

Kornwestheim/Frankfurt, 4. Januar 2017

Das ändert sich zum Jahreswechsel

Wie jedes Jahr treten auch zum 1. Januar 2017 zahlreiche Änderungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Kraft.

(BKK LV Süd) – Routinemäßig werden in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu Beginn jedes Jahres Kennzahlen und Richtwerte entsprechend der Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Mit dem Jahreswechsel 2016/2017 kommen einige neue Leistungsgesetze hinzu.

Gesetzlich festgelegte Beitragssätze und kassenindividueller Zusatzbeitrag bei den Krankenkassen

Zur Deckung ihrer Ausgaben erheben die Krankenkassen zunächst Beiträge in der gesetzlich vorgeschriebenen Höhe. Reichen diese nicht aus, um alle Leistungen zu bezahlen, tritt ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz hinzu. Das wird 2017 bei allen Krankenkassen der Fall sein.

Allgemeiner und ermäßigter Beitragssatz

Der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung, der bei abhängig Beschäftigten zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen wird, liegt im Jahr 2017 weiter bei 14,6 Prozent. Er gilt zum Beispiel für Arbeitnehmer und Selbstständige, die Anspruch auf Krankengeld haben. Auch Rentner und Pensionäre zahlen auf ihre Renten und Pensionen – inklusive sogenannter Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten – den allgemeinen Beitragssatz.

Auch der gesetzlich festgelegte ermäßigte Beitragssatz, den Mitglieder zahlen, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (zum Beispiel freiwillig versicherte Selbstständige, die eine Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld gewählt haben, oder Mitglieder in der Passivphase der Alterszeit) bleibt mit 14,0 Prozent unverändert.

BKK Landesverband Süd
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Zuständig für die Bundesländer Baden-Württemberg und Hessen

Ansprechpartner:
Jens Bürger

Tel. 07154 1316-520
Fax 07154 1316-9520

j.buerger@bkk-sued.de

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, der das Delta zwischen den Einnahmen aus dem gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz und den tatsächlichen Ausgaben decken soll und der alleine vom Mitglied zu tragen ist, ändert sich ebenfalls nicht. Auf Grundlage der prognostizierten Einnahmen und Ausgaben hat der Schätzerkreis für die GKV berechnet, dass 2017 im Bundesdurchschnitt aller gesetzlichen Krankenkassen der Zusatzbeitragsbedarf weiterhin bei 1,1 Prozentpunkten und damit auf der gleichen Höhe wie im Vorjahr liegen wird.

Angeichts der Beitragsvielfalt innerhalb der GKV dient dieser durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zum einen als Orientierung. Dazu stellt der GKV-Spitzenverband unter www.gkv-zusatzbeitraege.de auch eine fortlaufend aktualisierte Übersicht zur Verfügung, in welcher die Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen aufgeführt werden.

Zum anderen findet der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes Anwendung für Personen, deren Beiträge nicht vom Mitglied selbst, sondern von Dritten getragen werden. Dies sind zum Beispiel

- Auszubildende (mit einem „Geringverdienst“ bis 325 Euro/Monat),
- Jugendliche während eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder während eines Bundesfreiwilligendienstes,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, und
- Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Für diese Personengruppen übernimmt der Arbeitgeber bzw. Dienstherr oder der zuständige Sozialleistungsträger die vollständige Zahlung der Beiträge.

Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass sie von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erhebt. Dieser einkommensabhängige und kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt, ist allein vom Arbeitnehmer zu tragen und kann in Abhängigkeit von der konkreten wirtschaftlichen Situation der jeweiligen Krankenkasse vom durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abweichen.

(Sonder)Kündigungsrecht

An seine Krankenkasse ist das Mitglied grundsätzlich 18 Monate gebunden. Nach Ablauf dieser Frist ist ein Wechsel in eine andere Kasse zum Ablauf des übernächsten auf die Kündigung folgenden Kalendermonats ohne Angabe von Gründen möglich.

Erhebt die Krankenkasse nun erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, besteht darüber hinaus ein Sonderkündigungsrecht. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann dann bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder vor der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes in einem gesonderten Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen.

Pflegebeitrag

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung betrug nach seiner letzten Erhöhung zum 1. Januar 2015 im Jahr 2016 2,35 Prozent. Im Jahr 2017 steigt er auf 2,55 Prozent. Insofern tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 1,275 Prozent der Beiträge. Kinderlose zahlen in der Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozent, der allein

von ihnen zu tragen ist. Somit beläuft sich der Beitragssatz für kinderlose Arbeitnehmer auf 1,525 Prozent.

