



...alles was Recht ist...

Sozial-Info 01/07



1. Zum 1. April 2007 kommt sie nun – die heftig umstrittenen Gesundheitsreform, die eigentlich GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG heisst (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung). Man kann davon ausgehen, dass sich im Laufe der nächsten Jahre durch entsprechende weitere Änderungen einige Positionen wieder gravierend verändern werden.

Nachstehend finden Sie einige Änderungen, die überwiegend das Versicherungs- und Leistungsrecht betreffen. Änderungen, die verwaltungstechnischer Art sind habe ich bewusst nicht aufgeführt.

Viele Regelungen werden erst durch entsprechende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert – hier müssen wir noch abwarten was auf uns zukommt.

Die wichtigsten Änderungen der Gesundheitsreform in der Reihenfolge ihres Inkrafttretens - Was kommt wann?

Stichtag 2./3. Lesung: 2. Februar 2007

- **Wechsel von freiwillig GKV-Versicherten in die private Krankenversicherung**
Stichtag für die Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze
 Zukünftig sind abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei, **wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat (in 2007 = 47.700 €/ Jahr)**. Die Regelung führt zu einer Erschwerung des Wechsels der Betroffenen von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung und trägt damit zur Stärkung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung bei.

01.04.2007

- **Pflicht zur Versicherung / Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung**
Versicherungspflicht in der GKV für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher gesetzlich versichert waren
Anwartschaften: Ausweitung auf neue Personengruppen
 Alle Einwohner **ohne Absicherung im Krankheitsfall**, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher in Deutschland zuletzt gesetzlich versichert waren, oder die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die dem Bereich der GKV deshalb zuzuordnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.

Rückfragen an: Evelyn Küpper - Tel.: 02151-305592 -

Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden die Einwohner in dem Krankenversicherungssystem versichert, dem sie **zuzuordnen** sind. Dies ist zum Beispiel für Selbständige und Beamte die private Krankenversicherung, für Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung.

Wer seiner Versicherungspflicht nicht nachkommt, obwohl er dies könnte, erhält nur eine stark eingeschränkte Versorgung und muss nicht gezahlte Beiträge einschließlich Säumniszuschlägen nachentrichten.

Ehepartner und Kinder sind bei gesetzlichen Krankenkassen weiter beitragsfrei mitversichert

Die **beitragsfreie Mitversicherung** in der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder und für den Ehepartner ohne Job oder nur mit Minijob sowie den gleichgeschlechtlichen eingetragenen Lebenspartner gelten weiter. In der privaten Krankenversicherung bleibt es wegen der Kalkulationssystematik dabei, dass für Ehepartner und Kinder extra Verträge abzuschließen sind.

- **Krankenkassenbeitrag für Selbständige: Absenkung des Mindestbeitrags möglich**
Beitrag wird von einem beitragspflichtigen Einkommen von 1.225 € berechnet

Medizinische Versorgung

- **Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser**

Für die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind **spezialisierte Krankenhäuser** oft besser gerüstet als eine Arztpraxis. Deshalb wird den von bestimmten schweren oder seltenen Krankheiten betroffenen Patienten der Zugang zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus künftig erleichtert. Im Rahmen der Integrierten Versorgung können Verträge mit Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung dieser Patienten auch ohne die Einbindung eines niedergelassenen Vertragsarztes mit entsprechendem Zulassungsstatus geschlossen werden. Darüber hinaus werden ausgewählte Kliniken mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik was anbieten darf, wird in Zulassungsverfahren des jeweiligen Bundeslandes entschieden.

- **Ausbau der Palliativversorgung**

Versicherte haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung künftig einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.

Hierbei handelt es sich um **ärztliche und pflegerische Leistungen**, die von so genannten Palliative Care Teams erbracht werden – bei Bedarf rund um die Uhr. Diese Leistungen sind primär medizinisch ausgerichtet und umfassen die **Befreiung von Schmerzen** und die Linderung anderer belastender Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Erbrechen.

