Gesundheitswesen 2014

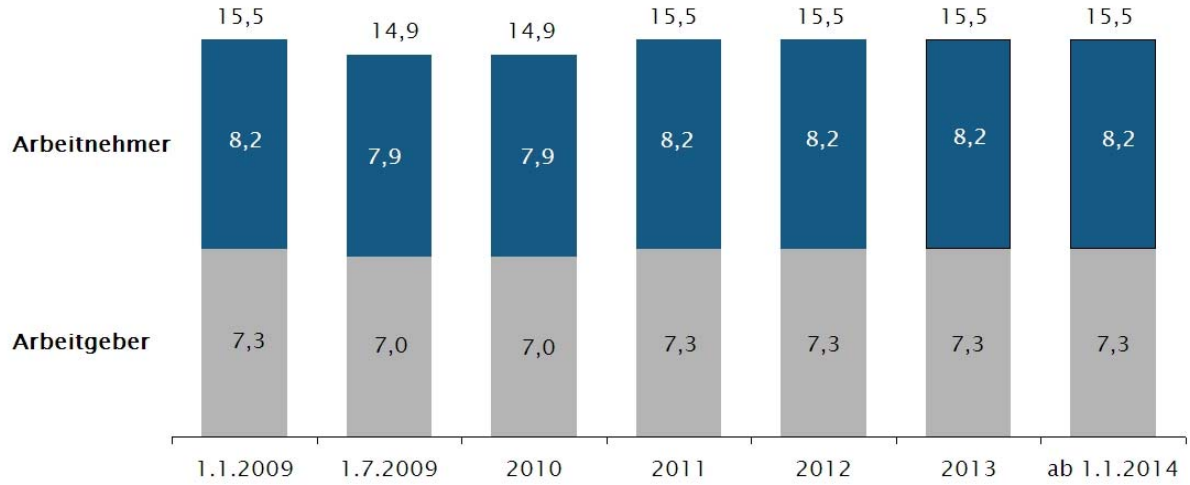
Was sich zum Jahreswechsel und im Jahresverlauf ändert

Jedes Jahr kommt es zu zahlreichen Änderungen im Gesundheitswesen, die bereits vor dem Jahreswechsel feststehen: Gesetze und Regelungen treten in Kraft, Bemessungsgrenzen werden angepasst und neue Projekte werden gestartet. Mit dieser Übersicht über 23 Änderungen will der vdek die Recherchearbeit von Journalisten erleichtern und die interessierte Öffentlichkeit informieren. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Beiträge 2014

Beitragssätze

Der allgemeine Beitragssatz für die Krankenversicherung wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz zum 1.1.2011 auf 15,5 Prozent festgesetzt (§ 241 SGB V). Der Beitragssatz für die Pflegeversicherung wurde zuletzt mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) zum 1.1.2013 erhöht und liegt derzeit bei 2,05 Prozent bzw. bei 2,3 Prozent für Kinderlose (§ 55 SGB XI).



GKV-Beitragssätze mit Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil in Prozent (vorbehaltlich möglicher Änderungen in 2014 gemäß Koalitionsvertrag). Aus: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

Sofern die Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt werden, wird der allgemeine paritätische Beitragssatz auf 14,6 Prozent festgesetzt. Der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Die bisher allein vom Versicherten zu tragenden zusätzlichen 0,9 Beitragssatzpunkte gehen in einem neuen prozentualen Zusatzbeitrag auf. Dieser Beitragsanteil wird von den Kassen dann eigenständig festgesetzt werden und kann je nach Kassenlage nach oben wie nach unten variieren. Die entsprechenden Koalitionsvereinbarungen könnten noch im Jahr 2014 durch ein neues Gesetz umgesetzt werden. Zur Pflegeversicherung sieht der Koalitionsvertrag vor, den paritätischen Beitragssatz bis spätestens zum 1.1.2015 um 0,3 Prozentpunkte anzuheben. Weitere 0,2 Prozentpunkte sollen voraussichtlich etwas später zur Finanzierung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhoben werden.

