgung) mit Geld- und Sachprämien belohnt wird. Belohnt wird auch ein erfolgreicher jährlicher Gesundheits-Check beim Arzt oder Apotheker.

### **1.3 Mutter-/Vater-Kind-Kuren**

Alle Krankenkassen bezahlen künftig notwendige Vater- und Mutter-Kind-Maßnahmen in anerkannten Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder vergleichbaren Einrichtungen. Voraussetzung ist die vorherige Antragstellung und Zustimmung der Krankenkasse nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

## 2. Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten.

### **2.1 Behandlung schwerer und seltener Krankheiten**

Für die Behandlung schwerer oder seltener Krankheiten sind spezialisierte Krankenhäuser oft besser ausgerüstet als eine Arztpraxis. Deshalb werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung dieser Patienten geöffnet.

Bisher wurde dagegen streng zwischen ambulanter Behandlung bei den niedergelassenen Ärzten und stationärer Behandlung in den Krankenhäusern unterschieden. Die DAK wird nach ihren guten Erfahrungen mit der Integrierten Versorgung auch diese Möglichkeiten nutzen. Schon heute ist sie führend bei der Integrierten Versorgung.

### **2.2 Immer wichtiger: Pflege**

Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen können in Verträge zur Integrierten Versorgung einbezogen werden. Diese neuen Möglichkeiten wird die DAK auf jeden Fall nutzen.

Auch diese Änderung ist sinnvoll: Die (zumeist älteren) Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten die gleichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege wie Patienten in Privathaushalten.

Des Weiteren können diese Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus gleich Medikamente für die nächsten drei Tage mitnehmen.

### **2.3 Bessere Arzneimittelversorgung**

Für spezielle neue Arzneimittel muss künftig eine Zweitmeinung eingeholt werden. Das können zum Beispiel sehr stark wirksame und zielgenau wirkende, biotechnologisch hergestellte Medikamente sein, wie sie bei Rheumapatienten oder Krebspatienten eingesetzt werden. Mit dem Zweitmeinungsverfahren sollen die Qualität und die Sicherheit der Anwendung dieser Arzneimittel verbessert werden.

Neue Arzneimittel können in Zukunft daraufhin untersucht werden, welchen Nutzen sie den Patienten bringen und welche Kosten dabei entstehen. Dazu werden sie mit vorhandenen Arzneimitteln verglichen.

Bei dem Vergleich werden der Nutzen und die Kosten des neuen Arzneimittels dem Nutzen und den Kosten der bisherigen Therapie gegenübergestellt. So wird es möglich, genau die neuen Arzneimittel zu erkennen, die den Patienten mehr nutzen, ihre Leiden besser lindern und ihre Lebensqualität deutlich verbessern. Und dafür dürfen auch höhere Preise verlangt werden. Durch diese Regelung bekommt die Pharmaindustrie mehr Anreize, Arzneimittel zu entwickeln, die den Patienten besser helfen.

### **2.4 Neue Gebührenordnung für niedergelassene Ärzte**

Ab 2009 sollen ärztliche Leistungen nach einer Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen vergütet werden. Damit entfällt die Koppelung der Ärztevergütung an die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung. Durch die Aufhebung dieser Begrenzung werden erhebliche Ausgabensteigerungen befürchtet.

### **2.5 Vertragswettbewerb zur Verbesserung der Versorgungsqualität**

Die Krankenkassen dürfen in einem erweiterten Umfang mit einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten besondere Vereinbarungen schließen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen.

**Die DAK wird diese Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität nutzen.**

## 3. Wenn es ernst wird.

### **3.1 Rehabilitation: weiter den Alltag gestalten**

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit weiter nach ihren eigenen Vorstellungen ihren Alltag im häuslichen Umfeld gestalten können und nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. Deshalb gibt es für sie einen Rechtsanspruch insbesondere auf geriatrische Rehabilitation. Das bringt vor allem auch für Menschen mit Behinderungen große Verbesserungen. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.

### **3.2 Palliativmedizin: würdevolles Sterben**

Der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung entspricht dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen, so lange wie irgend möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. So genannte Palliative-Care-Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden in Fällen, in denen die ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen. Die Verordnung ist durch einen Vertragsarzt oder einen Krankenhausarzt möglich.

### **3.3 Kinderhospize: Hilfe in schwerer Zeit**

Kinderhospize bieten wichtige Hilfe in schwerer Zeit. Sie sollen deshalb mehr Sicherheit bekommen. Deshalb brauchen sie nur noch maximal fünf Prozent ihrer Ausgaben selbst aufzubringen (z. B. durch Spenden). Das Gros der Finanzierung übernehmen Kranken- und Pflegekassen oder weitere Träger.