Versicherungsfreiheit

Für Versicherte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt im Jahr 2016 die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 56.250 Euro überschritten hat und deren regelmäßiges Arbeitsentgelt im Jahr 2017 voraussichtlich die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze von 57.600 Euro überschreiten wird, entfällt die Pflicht zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse. Sie können entweder eine freiwillige Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründen oder zu einer privaten Krankenversicherung wechseln. Für Arbeitnehmer, die bereits vor dem 1. Januar 2003 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht gesetzlich versichert waren, gelten insoweit die besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenzen von 50.850 Euro (2016) und 52.200 Euro (2017) pro Jahr.

Entgeltgrenzen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung 2017

Die im Jahr 2017 gültigen Entgeltgrenzen ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Entgeltgrenzen 2017 für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in Euro				
		jährlich	monatlich	kalender-täglich
Beitragsbemessungs-grenze		52.200,00	4.350,00	145,00
Jahresarbeitsentgelt-grenze	allgemeine	57.600,00		
	besondere	52.200,00		
Bezugsgröße	West	35.700,00	2.975,00	
	Ost	31.920,00	2.660,00	
Geringfügigkeitsgrenze (Minijob)			450,00	15,00
Geringverdienergrenze			325,00	10,83

Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Home-Treatment für psychisch kranke Patienten

Das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene "Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (PsychVVG) sieht unter anderem vor, dass die Krankenhäuser eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld einführen können, die sogenannte stationsäquivalente Behandlung (auch Home-Treatment genannt). Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit werden dabei durch mobile multiprofessionelle Teams direkt zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld versorgt.

Verbessertes Entlassmanagement der Krankenhäuser

Am 1. Juli 2017 tritt der Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kraft, der das Nähere zum sogenannten Entlassmanagement regelt. Die Regelungen zielen auf eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen bei Entlassung von Patienten aus einer stationären Behandlung ab.

Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Im ersten Halbjahr 2017 wird zudem ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung in Kraft treten. Es wird voraussichtlich die folgenden Maßnahmen umfassen:

- Um die Qualität der Versorgung zu verbessern, müssen Krankenkassen bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln, zum Beispiel Gehhilfen oder Bandagen, neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte stärker beachten. Qualitätsaspekte sollen bei der Auftragsvergabe zu mindestens 40 Prozent einfließen. Dazu gehören auch Kriterien wie Erreichbarkeit der Leistungserbringer, Kundendienst oder Anwendungshilfen.

- Auch bei der Hilfsmittelversorgung, die auf dem Wege der öffentlichen Ausschreibung zustande gekommen ist, müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen aufzahlungsfreien Hilfsmitteln einräumen.
- Insoweit sollen Versicherte künftig auch umfangreicher über ihre Leistungsansprüche und die konkreten Versorgungsmöglichkeiten informiert werden. So müssen Leistungserbringer die Patienten in Kenntnis setzen, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet sind und somit von den Krankenkassen als Regelleistung bezahlt werden. Darüber hinaus werden die Leistungserbringer verpflichtet, im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten anzugeben.
- Auch die Krankenkassen sollen zur besseren Beratung der Versicherten beitragen. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die zuvor eine Genehmigung einzuholen ist, müssen die Krankenkassen künftig über ihre Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge informieren. Sie werden zudem verpflichtet, die von ihnen abgeschlossenen Verträge im Internet verfügbar zu machen.
- Schließlich sollen die so genannten Heilmittelerbringer, vor allem Physiotherapeuten, durch Erprobung der „Blanko-Verordnung“ stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden. Dafür soll es in allen Bundesländern Modellprojekte geben, bei denen der Arzt das Heilmittel verordnet, Art und Umfang der Therapie aber der Heilmittelerbringer eigenverantwortlich festlegt.

Änderungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Pflegestärkungsgesetz II

Das bereits 2016 in Kraft getretene Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) setzt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

um. Damit erhalten erstmals alle Pflegedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen (z.B. Demenz) betroffen sind. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt ab 1. Januar 2017. Das Jahr 2016 diente der Vorbereitung des neuen Begutachtungsverfahrens in der Praxis und der Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade mit neuen Leistungsbeträgen.