Weitere Informationen:

- Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz im Bundesgesetzblatt
- GKV-Finanzierungsgesetz im Bundesgesetzblatt
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Statement des vdek zur zukünftigen Finanzierung der GKV

Zusatzbeiträge

Als Folge des GKV-Finanzierungsgesetzes bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Finanzministerium seit 2011 jedes Jahr den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr (§ 242a SGB V). Für das Jahr 2014 geht das BMG aufgrund der positiven Einnahmeentwicklung von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 0,- Euro aus.

Sofern die neue Systematik zur Beitragserhebung aus dem Koalitionsvertrag durch ein neues Gesetz umgesetzt wird, kann die Bestimmung eines durchschnittlichen Zusatzbeitrages in Zukunft entfallen. Stattdessen würde der Beitragsanteil, der über die paritätisch finanzierten 14,6 Prozent hinausgeht, von den Kassen eigenständig festgesetzt und von den Versicherten allein zu tragen sein.

Weitere Informationen:

- Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Statement des vdek zur zukünftigen Finanzierung der GKV

Grenzwerte 2014

Beitragsbemessungsgrenze

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) legt jährlich per Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesrat zahlreiche Rechengrößen

für die Sozialversicherung fest. Zu diesen Rechengrößen gehört auch die Beitragsbemessungsgrenze. Sie gibt die maximale Höhe des Jahresarbeitsentgeltes an, das zur Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen wird. Für den Anteil des Jahresarbeitsentgeltes, der oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, müssen keine Beiträge in die Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt werden.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steigt von 47.250 Euro im Jahr 2013 auf 48.600 Euro im Jahr 2014. Sie beträgt monatlich 4.050 Euro im Jahr 2014 gegenüber 3.937,50 Euro bis 31.12.2013.

Weitere Informationen:

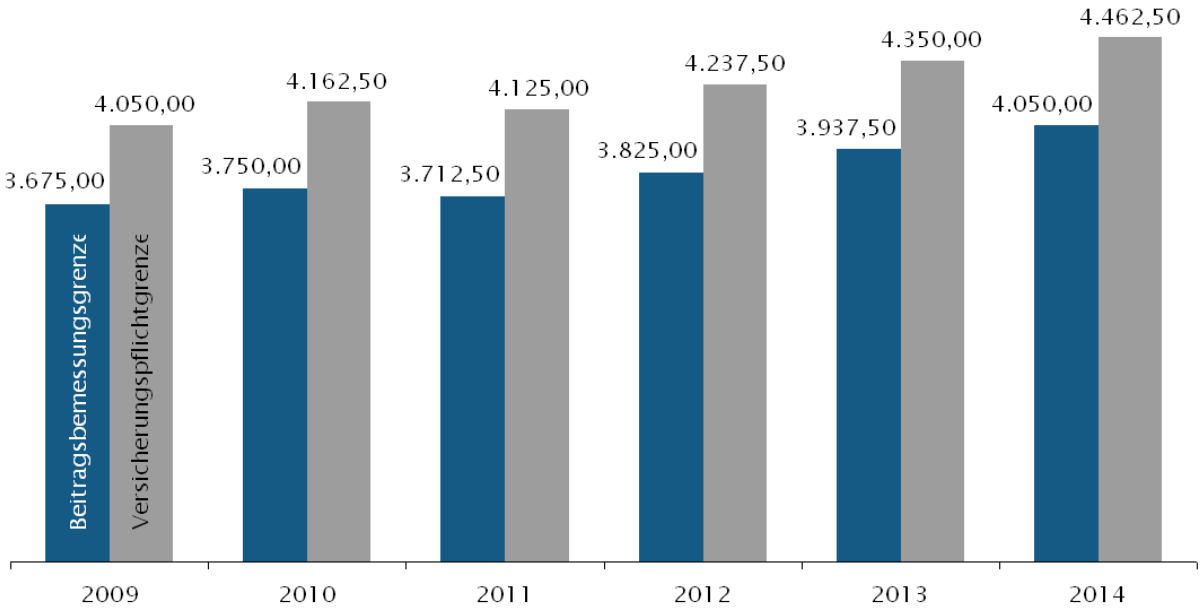
- Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)
- Übersicht über die Rechengrößen beim vdek

Versicherungspflichtgrenze

Im Jahr 2014 wird durch die Rechtsverordnung des BMAS auch die Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung angehoben. Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt oberhalb dieser Grenze liegt, sind von der Versicherungspflicht befreit. Sie können sich jedoch weiter freiwillig in der GKV versichern. Die Versicherungspflichtgrenze steigt von jährlich 52.200 Euro im Jahr 2013 auf 53.550 Euro im Jahr 2014. Für Arbeitnehmer, die bereits am 31.12.2002 aufgrund des Überschreitens der damaligen Grenze versicherungsfrei und in der PKV versichert waren, steigt die Versicherungspflichtgrenze von 47.250 Euro in 2013 auf 48.600 Euro im Jahr 2014.

Weitere Informationen:

- Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)
- Übersicht über die Rechengrößen beim vdek



Monatliche Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in EUR.
Aus: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

Einkommensgrenze für die Familienversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können Versicherte ihre Familienangehörigen über die sogenannte Familienversicherung beitragsfrei mitversichern, sofern bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Im Jahr 2014 wird die Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von 385 auf 395 Euro angehoben. Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung können weiterhin bis 450 Euro bezogen werden.

Liegt das Einkommen oberhalb dieser Grenzen, ist eine Familienversicherung ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen ist die Familienversicherung für Kinder, wenn das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von 53.550 Euro jährlich beziehungsweise 4.462,50 Euro monatlich liegt und dieser Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Weitere Informationen:

- Informationsseite des vdek zur Familienversicherung

Belastungsgrenze für Zuzahlungen

Versicherte müssen für bestimmte Leistungen wie Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege oder Arzneimittel Zuzahlungen leisten. Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, werden Versicherte ab einer bestimmten Belastungsgrenze von diesen Zuzahlungen befreit. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen eines Haushalts. Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent.

Bevor die Belastungsgrenze berechnet wird, werden von den Brutto-Einnahmen des Haushalts Freibeträge abgezogen. Die Freibeträge ergeben sich aus der sogenannten Bezugsgröße, die das BMAS zusammen mit anderen Berechnungsgrößen jährlich festsetzt. Durch die Anhebung der Bezugsgröße im Jahr 2014 steigt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen von 4.851 auf 4.977 Euro und für jeden weiteren Angehörigen von 3.234 auf 3.318 Euro. Der Kinderfreibetrag nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V bleibt unverändert bei 7.008 Euro.

Weitere Informationen:

- Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)
- Informationsseite des vdek zu Zuzahlungen

Teilweise Befreiung:		
2 % Regelung	Überschreiten die Zuzahlungen 2 % des zu berücksichtigenden Familienbruttoeinkommens abzüglich eventueller Kürzungsbeträge, ist der Versicherte von weiteren Zuzahlungen befreit.	
	Kürzungsbeträge (jährlich)	**EUR**
	für den ersten Angehörigen	4.977
	für jeden weiteren Angehörigen	3.318
	Kinderfreibetrag nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V	7.008
1 % Regelung	Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind und weitere Voraussetzungen erfüllen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung ergibt sich aus der "Chroniker-Richtlinie" des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004 in der Fassung vom 19. Juni 2008.	
Sonderregelung	Für Empfänger bestimmter Leistungen der Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge oder der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz IV) bemessen sich die Zuzahlungen für den gesamten Familienverbund maximal nach dem Regelsatz der Bedarfsstufe 1 = jährlich 4.692 EUR.	

Angehörigenfreibeträge 2014. Aus: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

Höchstgrenze für das Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. 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, sodass sich das Krankengeld bei Einkommen, die oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, nicht weiter erhöht. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2014 steigt das Höchstkrankengeld von 91,88 Euro auf 94,50 Euro pro Kalendertag.