## 4. Befreiung von den Zuzahlungen.

Für bestimmte Leistungen (z. B. Arzneimittel, ärztliche Behandlung) hat der Gesetzgeber Zuzahlungen vorgeesehen. Damit niemand durch sie unzumutbar belastet wird, gibt es die Obergrenze von 2 % des Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke kann sie auf 1 % sinken. Diese Vergünstigung sollen ab Januar 2008 nur noch diejenigen erhalten, die sich – so der Gesetzestext – „therapiegerecht“ verhalten. Als therapiegerechtes Verhalten gilt beispielsweise, dass sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen oder den Therapieempfehlungen ihres Arztes folgen. Ausnahmen werden derzeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet.

Außerdem ist für jüngere Versicherte die regelmäßige Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ab 2008 Voraussetzung für einen Anspruch auf Zuzahlungsminderung. Hier sind folgende Altersgrenzen vorgesehen:

#### ■ Teilnahme am Check-up

Ab 35 Jahre sollten sie alle zwei Jahre zum Gesundheits-Check-up gehen. Dabei geht es um die Früherkennung häufiger Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen. Dies gilt für alle nach dem 1. April 1972 geborenen Versicherten.

■ Regelmäßig zur Krebs-Früherkennung

Frauen sollten ab 20 Jahren und Männer ab 45 Jahren regelmäßig zur Früherkennung gehen. Deshalb gilt die Neuregelung für alle Frauen, die nach dem 1. April 1987, und für alle Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden.

**Ausnahmen:** Für ältere Versicherte gilt diese Regelung nicht. Wenn sie chronisch krank werden, können sie die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch nehmen. Dasselbe gilt für Versicherte, die schon jetzt an einer chronischen Erkrankung leiden. Therapiegerecht müssen sich natürlich alle verhalten.

**Bonusheft wie bei Zahnvorsorge**

Für den Nachweis aller in Anspruch genommenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen soll es ab 2008 ein einheitliches Bonusheft geben.

## 5. Individual-Tarife.

Mit der Gesundheitsreform wurde der Spielraum der Krankenkassen für Wahltarife erweitert: Jetzt können die Kassen ihren Versicherten zum Beispiel Prämien- und Selbstbehalttarife anbieten. Die Prämienzahlungen dürfen eine Grenze von 600 Euro im Jahr für einen Tarif nicht überschreiten.

Die DAK hat die neuen Möglichkeiten sofort genutzt. Ob gesund oder krank: DAK-Kunden können seit dem 1. April 2007 wählen, welcher Tarif am besten zu ihrer individuellen Situation passt. Ob Beitragsersparnisse bis 10 % durch Prämien, Gesundheitsprogramme, Zusatzschutz oder Bonusangebote: An alles ist gedacht.

Zusammen mit elf Prämien-Tarifen und elf DAK-Zusatzschutz-Tarifen sowie drei Tarifen **DAKproGesundheit** haben die DAK-Kunden damit die Wahl unter insgesamt 30 Angeboten.

Darunter Neuheiten wie

- **DAKproBalance**
- **DAKproPartner**
- **DAKproAktiv**
- **DAKproGarantie**

So sieht zum Beispiel **DAKproAktiv** als Prämie einen Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung oder einen höheren Zuschuss für Präventionsmaßnahmen vor.

Die DAK will mit ihren neuen Angeboten gesundheitsgerechtes Verhalten fördern. Sie will den Kranken Anreize geben, die hochwertigen medizinischen Angebote der DAK zu nutzen. Und sie bietet auch Gesunden attraktive neue Angebote. Es soll sich eben für alle lohnen, DAK-Kunde zu sein.

Bei einem so vielfältigen Angebot ist persönliche Beratung zu empfehlen. Bei der DAK ist das kein Problem: Die DAK-Experten sind bestens vorbereitet. So können sie mit Hilfe eines speziellen DAK-Tarifrechners schnell und kompetent das passende Angebot für jeden einzelnen Kunden ermitteln.

## 6. Nicht unproblematisch: Kostenerstattung.

Seit dem 1. April 2007 können alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung das Kostenerstattungsverfahren wählen. So können sich DAK-Versicherte statt über die DAK-Versichertenkarte als Privatpatient gegen Rechnung behandeln lassen. Sie bezahlen dann die Arztrechnung selbst und reichen diese dann bei der DAK zur Erstattung der normalerweise anfallenden Kosten (= Vertragsleistungen) ein.

Dasselbe gilt für zahnärztliche Behandlung, die Behandlung im Krankenhaus und auch für veranlasste Leistungen. Auch das sollten Sie wissen: Wer Kostenerstattung wählt, ist an diese Entscheidung für den jeweiligen Bereich ein Jahr lang gebunden.

Die DAK warnt davor, vorschnell Kostenerstattung zu wählen. Sonst können erhebliche finanzielle Mehrbelastungen entstehen. Privat abgerechnete Leistungen kosten nämlich häufig 50 bis 100 Prozent mehr als die Vertragsleistungen. Da die DAK Erstattungen nur in Höhe der Vertragskosten vornehmen darf, muss der Versicherte den Rest selbst aufbringen. Hierüber hat ihn der Leistungserbringer (z. B. Arzt oder Krankenhaus) zu informieren.