Darüber **hinausgehende Begleitleistungen** (zum Beispiel Sterbegleitung und Begleitung der Angehörigen) gehören nicht zum Leistungsanspruch und sind weiterhin ergänzend, beispielsweise von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (zum Beispiel aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten.

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die **Verordnung durch einen Arzt**. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten. Damit wird gewährleistet, dass die ambulante Palliativversorgung ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden kann. Der verordnende Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Palliative Care Team alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln.

➤ **Finanzielle Verbesserungen für Träger von Kinderhospizen**

Die Rahmenbedingungen für **Kinderhospize** werden verbessert. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.

Das Kinderhospiz ist darauf ausgerichtet, den Patienten und seine Angehörigen vom Zeitpunkt der Diagnose an zu begleiten, dauert die Begleitungsphase eines einzelnen Betreuten entsprechend länger. Der Krankheitsverlauf eines schwerstkranken Kindes kann sich über mehrere Jahre hinziehen. Für die Arbeit des Kinderhospizes bedeutet dies, dass über einen längeren Zeitraum zumeist mehrfache Aufenthalte zur Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien erfolgen.

➤ **Medizinische Rehabilitationsleistungen als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen**

Der Versicherte erhält ein echtes Wahlrecht zu einer Vorsorge und Rehabilitations-einrichtung, die zugelassen und entsprechend zertifiziert ist. Fallen dabei Kosten an, die über die der Vertragseinrichtungen hinausgehen, sind die Mehrkosten vom Versicherten zu tragen.

➤ **von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Schutzimpfungen - Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen**

➤ **Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen**

Für die Gewährung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter ist es nicht erforderlich, dass zunächst die **ambulanten Behandlungsmöglichkeiten** ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden, hat sie die Krankenkasse zu erbringen.

➤ **Anspruch auf geriatrische Rehabilitation sowie auf alle anderen medizinischen Reha-Leistungen**

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange es möglich ist, in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilhaben zu können. Deshalb haben ältere Menschen einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.

➤ **Bei ambulanten Geburten im Geburtshaus zahlen die Krankenkassen einen Betriebskostenzuschuss.**

➤ **Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Die Leistungen zur Verhütung von Krankheiten werden verbessert, die Gesundheits-

förderung in den Betrieben und die Verringerung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz werden gestärkt.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen wird besser gefördert – im Jahr 2006 müssen die Krankenkassen einen Betrag von 0,55 € pro Versicherten zur Verfügung stellen. Nicht ausgegebene Gelder werden in das nächste Jahr übertragen.

➤ **Verbesserung der Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege**

Die Reform enthält gezielte Maßnahmen zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege (zum Beispiel unnötige Wartezeiten oder Pausen in der Behandlungsabfolge). Ziel ist eine bessere Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche. Dabei ist es ein besonderes Anliegen, dass ältere Menschen nicht zu früh in die Pflege „abgeschoben“ werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege oder auch von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus muss bislang ein Vertragsarzt ausstellen.

Künftig wird dies auch der Krankenhausarzt tun dürfen, der als zuletzt Behandelnder die Situation des Patienten zumeist am besten einschätzen kann.

Daher wird zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Sicherung des Behandlungserfolges künftig die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für **längstens drei Tage** häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Der verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren.

➤ **Erstattungsfähigkeit der häuslichen Krankenpflege in Wohngemeinschaften und anderen neuen Wohnformen**

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht zunächst im Haushalt der Versicherten.

Um zukünftig insbesondere vorschnelle stationäre Einweisungen zu vermeiden, wird der Haushaltsbegriff erweitert und die häusliche Krankenpflege auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt. Darüber hinaus kann häusliche Krankenpflege aber auch an anderen geeigneten Orten wie Schulen, Kindergärten und – bei erhöhtem Pflegebedarf, der durch die Einrichtung selbst nicht abgedeckt werden kann – auch in Werkstätten für Behinderte erbracht werden.

Für besondere, eng begrenzte Personengruppen mit besonders **hohem Versorgungsbedarf** (z.B. Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) erfolgt die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch die Krankenkassen, die nach § 132a Abs. 2 Verträge mit den Pflegeeinrichtungen zu schließen haben. Für diese Personen fallen im Rahmen der vollstationären Dauerpflegeversorgung sehr hohe Kosten für den behandlungspflegerischen Aufwand an.

In Pflegeeinrichtungen, in denen die medizinische Behandlungspflege Leistung der Einrichtung ist, wird auch zukünftig keine häusliche Krankenpflege erbracht.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gehören zur häuslichen Krankenpflege:

- das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2,
- eine oro/ tracheale Sekretabsaugung,
- das Einreiben mit Dermatika,
- die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs,
- die Einmalkatheterisierung,
- das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens,

- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf
- **Preis- und Vertragswettbewerb (bei Heil- und Hilfsmitteln)**
Da künftig nur noch **Vertragspartner** der Krankenkasse zur Versorgung berechtigt sind, müssen die jeweils vertraglich vereinbarten Preise maßgeblich sein. Dies gilt auch für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde. Die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse ist auf den niedrigsten Preis begrenzt, der in Verträgen der Krankenkasse mit anderen Leistungserbringern über vergleichbare Leistungen vereinbart wurde. Soweit es sich um Hilfsmittel handelt, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, gilt dieser weiterhin als Obergrenze.
- **Neuregelung zur Versorgung mit Hilfsmitteln**
Der Versorgungsanspruch umfasst auch die **notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen**. Es kann nicht den Versicherten überlassen werden, hierfür eigenverantwortlich Sorge zu tragen. Bezüglich der grundsätzlichen Erforderlichkeit und des Umfangs der Wartungsmaßnahmen und technischen Kontrollen stellt die Regelung auf den Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken und den Stand der Technik ab und ermöglicht den Krankenkassen somit eine auf das Maß des Notwendigen beschränkte sachgerechte Umsetzung.
Die Versorgung ist durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner) vorgesehen.
Eine Ausnahmeregelung trägt der Tatsache Rechnung, dass im Einzelfall ein berechtigtes Interesse bestehen kann, einen anderen Leistungserbringer zu wählen. Ein berechtigtes Interesse kann auch im Falle der Entscheidung für eine aufwändigere Versorgung gegen Aufzahlung vorliegen.
- **Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen**
Der **Versorgungsanspruch schwerst behinderter Versicherter besteht** dahingehend, dass dieser nicht vom **Grad der Rehabilitationsfähigkeit** abhängt. Soweit es um die Erfüllung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens geht, besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch dann, wenn durch die Hilfsmittelversorgung ein Behinderungsausgleich nur noch in eingeschränktem Maße erreicht und eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe nicht mehr ermöglicht werden kann.

Darstellung und Dokumentation der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen

- **Finanzielle Beteiligung von Versicherten an den Folgekosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahmen (Schönheitsoperationen)**
Eine Einschränkung des Leistungsumfangs wird es künftig für die Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe geben – zum Beispiel bei Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen oder Piercing.
Neben den Behandlungskosten kann es auch zu einer Einstellung bzw. Rückforderung von Krankengeld kommen.

Integrierte Versorgung

- **Förderung der flächendeckenden Integrierten Versorgung**
Patientinnen und Patienten können sich für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt. Andere Ärzte – mit Ausnahme von Augen – und Frauenärzten – dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden, sodass der Hausarzt stets den

Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten.

➤ **Einbindung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung**

Ein wesentliches Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren. Oft müssen Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen die Koordination selbst in die Hand nehmen. Sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlt.

Die Pflege kann künftig in die integrierte Versorgung einbezogen werden. Durch die Verzahnung der beiden Leistungssysteme von Kranken- und Pflegeversicherung wird eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtverantwortung angestoßen.

Arzneimittel

➤ **Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen**

Nicht jedes Arzneimittel, das teuer ist, ist auch gut. Neue Arzneimittel müssen sich deshalb künftig an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen. Die begrenzten Mittel können nicht für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgegeben werden. Durch eine Kosten-Nutzen-Bewertung bleibt allen Patienten der unmittelbare Zugang zu neuen, besseren Arzneimitteln und zu wirksamen diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhalten.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln soll die **Belange der Patienten**, aber auch die **der Krankenkassen** angemessen berücksichtigen. Beim Patientennutzen steht insbesondere die Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer im Vordergrund. Bei der wirtschaftlichen Bewertung sollen neben dem Patientennutzen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann zum Beispiel Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages für Arzneimittel sein, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen.

➤ **Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung**

Die Verordnung von **kostenintensiven beziehungsweise speziellen Arzneimitteln** muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen.

Diese Regelung bezieht sich insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame, neue Arzneimitteltherapien und Verfahren, die zum Beispiel zur Behandlung von Autoimmun- oder Tumorerkrankungen eingesetzt werden. Die Schwere der betroffenen Erkrankungen sowie der oftmals hohe Preis der Arzneimittel machen die Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten notwendig. Damit wird eine sichere und unter therapeutischen Aspekten optimale Patientenversorgung mit hochmodernen und innovativen Arzneimitteln gewährleistet. Zusätzlich wird sichergestellt, dass diese Arzneimittel gezielt den Patientengruppen zugutekommen, die davon am meisten profitieren.

➤ **Abgabe von einzelnen Tabletten an Patienten**

➤ **Weitergabe von nicht benutzten, zentral bevorrateten Betäubungsmitteln in Gemeinschaftseinrichtungen (Hospizen, Pflegeheimen)**

Mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Wettbewerb, weniger Bürokratie

- **Entwicklung von Maßnahmen gegen den Missbrauch der Versichertenkarten**
Durch unkontrollierte, mehrfache Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Doktor-Hopping) oder die Nutzung der Karte durch mehrere Personen entsteht den Kassen jedes Jahr beträchtlicher Schaden. Deswegen werden die Krankenkassen verpflichtet, verstärkt dagegen vorzugehen. So sollen die Kassen z.B. tagesaktuell den Verlust von Karten, Änderungen beim Zuzahlungsstatus oder die Beendigung des Versicherungsschutzes an einen Versicherungsstammdatendienst übermitteln, so dass die Aktualität der Karte bei der Inanspruchnahme von Leistungen überprüft werden kann.

- **Wahlmöglichkeiten für Versicherte**

Neue Wahltarife für Versicherte: für besondere Versorgungsformen, Selbstbehalte und Kostenerstattung

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Für die Versicherten bedeutet das: mehr Wahlmöglichkeiten und bessere Vergleichbarkeit der Angebote.

Hausarzttarif: Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife anbieten, das heißt: Wer sich in ein Hausarztmodell einschreibt und im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt geht, wird von Zuzahlungen oder Praxisgebühren befreit oder bekommt andere Boni. Die Teilnahme an den Hausarztmodellen ist für Versicherte und Ärzte freiwillig.

Jeder Versicherte kann künftig mit seiner Kasse einen **Selbstbehalttarif** vereinbaren: Die Krankenkasse gewährt einen günstigeren Tarif, im Gegenzug verpflichtet sich der Versicherte, bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen einen bestimmten Betrag aus eigener Tasche zu zahlen. In vergleichbarer Weise können Versicherte spezielle Tarife wählen, die Prämienzahlungen bei **Nichtinanspruchnahme** von Leistungen vorsehen. Der **Kostenerstattungstarif** richtet sich an gesetzlich Versicherte, die Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen möchten: Bei Inanspruchnahme erhält der Versicherte eine Rechnung, die er zunächst einmal selbst bezahlt.

Die Leistungen, die der Arzt oder das Krankenhaus in Rechnung stellen, werden – je nach Tarif – zu einem höheren Gebührensatz berechnet als für gesetzlich Krankenversicherte; möglich ist ein um das 2,3-fache höherer Gebührensatz.

Die Kosten bekommt der Versicherte von seiner Krankenkasse erstattet. Der Rahmen der Kostenerstattung ist im Tarif vertraglich vereinbart. Diese Prämie wird zusätzlich zum monatlichen Beitragssatz fällig.

Auch für die Teilnahme an **besonderen Versorgungsformen** wie der Integrierten Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Tarife anbieten und können diese mit Zuzahlungsnachlässen oder Prämien verbinden.

Individueller Krankengeldanspruch: Gesetzlich Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, zahlen einen ermäßigten Beitragssatz. Die Krankenkassen müssen diesen Versicherungsmitgliedern, soweit ihnen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitseinkommen entgeht, einen Wahltarif zum Krankengeld anbieten, der auch individuell den Beginn der Krankengeldleistung festlegt. Das bedeutet, die Mitglieder entscheiden selbstständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall und über den Zeitpunkt, wann diese greifen soll. Von dieser Regelung profitieren besonders Selbständige, die oftmals kein Interesse an den Leistungen des Krankengeldes haben, sowie kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf die sechswöchige Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Alle genannten Tarifvereinbarungen – außer denen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsformen – haben eine Bindungsfrist von **mindestens drei Jahren**. Die Krankenkassen haben die Verpflichtung, für Wahltarife in ihren Satzungen ein **Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen** zu verankern. Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen, zum Beispiel Arbeitslosengeldbezieher, können keine Selbstbehalttarife etc. wählen.

Die Höhe der Prämienzahlung an Versicherte wird begrenzt. Dies ist erforderlich, um Missbrauchsmöglichkeiten – zum Beispiel für Versicherte, die nur geringe Beiträge zahlen – zu verhindern. Die Begrenzung bewirkt zugleich, dass Selbstbehalttarife und Tarife, die für Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen, nur eingeschränkt möglich sind. Der Selbstbehalt muss damit im angemessenen Verhältnis zur Prämienrückzahlung stehen. Insgesamt wird eine Kappungsgrenze eingeführt, die verhindert, dass Prämienzahlungen in der Häufung in keinem Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen stehen.

01.07.2007

➤ Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung **stark verbesserter Standardtarif für Nichtversicherte, die dem PKV-System zuzuordnen sind**

Um Nichtversicherte, **die vormals privat** krankenversichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, bereits vor dem 1. Januar 2009 abzusichern, wird der bereits existierende Standardtarif für diese Personengruppe geöffnet: Sie können sich bereits ab 1. Juli 2007 im Standardtarif der PKV versichern; auch hier sind dann Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge nicht erlaubt, außerdem gilt Kontrahierungszwang. Versicherte, die sich für eine Absicherung im Standardtarif entscheiden, werden dann zum 1. Januar 2009 in den Basistarif überführt.

01.01.2008

➤ Chroniker **Präzisierung der Ein-Prozent-Regelung**

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die schwerwiegend chronisch krank und wegen dieser Krankheit in Dauerbehandlung sind, werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze besonders behandelt: Die von diesen Personen zu leistenden Zuzahlungen sind grundsätzlich auf maximal ein Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Menschen liegt dagegen bei zwei Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: Entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Außerdem ist chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist. Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, gehören zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder koronare Herzkrankheit. Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine intensive Betreuung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere Heilberufler

sowie eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten. Ihre Behandlung kann nur dann optimal sein, wenn sie strukturiert und koordiniert erfolgt.

Für eine Reihe chronischer Erkrankungen gibt es deshalb strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP).

Chronisch Kranke, die sich in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben, können mit einem Bonus ihrer Kasse rechnen. Zukünftig (ab 1. April 2007) müssen die Krankenkassen einen speziellen Wahltarif für Versicherte, die an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, anbieten.

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wird die Regelung der Zuzahlungs-Belastungsgrenze so ergänzt, dass die Verantwortung der Versicherten für die eigene Gesundheit gestärkt und die Teilnahme an Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung gefördert werden:

Versicherte, die bereits heute chronisch krank sind und von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, können diese auch weiterhin in Anspruch nehmen. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung ist allerdings, dass sie sich **therapiegerecht verhalten**. Deshalb darf die Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein **therapiegerechtes Verhalten des Patienten** feststellt.

Therapiegerechtes Verhalten kann zum Beispiel die Teilnahme an einem Disease Management Programm sein; in Fällen, in denen ein solches nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.

Versicherte, denen ein therapiegerechtes Verhalten nicht zumutbar ist, zum Beispiel Schwerbehinderte oder schwer Pflegebedürftige, sind von dieser Verpflichtung ausgenommen.

Für alle Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre alt oder älter sind, gilt dasselbe, wenn sie einmal chronisch krank werden sollten.

Für jüngere Versicherte wird eingeführt, dass sie empfohlene Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung wahrnehmen müssen, um bei einer späteren chronischen Erkrankung einen Anspruch auf die reduzierte Belastungsgrenze geltend machen zu können. Haben sie dies versäumt, können sie dennoch von der niedrigen Belastungsgrenze profitieren, wenn sie an einem für ihre Krankheit bestehenden Disease Management Programm teilnehmen.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll, ähnlich wie bei den Zahnvorsorgeuntersuchungen, in einem Bonusheft dokumentiert werden.

Und wer die angebotenen Untersuchungen nutzt, kann außerdem noch von seiner Kasse belohnt werden, zum Beispiel in Form von Zuzahlungsermäßigungen oder Prämien.

01.07.2008

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Der Spitzenverband ersetzt die Krankenkassenspitzenverbände

Gründung eines Medizinischen Dienstes auf Bundesebene durch den

Spitzenverband Gemeinsamer Bundesausschuss

Öffentlichkeit der Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Straffung der Entscheidungsstrukturen

01.11.2008

Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes

01.01.2009**Versicherungsschutz****Pflicht zur Versicherung für alle**

- **Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung**
Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens (bis 30.06.2009)

Überführung des Standardtarifs in den neuen Basistarif

In der privaten Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 ein Basistarif eingeführt, der den bisherigen Standardtarif der Privatversicherungen ersetzt. Der Basistarif enthält ein Leistungsangebot, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht nach seinem **Gesundheitsstatus**. Es besteht wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung ein so genannter Kontrahierungszwang, das heißt eine gesetzliche Verpflichtung der privaten Versicherungsunternehmen, Versicherte aufzunehmen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge gibt es beim Basistarif nicht.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif wird (ebenso wie für Versicherte des brancheneinheitlichen Standardtarifes) über die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf (zahn-)ärztliche Versorgung haben. Für die Vergütung der (zahn-)ärztlichen Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden.

Um die **Bezahlbarkeit des Basistarifs** zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro.

Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe oder der Grundsicherung für Arbeitssuchende auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Die Versicherten können in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln. Dazu werden die Alterungsrückstellungen der Versicherten bei einem Wechsel der Versicherung im Umfang des Basistarifs mit übertragen.

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, den Basistarif ab 1. Januar 2009 anzubieten.

- **Start des Gesundheitsfonds und des neuen Risikostrukturausgleichs (RSA) für Krankenkassen**

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bereits heute – einheitliche Beitragssätze auch in der GKV. Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2009 vier Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro.

Jede Krankenkasse erhält **pro Versicherten** eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Durch die besondere Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten trägt der Risikostrukturausgleich (RSA) dem unterschiedlichen

Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung. Dieser weiterentwickelte, morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird – zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds – ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt. Das Bundesversicherungsamt (BVA), das bereits den RSA zwischen den Krankenkassen durchführt, wird den Gesundheitsfonds verwalten.

Der Gesundheitsfonds wird in Zukunft die Finanzierung der GKV bündeln. Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die Organisation des Beitragseinzugs in der bisherigen Form erhalten. Die Kassen sollten allerdings die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten. Ab dem 1. Januar 2011 erhalten Arbeitgeber, die dies wünschen, zusätzlich die Möglichkeit, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

Das neue Finanzierungssystem des Gesundheitsfonds macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder eine Prämienauszahlung gewähren. Eine Krankenkasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, darf der zusätzlich erhobene Beitrag maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen. Außerdem muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen.

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) intensivierte Wettbewerb gibt den Krankenkassen vielfältige Instrumente an die Hand, womit sie den Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder vermeiden können. So können die Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife und spezielle Versorgungsangebote anbieten: Neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse ihren Versicherten auch eine Hausarztversorgung anbieten.