Weitere Informationen:

- Informationsseite des vdek zum Krankengeld

Arzneimittelausgaben 2014

Arzneimittelausgaben

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel wird im Jahr 2014 um 6,6 Prozent beziehungsweise um fast zwei Milliarden Euro steigen. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Zuge der jährlich ausgehandelten Rahmenvorgaben geeinigt. Die Erhöhung ist unter anderem auf die mit dem Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz (ANSG) im August 2013 eingeführte Notdienstpauschale, auf die Absenkung des Herstellerabschlags 2014 und auf das Ende des Preismoratoriums mit Ablauf des Jahres 2013 zurückzuführen. Im Koalitionsvertrag wurde allerdings eine Beibehaltung des Preismoratoriums und eine geringere Absenkung des Herstellerabschlags vereinbart.

Weitere Informationen:

- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Statement des vdek zu den steigenden Arzneimittelausgaben 2014
- Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes zu den Rahmenvorgaben 2014

Herstellerrabatt

Der Herstellerrabatt auf Nicht-Festbetragsarzneien wird sich nach aktueller Gesetzeslage Ende 2013 von derzeit 16 Prozent auf sechs Prozent verringern. Im Koalitionsvertrag wurde allerdings eine Absenkung von 16 Prozent auf sieben Prozent im Jahr 2014 festgeschrieben. Das entsprechende Gesetz soll noch im Jahr 2013 auf den Weg gebracht werden. Der Herstellerrabatt, geregelt in Paragraph 130a SGB V, wurde vom Gesetzgeber im August 2010 als Reaktion auf die damals angespannte Finanzlage bei den Krankenkassen mit dem GKV-Änderungsgesetz von sechs auf 16 Prozent erhöht.

Weitere Informationen:

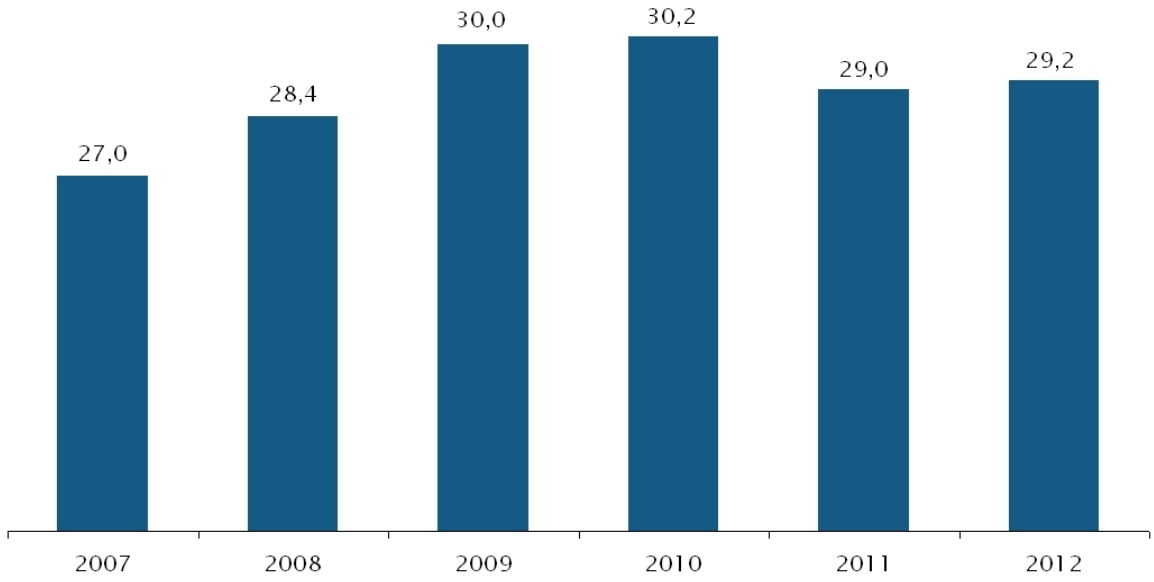
- GKV-Änderungsgesetz im Bundesgesetzblatt
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Statement des vdek zu den steigenden Arzneimittelausgaben 2014

Preismoratorium

Das gesetzliche Preismoratorium bei Arzneimitteln wird nach aktueller Gesetzeslage Ende 2013 auslaufen. Im Koalitionsvertrag wurde allerdings die Beibehaltung des Preismoratoriums vereinbart. Das Gesetz soll noch im Jahr 2013 auf den Weg gebracht werden. Das Preismoratorium wurde parallel zur Erhöhung des Herstellerabschlags im August 2010 mit dem GKV-Änderungsgesetz von der Bundesregierung verhängt.

Weitere Informationen:

- GKV-Änderungsgesetz im Bundesgesetzblatt
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD
- Statement des vdek zu den steigenden Arzneimittelausgaben 2014



Arzneimittelausgaben von 2007 bis 2012 in Milliarden Euro. Aus: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

Pflege 2014

Pflegetransparenzvereinbarung

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 wurden die sogenannten Pflegenoten für Pflegeeinrichtungen eingeführt. Sie werden im Zuge regelmäßiger Qualitätsprüfungen vergeben und zum Beispiel auf dem vdek-Pflegelotsen im Internet veröffentlicht. Die Grundlagen des Notensystems werden in den Pflegetransparenzvereinbarungen geregelt.

Am 1.1.2014 tritt eine geänderte Pflegetransparenzvereinbarung für die stationäre Pflege in Kraft. Damit wird das Notensystem im Bereich der stationären Pflege nachgebessert. Grundlage ist ein überarbeiteter Fragenkatalog für die Bewertung von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden künftig unabhängig von der Größe der Einrichtung jeweils drei Bewohner pro Pflegestufe in die Prüfung mit einbezogen, wodurch die Stichprobenauswahl auf statistisch sichere Beine gestellt und die Vergleichbarkeit der Einrichtungen verbessert wird. Damit gewinnen die Pflegenoten für Pflegebedürftige und deren Angehörige insgesamt an Aussagekraft. Im Zuge der Änderung der Transparenzvereinbarung stationär wurde auch eine Anpassung der Qualitätsprüfungsrichtlinie für 2014 vorgenommen.

Weitere Informationen:

- Pflegelotse des vdek

Versorgungsinformationen von Pflegeheimen

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) von 2012 wurde eingeführt, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ab Januar 2014 die Landesverbände der Pflegekassen darüber informieren müssen, wie die medizinische Versorgung ihrer Bewohner sowie deren Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt wird (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Die Informationen werden sowohl in den Pflegeeinrichtungen, als auch auf Pflege-Such-Portalen wie dem Pflegelotsen des vdek veröffentlicht.

Weitere Informationen:

- Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz im Bundesgesetzblatt
- Pflegelotse des vdek

Dynamisierung der Pflegeleistungen

Im Jahr 2014 wird die Bundesregierung erstmals die dynamische Anpassung der Leistungen in der Pflegeversicherung nach § 30 SGB XI prüfen. Diese Regelung wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 eingeführt. Die Prüfung wird alle drei Jahre wiederholt. Auf Grundlage des Prüfberichts kann die Bundesregierung die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anpassen. Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, einen Teil der geplanten Erhöhung der Pflegebeiträge ab 2015 für die Dynamisierung der Pflegeleistungen zu verwenden.

Weitere Informationen:

- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Bundesgesetzblatt
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD

Krankenhaus 2014

Endoprothesenregister

Am 1.1.2014 startet bundesweit das Endoprothesenregister (EPRD). Ziel des Registers ist, die Qualität der Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken zu verbessern und die Zahl unnötiger Wechseloperationen zu senken. Dazu verknüpft das EPRD Routinedaten mit neuen Informationen über den Einbau künstlicher Hüft- und Kniegelenke. Auf dieser Datengrundlage soll mit dem Register langfristig die Qualität der Produkte beurteilt und mehr über die Standzeit künstlicher Gelenke in Erfahrung gebracht werden. Die Teilnahme am EPRD ist für Krankenhäuser und Patienten freiwillig. Der Aufbau des Registers geht auf eine

Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) zurück und wird unter anderem vom vdek unterstützt.

