



Neuerungen im Gesundheitswesen

Das ändert sich 2021 für Krankenversicherte

Stand: Dezember 2020

Inhalt

Das ändert sich 2021 für Krankenversicherte	3
Beitragssätze und Bemessungsgrenzen	4
Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung	4
Studentische Krankenversicherung	4
Beitragsbemessungsgrenze	4
Einkommensgrenze für die Familienversicherung	5
Belastungsgrenze für Zuzahlungen	5
Höchstgrenze für das Krankengeld	5
Versicherungspflichtgrenze	5
Entlastungen für Betriebsrentner	6
Anpassungen beim Übergangsbereichsrechner (vormaliger Gleitzone-rechner)	6
Bessere Personalsituation in Krankenhäusern, Pflegeheimen und auf Entbindungsstationen ..	7
Neue Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern	7
Finanzierung von 20.000 zusätzlichen Hilfskräfte-Stellen in Pflegeheimen	7
Förderprogramm für Neueinstellung von Hebammen	8
Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA)	8
Wie funktioniert die ePA?	8
Was kann 2021 in der ePA gespeichert werden?	8
Wie sieht der Zeitplan für die Einführung der ePA aus?	9
Rezepte und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden digital	10
Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)	10
Elektronisches Rezept	10
Apotheken: Einheitliche Preise und neue Dienstleistungen	11
Einheitliche Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel	11
Verbesserte Versorgung durch pharmazeutische Dienstleistungen	11
Automatisierte Ausgabestationen für verschreibungspflichtige Medikamente	11
Vergütung von Botendiensten	11
Betriebliche Gesundheitsförderung: Engagement in Kliniken und Pflegeheimen wird ausgebaut	12
Screening auf Hepatitis B und Hepatitis C: Bestandteil des Gesundheits-Check-up	12
Vereinfachter Krankenkassenwechsel	12

Herausgeber: vdek-Pressestelle

Kontakt: Michaela Gottfried

Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 12 00

E-Mail: presse@vdek.com

Das ändert sich 2021 für Krankenversicherte

Auch 2021 gibt es wieder zahlreiche Neuerungen im Gesundheitswesen. So werden für vier weitere Fachabteilungen in Krankenhäusern Personaluntergrenzen eingeführt und 20.000 zusätzliche Hilfskräfte-Stellen für Pflegeheime geschaffen. Verbesserungen gibt es auch bei der Vorsorge. Versicherte ab 35 Jahren haben künftig den Anspruch, sich im Rahmen des Gesundheits-Check-up auf Hepatitis B und C untersuchen zu lassen. Außerdem verstärken die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsvorsorge in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Hierfür stellen sie 77 Millionen Euro zur Verfügung. Finanzielle Entlastung gibt es für Betriebsrentner. Ab 2021 erhöht sich der Freibetrag, ab dem Krankenkassenbeiträge fällig werden. Wichtige Neuerungen gibt es auch bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens, die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte, dem elektronischen Rezept und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung maßgeblich vorangetrieben wird. Wie in jedem Jahr sind auch die Beitragssätze und Bemessungsgrenzen neu festgelegt worden. Die Details und weitere Neuerungen zeigt die folgende Übersicht. Änderungen, die die Corona-Pandemie betreffen, sind hier nicht aufgeführt, da sie temporär und in ständigem Wandel sind.

Beitragssätze und Bemessungsgrenzen

Die für die Sozialversicherung maßgebenden Rechengrößen – insbesondere die Beitragsbemessungsgrenzen – werden jährlich entsprechend der Entwicklung der Löhne und Gehälter angepasst. Dadurch ändern sich die Einkommensgrenzen, von denen oder bis zu denen Beiträge zu zahlen sind. Diese Werte werden per Verordnung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erlassen und nach Zustimmung durch den Bundesrat im Bundesgesetzblatt verkündet. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) richten sich die Beiträge grundsätzlich nach dem allgemeinen Beitragssatz und dem Zusatzbeitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz der GKV beträgt 2021 wie in den Jahren zuvor 14,6 Prozent. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag steigt von 1,1 Prozent (2020) auf 1,3 Prozent (2021). Der von den Versicherten tatsächlich zu entrichtende Zusatzbeitragssatz wird kassenindividuell erhoben. Wie hoch der Zusatzbeitragssatz für den einzelnen Versicherten ist, bestimmt also die Krankenkasse, welcher der Versicherte angehört.