Die neuen Pflegegrade sollen eine bessere Erfassung des jeweiligen Pflegezustandes möglich machen. In Zukunft werden nicht nur körperliche, sondern auch geistige und psychische Einschränkungen erfasst. Insbesondere an Demenz erkrankte Menschen können von dem neuen Beurteilungsverfahren profitieren. In sechs verschiedenen Bereichen wird der Grad der Selbständigkeit begutachtet und gemessen. Diese Ergebnisse führen mit unterschiedlicher Gewichtung zu einer Einstufung in den entsprechenden Pflegegrad. Dabei werden folgende Bereiche beurteilt: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Wer schon Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wird kraft Gesetzes (automatisch) in das neue System übergeleitet. Es muss dafür kein neuer Antrag auf Begutachtung gestellt werden. Mit der Überleitung in den neuen Pflegegrad ist keine Leistungskürzung verbunden. Alle Leistungen, die bisher erbracht wurden, bleiben mindestens im gleichen Umfang bestehen, einige werden sogar verbessert.

Wird ab 1. Januar 2017 ein Antrag auf erneute Begutachtung gestellt, bleibt der Pflegebedürftige nach der Überleitung in einen Pflegegrad in diesem Pflegegrad. Eine Herabstufung ist nicht vorgesehen, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit entfällt ganz.

Die Leistungsbeträge staffeln sich zukünftig wie folgt:

Pflegegrad/Leistung	Leistungsbetrag in Euro
Pflegegrad 1	
Entlastungsbetrag ambulant	125,00
Leistungsbetrag stationär	125,00
Pflegegrad 2	
Geldleistung ambulant	316,00
Sachleistungen ambulant	689,00
Entlastungsbetrag ambulant	125,00
Leistungsbetrag stationär	770,00
Pflegegrad 3	
Geldleistung ambulant	545,00
Sachleistungen ambulant	1298,00
Entlastungsbetrag ambulant	125,00
Leistungsbetrag stationär	1262,00
Pflegegrad 4	
Geldleistung ambulant	728,00
Sachleistungen ambulant	1612,00
Entlastungsbetrag ambulant	125,00
Leistungsbetrag stationär	1775,00
Pflegegrad 5	
Geldleistung ambulant	901,00
Sachleistungen ambulant	1995,00
Entlastungsbetrag ambulant	125,00
Leistungsbetrag stationär	2005,00

Pflegestärkungsgesetz III

Zum 1. Januar 2017 ist zudem das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) in Kraft getreten. Mit ihm sollen der Abrechnungsbetrag in der Pflege bekämpft, Beratungsangebote gestärkt und Angebote zur Unterstützung und Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag ausgebaut werden.

Um Abrechnungsbetrag zu verhindern, erhält die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht: Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig von den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Kran-

kenversicherung (MDK) erfasst werden. Zudem sind in die Prüfungen des MDK nach dem Pflegeversicherungsrecht auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, wenn diese Leistungen für Personen erbracht werden, die keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Das Netz der Beratungsstellen wird weiter ausgebaut. Dafür erhalten Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Stellen Pflegekassen Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung aus, können diese zukünftig auch bei kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden. Zudem werden die Kommunen befugt, die verpflichtenden Beratungseinsätze in der Häuslichkeit durchzuführen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit in bis zu 60 Kommunen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung durchzuführen. Hier liegt die Verantwortung für die Pflegeberatung, die Beratungseinsätze in der Häuslichkeit und die Pflegekurse vollständig in der Hand der Kommunen. Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre begrenzt.

Schließlich sollen Angebote zur Unterstützung und Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag ausgebaut werden. Bereits heute fördert die Pflegeversicherung solche Angebote im Umfang von bis zu 25 Millionen Euro jährlich, wenn Länder bzw. Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen. Bislang werden diese Fördermittel allerdings nicht ausgeschöpft. Mit dem PSG III wird es deshalb für Länder und Kommunen leichter, die zur Verfügung stehenden Gelder zu nutzen und damit entsprechende Angebote zu fördern. Darüber hinaus wird der Fördertopf der Pflegeversicherung um zehn Millionen Euro jährlich erhöht, um damit künftig auch die Arbeit selbstorganisierter Netzwerke zur Unterstützung Pflegebedürftiger auf kommunaler Ebene zu stärken. Auch hier müssen Länder und Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen.