

## Das Gesundheitsstärkungsgesetz 2015

Fortsetzung:

Es ist hier nicht der Rahmen alle neuen Regelungen im Einzelnen vorzustellen, aber auf ein paar Dinge soll hingewiesen werden, weil sie vielleicht im Alltag von Wichtigkeit sind und zu einem kritischen Blick auf die neuen gesetzlichen Regelungen ermutigen.

Im Bereich des Krankengeldes gibt es eine bedeutende Klarstellung, die vor bösen Überraschungen wie in der Vergangenheit schützen soll: Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gilt mit dem neuen Gesetz bereits ab dem Tag der Ausstellung. Bisher war es erst der Folgetag, weshalb es immer wieder zu Lücken im durchgehenden Bezug von Krankengeld kam oder sogar zum Ausscheiden aus der Krankenversicherung.

Die durchgängige Versorgung der Menschen beim Übergang von einer stationären Behandlung im Krankenhaus in die häusliche Versorgung oder in einem Pflegeheim ist schon seit längerem ein Thema von Veränderungen im gesetzlichen Bereich. Die dem Krankenhaus vom Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeiten zur Verordnung können aber aktuell noch nicht umgesetzt werden, da die entsprechenden Verordnungen, wie dies erfolgen soll, noch nicht zwischen den Beteiligten verabredet sind. Grundsätzlich scheint dies aber eine Verbesserung zu sein, die aber vor Ort konkret zu gestalten sein wird. Die Sicherstellung der medikamentösen Versorgung war auch bisher schon Aufgabe der Krankenhäuser und dies hatten wir in Oldenburg auch so in den Standards zur Überleitung beschrieben. Im Bereich der Heilmittelversorgung könnte sich aber noch etwas tun: hier könnten sie die Beteiligten vor Ort noch zusammensetzen und eine Verbesserung der Überleitung verabreden.

Im Bereich des Wunsch- und Wahlrechtes einer Rehaklinik gibt es Veränderungen. Weiterhin gilt, dass Kostenträger, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die berechtigten Interessen der Versicherten berücksichtigen sollen bei der Auswahl von Kliniken. Bislang galt, dass es die Möglichkeit gab eine Klinik zu wählen, wenn diese nicht über eine Zulassung nach dem SGB V verfügte. Jetzt gilt, dass die Versicherten grundsätzlich eine Klinik frei wählen können. Jedoch unter der Bedingung, dass sie dann ggf. die Differenz zu den Kosten einer Klinik, die die Krankenkasse ausgewählt hätten, zu tragen haben. Versicherte sollten sich also vorher erkundigen, ob und wie hoch ggf. eine Zuzahlung erforderlich sein wird. Und es wird zu beobachten sein, ob es weiterhin möglich sein wird, mit dem Hinweis auf ‚berechtigte‘ Interessen auch andere als von den Kassen vorgesehene Kooperationskliniken in Anspruch nehmen zu können.

Ein weiterer aus Sicht der Versicherten nicht unwichtiger Punkt ist die Möglichkeit, in Zusammenhang mit einer anstehenden Behandlung eine Zweitmeinung einzuholen. Auch diese Möglichkeit gibt es zulasten der Krankenkassen nur in bestimmten Zusammenhängen. Sprechen dies deshalb diesen Wunsch bei ihren behandelnden Ärzten an und fragen sie nach der konkreten Durchführung in ihrer speziellen Situation.

### Hier noch Hinweise auf die gesetzlichen Änderungen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>

Gesamtvorgang in der Beratung: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/643/64389.html>

Gesetz wie verkündigt:

[http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//\\*\[@attr id=%27bgbl115s1211.pdf%27\]](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr id=%27bgbl115s1211.pdf%27])

Informationen des BM Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>

**Für den Überblick: Josef Roß / 18.09.2015**