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) liegt 2021 unverändert bei 3,05 Prozent. Arbeitgeber und Beschäftigte tragen die Beiträge je zur Hälfte (jeweils 1,525 Prozent). Für kinderlose Mitglieder, die 23 Jahre oder älter sind, kommt in allen Bundesländern ein Kinderlosenzuschlag von 0,25 Prozentpunkten hinzu. Der Arbeitgeber beteiligt sich an diesem Zuschlag nicht.

In Sachsen zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitrag zur SPV jeweils zur Hälfte – bis auf ein Prozent, das von den Beschäftigten allein getragen wird. Damit beträgt die Beitragsparität in Sachsen 1,025 Prozent (Arbeitgeberanteil) bzw. 2,025 Prozent (Arbeitnehmeranteil). Hintergrund: Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft. Diese Maßnahme ergriff die Politik, um einen Ausgleich für die zusätzlichen Belastungen der Arbeitgeber zu schaffen. Lediglich Sachsen behielt den Feiertag. Als Kompensation dafür zahlen die sächsischen Arbeitnehmer ein Prozent ihres Bruttogehaltes mehr als die Arbeitgeber in die Pflegeversicherung ein.

Studentische Krankenversicherung

Die Krankenkassenbeiträge für Studenten bleiben im Jahr 2021 unverändert. Sie belaufen sich weiterhin auf 76,85 Euro im Monat (zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages und des Pflegeversicherungsbeitrages).

Beitragsbemessungsgrenze

Die Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung werden bei Versicherten nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Der Anteil des Arbeitsentgeltes, der oberhalb dieser Grenze liegt, wird bei der Beitragsberechnung nicht berücksichtigt. Da die Löhne und Gehälter in Deutschland erneut gestiegen sind, ändert sich 2021 die Beitragsbemessungsgrenze der GKV und SPV. Sie steigt von 56.250 Euro (2020) auf

58.050 Euro (2021). Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze steigt damit von 4.687,50 Euro auf 4.837,50 Euro.

Einkommensgrenze für die Familienversicherung

Mitglieder der GKV können ihre Ehegatten, Lebenspartner und Kinder über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der Angehörigen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

Im Jahr 2021 wird die Einkommensgrenze für mitversicherte Angehörige von 455 Euro pro Monat (2020) auf 470 Euro pro Monat angehoben. Eine beitragsfreie Mitversicherung eines Familienangehörigen ist ausgeschlossen, wenn dessen Gesamteinkommen oberhalb dieser Grenze von 470 Euro pro Monat liegt. Für Kinder ist die Familienversicherung ferner ausgeschlossen, wenn (1.) das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (für 2021: 64.350 Euro pro Jahr bzw. 5.362,50 Euro pro Monat) und (2.) regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds und (3.) der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Belastungsgrenze für Zuzahlungen

Für bestimmte Leistungen der GKV müssen Versicherte Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungen werden durch eine sogenannte Belastungsgrenze gedeckelt. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten sowie seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für chronisch kranke Versicherte, die sich wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung befinden, liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent. Von den Bruttoeinnahmen werden bestimmte Beträge für die Angehörigen abgezogen, bevor die Belastungsgrenze berechnet wird. Diese „Freibeträge“ richten sich nach der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) festgesetzten Bezugsgröße. Für das Jahr 2021 steigt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen von 5.733 Euro (2020) auf 5.992 Euro, für jeden weiteren Angehörigen von 3.822 Euro (2020) auf 3.948 Euro, der Kinderfreibetrag steigt von 7.812 Euro (2020) auf 8.388 Euro.

Höchstgrenze für das Krankengeld

Wenn Versicherte durch eine Erkrankung längere Zeit arbeitsunfähig sind (in der Regel mehr als sechs Wochen) oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden, haben sie Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Das Krankengeld wird pro Kalendertag berechnet und richtet sich nach den individuellen Verhältnissen des Versicherten. Das jeweils gezahlte Höchstkrankengeld orientiert sich dabei an der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2021 steigt das Höchstkrankengeld von 109,38 Euro (2020) auf 112,88 Euro pro Kalendertag.