**Deshalb:** Lassen Sie sich auf jeden Fall von der DAK beraten. Jeder Vertragsarzt und jeder Vertragszahnarzt ist nach wie vor verpflichtet, alle medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen als Vertragsleistungen durchzuführen oder zu veranlassen. Die Vorlage Ihrer DAK-Versichertenkarte genügt! Die Kostenerstattung bringt häufig keinen echten Vorteil. Sie verschafft den Leistungsanbietern nur höhere Einnahmen.

# 7. Mehr Beitragsgerechtigkeit und soziale Sicherung „für alle“.

## 7.1 Steuermittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben

Die Krankenkassen geben Jahr für Jahr Milliardenbeträge für Leistungen aus, für die eigentlich der Staat und damit alle Mitglieder der Gesellschaft aufkommen müssten. Das sind zum Beispiel Leistungen für Schwangere und junge Mütter, Haushaltshilfen und das Kinderkrankengeld. Immerhin hat der Staat den Kassen – und damit den Beitragszahlern – bisher schon einen Teil dieser Ausgaben erstattet. So beteiligte er sich an ihnen im Jahre 2006 mit 4,2 Milliarden Euro.

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde dieser Betrag für die Jahre 2007 und 2008 allerdings auf 2,5 Milliarden Euro gekürzt. Erst im Jahre 2009 soll der Betrag dann auf 4 Milliarden Euro steigen. Für die Folgejahre ist dann eine Erhöhung um jeweils 1,5 Milliarden Euro bis zur Obergrenze von 14 Milliarden Euro vorgesehen. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine Absichtserklärung.

## 7.2 Leistungsbeschränkung bei Schönheitsoperationen, Piercing und Tätowierung

Der Gesetzgeber sieht eine Beteiligung an den Krankheitskosten für Maßnahmen vor, die aufgrund von medizinisch nicht notwendigen Eingriffen (Schönheitsoperationen, Tätowierung, Piercing) erforderlich werden. Auch Krankengeld kann in diesem Zusammenhang ganz oder teilweise versagt oder zurückgefordert werden.

## 7.3 Versicherungspflicht für alle

Im vergangenen Jahr waren rund 300.000 Menschen in Deutschland im Krankheitsfall nicht abgesichert. Die genaue Zahl kennt niemand. Damit soll jetzt Schluss sein: Mit der Gesundheitsreform wurde nämlich eine Versicherungspflicht „für alle“ eingeführt.

Die Absicherung erfolgt schrittweise durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). In der GKV gibt es die Pflicht zur Versicherung bereits seit dem 1. April 2007. Für die PKV gilt das neue Recht erst ein Jahr später als ursprünglich geplant, nämlich ab 1. Januar 2009. Allerdings muss die PKV ihre ehemaligen Versicherten, die jetzt ohne Schutz sind, bereits ab 1. Juli 2007 zu einem Standardtarif ohne deren obligatorische Risikozuschläge wieder aufnehmen.

## 7.4 Ruhen des Leistungsanspruchs bei Beitragsrückstand

Bisher wurde die Mitgliedschaft von freiwillig Versicherten, die mit der Beitragszahlung im Rückstand waren, beendet. Künftig ruhen bei Beitragsrückstand die Leistungsansprüche der Versicherten. Vom Ruhen ausgenommen sind Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen Beiträge gezahlt sind oder der Versicherte hilfebedürftig wird.

## 8. Weiterhin abgelehnt: einheitlicher Beitragssatz und Gesundheitsfonds.

### **8.1 Einheitlicher Beitragssatz ab 2009**

Bisher haben die Verwaltungsräte der Krankenkassen den Beitragssatz für ihre Kasse festgesetzt. 2009 wird sich das ändern: Dann setzt die Bundesregierung jährlich einen einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen fest.

Dieser massive Eingriff in die Finanzautonomie der Kassen passt nach Ansicht der DAK nicht in das Bild der bewährten Selbstverwaltung. Der Verwaltungsrat und niemand anderes sollte im Rahmen seiner Haushaltsautonomie zuständig für die Festsetzung des Preises – nämlich des Beitragssatzes – sein. Nichts anderes passt in das Bild eines modernen, im Wettbewerb stehenden Unternehmens.

### **8.2 Der Fonds**

Die Beiträge fließen mit den vom Staat zur Verfügung gestellten Steuergeldern (siehe Seite 16) in den neuen Gesundheitsfonds. Aus dem Fonds erhalten die Kassen dann Pauschalen für jeden ihrer Versicherten. Kommt eine Kasse mit den Zuweisungen nicht aus, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangen, und zwar ohne Beteiligung der Arbeitgeber.