Weitere Informationen:

- Webauftritt des Endoprothesenregisters (EPRD)

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist ein neuer, sektorenübergreifender Versorgungsbereich. Gesetzliche Grundlage ist § 116b SGB V, der im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes von 2011 neu gefasst wurde. An der Versorgung können erstmalig neben Krankenhäusern auch zugelassene Vertragsärzte teilnehmen, wenn sie die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu definierenden Qualitätskriterien und Anforderungen gegenüber den erweiterten Landesausschüssen anzeigen und diese nicht binnen zwei Monaten der Teilnahme widersprechen. Auf Basis der im März 2013 vom G-BA beschlossenen einheitlichen Rahmenbedingungen (sogenannter "Paragraphenteil" der ASV-Richtlinie) werden gegenwärtig sukzessive die diagnosespezifischen Anlagen der Richtlinie überarbeitet. Die ersten Konkretisierungen werden voraussichtlich in der ersten Hälfte des Jahres 2014 in Kraft treten.

Weitere Informationen:

- GKV-VStG im Bundesgesetzblatt
- Pressemitteilung des G-BA zur ersten Konkretisierung

Neue Entgeltkataloge

Für das Jahr 2014 wurden die Entgeltkataloge im Krankenhausbereich für die Psychiatrie und Somatik vereinbart. Die Fallpauschalenvereinbarung für 2014 enthält insgesamt 1.196 DRG-Fallpauschalen (statt 1.187 im Jahr 2013) und 159 Zusatzentgelte zur Abbildung stationärer Leistungen (statt 156 im Jahr 2013). Für den Bereich der Psychiatrie liegt nach der Ersatzvornahme durch das BMG im Jahr 2013 für das Jahr 2014 zum zweiten Mal ein Abrechnungskatalog (PEPP) vor. Dieser konnte erstmalig zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart werden.

Weitere Informationen:

- Informationsseite zum Thema Krankenhaus des vdek

Leistungsbezogene Investitionspauschalen

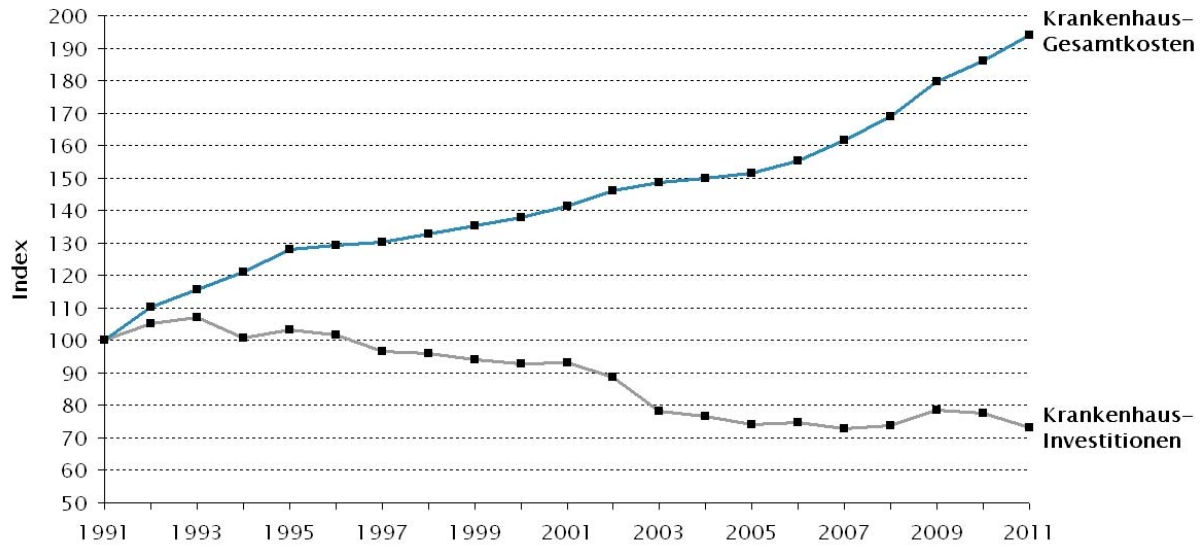
In Deutschland werden die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, von den Krankenkassen finanziert. Die Investitionskosten werden hingegen durch die Bundesländer finanziert. Diese Finanzierung erfolgt in der Regel auf Basis der Bettenanzahl oder auf Antrag eines

Krankenhauses. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 wurde dagegen die Möglichkeit einer leistungsbezogenenen Investitionsfinanzierung geschaffen (§ 10 KHG). Dabei werden die Investitionen an die sogenannten Diagnosis-Related-Groups (DRGs) gekoppelt, mit denen die Kosten für einzelne Behandlungen im Krankenhaus bestimmt werden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat auf Grundlage einer Stichprobe verschiedener Krankenhäuser für das Jahr 2014 erstmalig einen Katalog von leistungsbezogenen Investitionspauschalen erstellt. Die Bundesländer können nun wählen, ob Sie vom leistungsbezogenen System Gebrauch machen, oder ob sie an der ursprünglichen Investitionsfinanzierung festhalten.

Weitere Informationen:

- Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Bundesgesetzblatt
- Informationsseite zur Investitionsfinanzierung des vdek



Entwicklung der Krankenhausinvestitionen und -gesamtkosten 1991 bis 2011. Index (1991 = 100). Aus: vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2014

Sonstiges

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Am 1.1.2014 wird die bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) endgültig von der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgelöst. Die eGK ist dann der allein gültige Versicherungsnachweis, der bei einem Arztbesuch vorzulegen ist. Ebenso wie die bisherige KVK beinhaltet auch die eGK wichtige administrative Daten des Versicherten, wie zum Beispiel Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift sowie Angaben zur Krankenversicherung. Künftig wird die eGK deutlich mehr Funktionen übernehmen können als die bisherige KKV. So werden Versicherte freiwillig die

Speicherung ausgewählter medizinischer Daten auf der eGK in Anspruch nehmen können, mit deren Hilfe die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden soll. Fasst alle Versicherten sind bereits mit der neuen eGK ausgestattet. Versicherte erhalten die neue elektronische Gesundheitskarte nach Einsendung eines Lichtbildes von ihrer Krankenkasse.

- FAQs des vdek zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Medizinstudium

Das Medizinstudium in Deutschland gliedert sich in vier Teile: Den vorklinischen Teil, den klinischen Teil, die Famulatur und das praktische Jahr. Voraussetzung für eine Approbation als Ärztin oder Arzt ist der erfolgreiche Abschluss der „Ärztlichen Prüfungen", die wiederum aus zwei Abschnitten mit jeweils einer schriftlichen und einer mündlich-praktischen Prüfung bestehen. Die schriftliche Prüfung des ersten Abschnitts findet nach dem vorklinischen Teil statt und wird umgangssprachlich „Physikum" genannt. Die schriftliche Prüfung des zweiten Abschnitts findet bisher nach dem praktischen Jahr statt und wird aufgrund des großen Themenumfangs nach Ende des sechsjährigen Studiums umgangssprachlich als „Hammerexamen" bezeichnet.

Am 1.1.2014 tritt Artikel 4 der „Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte" in Kraft. Damit werden zwei zentrale Änderungen vorgenommen: Die schriftliche Prüfung des ersten Abschnitts findet künftig vor dem praktischen Jahr statt und nicht mehr danach. Damit sollen die Prüfungsphasen besser an die Lernphasen der Studierenden angepasst werden. Nach dem praktischen Jahr findet weiterhin die mündlich-praktische Prüfung statt, die künftig als dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bezeichnet wird.

Mit einer weiteren Verordnung wurde die Geltung der neuen Regelung auf Studierende ausgeweitet, die die Ausbildung spätestens in der zweiten Hälfte des Monats August 2013 aufgenommen haben.

Weitere Informationen:

- ApprOÄndV im Bundesgesetzblatt
- ÄApprOÄndV im Bundesgesetzblatt

Vertrauliche Geburten

Mit dem „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt" vom 28.8.2013 wird ab dem 1.5.2014 der Anspruch auf eine vertrauliche Geburt eingeführt. Damit können Schwangere, die sich in schwierigen Situationen befinden und ihre Identität nicht preisgeben wollen, ihr Kind in einem

Krankenhaus auch anonym zur Welt bringen. Der Bund wird die im Zusammenhang mit der Geburt sowie der Vor- und Nachsorge entstehenden Kosten übernehmen. Das Gesetz soll die medizinische Versorgung für Geburten auch in schwierigen Lagen sicherstellen. Unabhängig davon bleibt die Einrichtung von Babyklappen bestehen.

Weitere Informationen:

- SchwHiAusbauG im Bundesgesetzblatt

Festzuschüsse Zahnersatz

Im Jahr 2005 wurde ein neues Festzuschusssystem für den Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Über das System erhalten Patienten feste Zuschüsse für Kronen, Brücken und Prothesen. Die Höhe der Zuschüsse wird jährlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einem Katalog mit etwa 50 Einzelbefunden festgelegt. Im Jahr 2014 wird es zu einer verspäteten Anpassung dieser Festzuschüsse kommen, weil die hierfür erforderlichen Vertragsabschlüsse noch nicht erzielt werden konnten. Bis dahin werden die Zuschüsse aus dem Jahr 2013 für die Versicherten gelten.

Weitere Informationen:

- Festzuschuss-Richtlinie des G-BA
- Beschlüsse des Unterausschusses Zahnärzte des G-BA
- Zuschuss-Katalog 2013 auf der Seite der KZBV

Prüfung von Präventionskursen

Präventionskurse aus den Bereichen „Bewegung“, „Ernährung“, „Stressbewältigung/ Entspannung“ sowie „Suchtmittelkonsum“ werden ab Januar 2014 zentral, bundesweit, kostenfrei und kassenartenübergreifend auf Qualität geprüft. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse - KKH, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk), der BKK Dachverband e.V., die IKK classic, die IKK Brandenburg und Berlin, BIG direkt gesund, die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau haben hierzu eine gemeinsame Prüfstelle eingerichtet. Die Prüfung wird auf Antrag eines Kursanbieters durchgeführt und die zertifizierten Präventionskurse werden in einer zentralen Datenbank veröffentlicht. Doppelprüfungen sollen für die Anbieter von Präventionskursen dadurch künftig entfallen.

Weitere Informationen:

- Pressemitteilung des vdek

Jahresrechnungsergebnisse der Kassen

Ab dem 1.1.2014 sind Krankenkassen – mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse – dazu verpflichtet, die wesentlichen Ergebnisse ihrer Rechnungslegung zu veröffentlichen. Maßgeblich dafür ist der Paragraph 305b des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2011 neu gefasst wurde. Die Veröffentlichung erfolgt jeweils zum 30. November des Folgejahres. Die ersten Jahresrechnungsergebnisse für das Berichtsjahr 2013 müssen also bis zum 30.11.2014 publiziert werden. Die Veröffentlichung muss in einer für die Versicherten verständlichen Weise im elektronischen Bundesanzeiger, auf den Webseiten der Krankenkassen und gegebenenfalls in weiteren geeigneten Medien erfolgen.

Weitere Informationen:

- Wortlaut des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Bundesgesetzblatt
- Verwaltungsvorschrift im DIPBT