Versicherungspflichtgrenze

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmer Versicherungspflicht in der GKV. Die jährliche Versicherungspflichtgrenze steigt von

62.550 Euro im Jahr 2020 auf 64.350,00 Euro im Jahr 2021. Die monatliche Versicherungspflichtgrenze erhöht sich von 5.212,50 Euro (2020) auf 5.362,50 Euro (2021). Für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten und am 31. Dezember 2020 in der privaten Krankenversicherung (PKV) als Arbeitnehmer versichert waren, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze – vorausgesetzt, ihr damaliger Versicherungsvertrag umfasste Leistungen, die denen der GKV entsprochen haben. Im Jahr 2021 beträgt die Grenze für diesen Personenkreis 58.050 Euro. Oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich Arbeitnehmer auch weiterhin freiwillig in der GKV versichern. Die Beiträge werden auch dann nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Arbeitsentgelt berechnet.

Entlastungen für Betriebsrentner

Pflichtversicherte Rentner mit kleinen Betriebsrenten sind seit 1. Januar 2020 spürbar bei den Krankenkassen-Beiträgen aufgrund eines Freibetrags entlastet. Ab dem 1. Januar 2021 erhöht sich dieser Freibetrag von 159,25 Euro auf 164,50 Euro; erst ab dieser Höhe werden Beiträge fällig. Rentner mit Betriebsrenten, die nicht mehr als 164,50 Euro betragen, müssen keine Beiträge zahlen. Werden mehrere Betriebsrenten bezogen wird der Freibetrag insgesamt berücksichtigt und nicht für jede einzelne Betriebsrente.

Anpassungen beim Übergangsbereichsrechner (vormaliger Gleitzonenrechner)

Der Übergangsbereichsrechner, mit dem Midijobber ihre reduzierten Sozialabgaben und Nettobezüge berechnen können, wird ab dem 1. Januar 2021 angepasst. Die Anpassungen sind notwendig, weil sich zum Jahreswechsel der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV ändert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag steigt von derzeit 1,1 Prozent auf 1,3 Prozent. Dies hat Auswirkungen auf die Berechnung der Beiträge. Bereits seit längerem zahlen Beschäftigte im Midijob bis zu einer Verdienstobergrenze (aktuell regelmäßiges Arbeitsentgelt nicht mehr als 1.300 Euro) reduzierte Sozialversicherungsbeiträge. Für die einfache Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge stellt der vdek Arbeitnehmern und Arbeitgebern seinen an die neuen gesetzlichen Voraussetzungen angepassten Übergangsbereichsrechner zur Verfügung. Der Rechner kann auf der Webseite des vdek als Excel-Datei heruntergeladen und frei verwendet werden:

www.vdek.com/vertragspartner/arbeitgeber/gleitzonenrechner-uebergangsbereichsrechner.html

Bessere Personalsituation in Krankenhäusern, Pflegeheimen und auf Entbindungsstationen

Mit verschiedenen gesetzlichen Regelungen sollen 2021 die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen verbessert und die Qualität der Versorgung erhöht werden. So werden für weitere Bereiche Personaluntergrenzen in Krankenhäusern eingeführt und zusätzliche Stellen geschaffen für Hilfskräfte in Pflegeheimen und für Hebammen in Krankenhäusern.

Neue Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern

Ab 1. Februar 2021 werden weitere Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Die neuen Personaluntergrenzen gelten für die Bereiche Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin) und pädiatrische Intensivmedizin. Diese ergänzen die Bereiche, in denen bereits Pflegepersonaluntergrenzen bestehen (Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie). Die Untergrenzen sind als maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft festgelegt. So dürfen beispielsweise ab 1. Februar 2021 auf eine Pflegekraft in einer Pädiatrie in der Tagesschicht maximal sechs Patienten kommen. In der Nachtschicht sind es zehn Patienten pro Pflegekraft.

Die weiteren Personaluntergrenzen sind:

Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin

Maximal zwei Patienten pro Pflegekraft in der Tagesschicht.

Maximal drei Patienten pro Pflegekraft in der Nachtschicht.

Herzchirurgie

Maximal sieben Patienten pro Pflegekraft in der Tagesschicht.

Maximal 15 Patienten pro Pflegekraft in der Nachtschicht.

Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurologie und Geriatrie

Maximal zehn Patienten pro Pflegekraft in der Tagesschicht.

Maximal 20 Patienten pro Pflegekraft in der Nachtschicht.

Innere Medizin und Kardiologie

Maximal zehn Patienten pro Pflegekraft in der Tagesschicht.

Maximal 22 Patienten pro Pflegekraft in der Nachtschicht.

Finanzierung von 20.000 zusätzlichen Hilfskräfte-Stellen in Pflegeheimen

Im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) sollen bundesweit 20.000 zusätzliche Stellen für Hilfskräfte in der vollstationären Pflege geschaffen werden. Pflegeheimen, die zusätzliche Hilfskräfte beschäftigen, werden die Kosten von der Pflegeversicherung erstattet. Die Gesamtkosten für die zusätzlichen

Hilfskräfte werden für 2021 auf insgesamt ca. 680 Millionen Euro geschätzt. Pflegebedürftige werden mit diesen Kosten nicht belastet.

Förderprogramm für Neueinstellung von Hebammen

Krankenhäuser erhalten ab 2021 zusätzliches Geld für die Neueinstellung von Hebammen. Gefördert werden auch die Aufstockung von Teilzeitstellen und die Einstellung unterstützenden Personals zur Entlastung der Hebammen. Mit dem Programm soll vor allem die Betreuung der Schwangeren im Kreißaal verbessert werden. Es ist angestrebt, dass dort eine Hebamme für maximal zwei, bestenfalls eine Schwangere zuständig ist. Das Förderprogramm läuft von 2021 bis 2023.

Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Ab 2021 wird die ePA stufenweise eingeführt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten auf Antrag eine solche Akte anzubieten. Ihre Nutzung ist freiwillig. Die Datenhoheit liegt beim Versicherten, das heißt er bestimmt, welche Daten hochgeladen werden und für wen sie einsehbar sind. Die ePA ist ein wichtiger Bestandteil des Digitalisierungsprozesses im Gesundheitswesen und soll dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern, etwa durch leichtere Abläufe im Behandlungsalltag, eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer und mehr Transparenz für den Versicherten. Gesetzliche Grundlage für die stufenweise Einführung der ePA ist das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG).

Wie funktioniert die ePA?

Für die Nutzung der ePA stellt die Krankenkasse den Versicherten auf Antrag eine sicherheitsgeprüfte App zur Verfügung, die sie auf dem Smartphone oder Tablet installieren können. Bei Antragstellung wird der Versicherte umfassend über Funktionen und die Datenverarbeitung informiert.

Die ePA enthält zwei Speicherbereiche: von Versicherten selbst eingestellte Dokumente, wie beispielsweise ein Gesundheits- oder Schmerztagebuch und Dokumente von Leistungserbringern, etwa Arztbriefe oder Blutbilder. Die persönlichen Gesundheitsdaten kann der Versicherte selbst hochladen. Für das Hochladen der medizinischen Daten sind die behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten in der Praxis oder im Krankenhaus zuständig. Diese übertragen auf Wunsch des Versicherten die medizinischen Unterlagen in seine Akte. Generell gilt: Allein der Versicherte bestimmt, wer Zugriff auf welchen Bereich in seiner Akte erhält. Krankenkassen haben keinen Zugriff auf die Akteninhalte.

Was kann 2021 in der ePA gespeichert werden?

Das Hochladen eigener Gesundheitsdaten in die ePA ist unter Verwendung der App sofort möglich. Das Hochladen bestimmter medizinischer Daten durch die behandelnden Ärzte und

Psychotherapeuten soll ab 1. Juli 2021 flächendeckend möglich sein. Dazu gehören Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichte, Notfalldaten, elektronischer Medikationsplan und elektronische Arztbriefe. Ab 2022 kommen weitere Inhalte hinzu. Unter anderem können dann das Zahnbonusheft, das Untersuchungsheft für Kinder und der Impfpass in der ePA gespeichert werden. Zudem wird das Zugriffsmanagement für die ePA verfeinert. Der Versicherte kann dann die Zugriffsberechtigungen nicht nur für einzelne Bereiche auf seiner ePA festlegen, sondern gezielt für einzelne Dokumente verteilen.

Wie sieht der Zeitplan für die Einführung der ePA aus?

1. Einführungs- und Testphase ab 1. Januar 2021

Alle Versicherten können von ihrer Krankenkasse die ePA erhalten und dort eigene Gesundheitsdaten speichern.

200 ausgewählte Arztpraxen in Berlin und Westfalen-Lippe erproben die ePA hinsichtlich der technischen Komponenten für das Hochladen medizinischer Daten.

2. Rollout-Phase im zweiten Quartal 2021

Die ePA wird mit ca. 200.000 Leistungserbringern, also Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Psychotherapeuten, verbunden.

3. Flächendeckende Vernetzung im dritten und vierten Quartal 2021

Bis 1. Juli 2021 sollen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten flächendeckend an die ePA angebunden sein und auf Wunsch des Versicherten medizinische Daten in die ePA hochladen können. Die flächendeckende Anbindung der Krankenhäuser und Apotheken erstreckt sich auf das zweite Halbjahr 2021.

Rezepte und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung werden digital

Mit der Digitalisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) und des Rezepts für verschreibungspflichtige Arzneimittel werden die bisher verwendeten gedruckten Formulare ab 2021 zum Auslaufmodell. Die Verfahren sind datenschutzkonform und vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) eingeführt. Ab dem 1. Oktober 2021 sollen die Bescheinigungen von den behandelnden Ärzten nur noch digital an die Krankenkassen übermittelt werden. Der Patient erhält weiterhin eine Papierbescheinigung für sich und seinen Arbeitgeber.

Ab dem 1. Juli 2022 wird mit dem Bürokratieentlastungsgesetz zudem der Übermittlungsweg der eAU zwischen Versicherten und Arbeitgebern geregelt. Ab diesem Datum sind die Krankenkassen zur elektronischen Weiterleitung der AU-Daten an die Arbeitgeber verpflichtet. Damit entfallen für den Versicherten die Übersendung des Papierdurchschlags an die Krankenkasse und den Arbeitgeber. Er bekommt weiterhin einen Ausdruck für seine Unterlagen.

Elektronisches Rezept

Ab Mitte 2021 beginnt die Einführungsphase der elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (E-Rezept). Ab diesem Zeitpunkt können Ärzte ihren Patienten das Rezept digital bereitstellen. Mit Hilfe eines QR-Codes kann das Rezept dann digital per App oder per Ausdruck in der Apotheke eingelöst werden. Im Folgejahr wird die Nutzung des E-Rezepts für apothekenpflichtige Arzneimittel dann für alle gesetzlich Versicherten verpflichtend. Falls erwünscht, können die Versicherten auch weiterhin einen Papierausdruck des E-Rezepts erhalten.

Apotheken: Einheitliche Preise und neue Dienstleistungen

Ab 2021 bieten die Apotheken zusätzliche Dienstleistungen an. Zudem werden die Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel bei Vor-Ort-Apotheken und dem Versandhandel vereinheitlicht. Die neuen Regelungen basieren auf dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (VOSG), mit dem die Bundesregierung unter anderem den Wettbewerb zwischen Vor-Ort-Apotheken und Online-Apotheken fairer gestalten und die Arzneimittelversorgung in der Stadt und auf dem Land sichern will.

Einheitliche Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel

Ab dem 1. Januar 2021 gilt für gesetzlich Krankenversicherte der gleiche Preis für verschreibungspflichtige Arzneimittel – unabhängig davon, ob sie diese in der Vor-Ort-Apotheke oder über eine EU-Versandapotheke beziehen. Versandapotheken dürfen gesetzlich Versicherten keine Rabatte mehr auf rezeptpflichtige Arzneimittel gewähren.

Verbesserte Versorgung durch pharmazeutische Dienstleistungen

Versicherte haben künftig einen Anspruch auf sogenannte pharmazeutische Dienstleistungen der Apotheken. Was genau das für Dienstleistungen sein werden, müssen der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und der Deutsche Apothekerverband (DAV) bis zum 30. Juni 2021 vereinbaren. Pharmazeutische Dienstleistungen können laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine intensive pharmazeutische Betreuung bei einer Krebstherapie oder die Arzneimittelversorgung pflegebedürftiger Patienten im häuslichen Umfeld sein. Die Dienstleistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen mit 150 Millionen Euro finanziert.

Automatisierte Ausgabestationen für verschreibungspflichtige Medikamente

Neu sind auch die sogenannten automatisierten Ausgabestationen für verschreibungspflichtige Medikamente, die Apotheken ab 1. Januar 2021 in ihren Betriebsräumen aufstellen können. Versicherte können sich bestellte Medikamente an den Automaten abholen, ohne noch einmal Kontakt mit dem Apothekenpersonal haben zu müssen. Voraussetzung für diesen Service ist eine vorangegangene pharmazeutische Beratung. Die Arzneimittel müssen für jeden Versicherten getrennt verpackt, mit Namen und Anschrift versehen werden und vor unbefugtem Zugriff gesichert sein.

Vergütung von Botendiensten

Apotheken können ab dem 1. Januar 2021 für die Auslieferung verschreibungspflichtiger Arzneimittel an gesetzlich Versicherte per Botendienst 2,50 Euro pro Lieferort und Tag bei den Krankenkassen abrechnen. Das heißt, die Versicherten können mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu Hause beliefert werden, ohne diesen Service selbst zahlen zu müssen. Somit wird die mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung eingeführte Botendienstvergütung dauerhaft eingerichtet.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Engagement in Kliniken und Pflegeheimen wird ausgebaut

Die gesetzlichen Krankenkassen werden 2021 über 77 Millionen Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten zur Verfügung stellen. Mit den Geldern sollen gesundheitsförderliche Maßnahmen für die Beschäftigten und der Ausbau gesundheitsfördernder Arbeitsstrukturen finanziert werden. Um die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste beim Auf- und Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung auch in Pandemie-Zeiten zu unterstützen, erweitern die Krankenkassen 2021 ihr Beratungsspektrum um digitale Angebote. Die Ersatzkassen bauen dazu unter anderem ihr Programm MEHRWERT:PFLEGE aus und setzen auf eine gezielte Kombination von Präsenz- und Digitalangeboten – jeweils angepasst an die Gegebenheiten in den Organisationen.

Screening auf Hepatitis B und Hepatitis C: Bestandteil des Gesundheits-Check-up

Versicherte ab 35 Jahren haben künftig einmalig den Anspruch, sich auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C als Bestandteil des sogenannten Check-up (Gesundheitsuntersuchung) testen zu lassen. Mit diesen Untersuchungen sollen unentdeckte, weil zunächst symptomlos oder schleichend verlaufende Infektionen der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) oder Hepatitis-C-Virus (HCV) erkannt werden. Eine unbehandelte chronische Virushepatitis (Leberentzündung) kann gravierende Spätfolgen wie Leberzirrhose oder Leberkrebs nach sich ziehen. Im schlimmsten Fall wird die Leber so schwer geschädigt, dass eine Lebertransplantation nötig sein kann. Bevor das Hepatitis-Screening in Anspruch genommen werden kann, muss der Beschluss mit einer Frist bis zum 20. Januar 2021 noch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft werden. Anschließend wird die Vergütung für die Ärzte festgelegt. Das Untersuchungsangebot kann dann voraussichtlich ab Mitte 2021 von den Versicherten in Anspruch genommen werden.

Vereinfachter Krankenkassenwechsel

Versicherte können ab dem 1. Januar 2021 bereits nach 12 Monaten Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse wechseln. Zuvor betrug diese sogenannte Bindungsfrist 18 Monate. Das bisherige Sonderkündigungsrecht im Falle einer Anhebung des Zusatzbeitrages besteht weiterhin. Zudem haben die Versicherten ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht, wenn eine Veränderung im Versicherungsverhältnis eintritt, etwa bei einem Wechsel des Arbeitgebers oder einem Wechsel von einer Beschäftigung in die Selbstständigkeit. Dann bedarf es weder einer Kündigung noch der Einhaltung der Bindungsfrist.

Auch die Abwicklung bei einem Krankenkassenwechsel wird einfacher. Der Versicherte muss nicht mehr schriftlich kündigen, sondern leitet den Wechsel ein, indem er sich bei seiner neuen Kasse anmeldet. Alte und neue Kasse kommunizieren dann direkt miteinander und die neue Kasse übernimmt das Kündigungsverfahren für den Versicherten.

Zu den Neuerungen gehört auch ein digitalisiertes Verfahren. Ab 2021 gibt es keine papiergebunden Mitgliedsbescheinigungen mehr. Die Krankenkassen übermitteln zukünftig anlassbezogen dem Arbeitgeber eine Mitgliedsbestätigung auf elektronischem Weg.