Gleichzeitig steigt die Vertragsfreiheit der gesetzlichen Krankenkassen, das heißt, der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung wird erheblich ausgeweitet. Schließlich können die Krankenkassen die neuen Möglichkeiten des Preiswettbewerbs mit den Partnern im Gesundheitssystem nutzen.

Der Gesundheitsfonds bringt für die Organisation des Gesundheitssystems fundamentale Vereinfachungen. Er ist ein umfassender und nachhaltiger Beitrag zum Bürokratieabbau und führt zu mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

➤ **Risikostrukturausgleich**

Neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten werden den Krankenkassen künftig auch Mittel für die Deckung durchschnittlicher Verwaltungsausgaben und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen zur Verfügung gestellt. Hierdurch wird die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen. Damit haben Krankenkassen, deren Mitglieder über überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen verfügen, hieraus künftig keine Vorteile mehr im Wettbewerb. Dies ist Ausdruck der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft aller Versicherten.

➤ **Einführung des einheitlichen Beitragssatzes**

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wird das Beitragssystem der GKV grundlegend verändert. Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar

2009 gilt für alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit besteht – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute – ein einheitlicher Beitragssatz auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beiträge werden zu Beginn so bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen decken.

Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegt. Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes werden künftig in der Regel jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt.

Der Beitragssatz wird erhöht, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken. Umgekehrt wird der Beitragssatz gesenkt, wenn eine Deckungsquote von 100 Prozent überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote 95 Prozent im laufenden Jahr voraussichtlich nicht unterschritten wird.

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (zum Beispiel Bezieher von Arbeitslosengeld II), gilt auch künftig ein ermäßigter Beitragssatz, den die Bundesregierung durch Rechtsverordnung festlegt. Die Ermäßigung entspricht dem Anteil des Krankengeldes an den Gesamtausgaben der Krankenkassen.

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gut gewirtschaftet haben, können ihren Versicherten eine Prämie auszahlen.

➤ **Zusatzbeitrag**

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten alle Krankenkassen die finanziellen Mittel, die sie für die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten benötigen. Für jeden Versicherten wird ein einheitlicher Betrag gezahlt, ergänzt um einen zusätzlichen finanziellen Ausgleich, der die unterschiedliche Versichertenstruktur – nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand – einer Kasse berücksichtigt.

Hat eine Krankenkasse gut gewirtschaftet und die vielfältigen Anreize zu einer effizienten Gesundheitsversorgung genutzt (Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung, Wahltarife für ihre Versicherten, Arzneimittelversorgung), kann sie ihre Versicherten am Erfolg teilhaben lassen und ihnen einen Teil des Beitrages zurückerstatten.

Umgekehrt gilt: Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dessen Höhe ist allerdings begrenzt: Die Krankenkassen dürfen nämlich einen zusätzlichen Beitrag maximal in der Höhe von einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Diese Klausel schützt die Versicherten vor finanzieller Überforderung. Um den bürokratischen Aufwand bei der Überforderungsklausel gering zu halten, werden Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro ohne Prüfung der Einkommenssituation erhoben.

Erhebt die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihn oder senkt sie die Prämienrückzahlung, muss sie ihre Versicherten auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen.

Das Sonderkündigungsrecht wird so ausgestaltet, dass jemand die Krankenkasse wechseln kann, ohne dass er den erhöhten Zusatzbeitrag zahlen muss.

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Krankenkasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag.

Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen

Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag. In Härtefällen wird der Zusatzbeitrag auch für ALG-II-Bezieher von der Bundesagentur für Arbeit übernommen.

- **Einführung einer neuen vertragsärztlichen Euro-Gebührenordnung**
Das von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägte Honorarsystem wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst. Die Euro-Gebührenordnung enthält Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen (zum Beispiel Hausbesuche). Für Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Für besonders qualifizierte Leistungen wird es Honorarzuschläge geben.
- **Wahlmöglichkeiten für Versicherte**
Wahltarife für den individuellen Krankengeldanspruch

01.01.2011

- **Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung**
Bündelung des Beitragseinzugs

2. Seminare in Königswinter

Ich möchte noch auf folgende Seminare hinweisen:

Seminar 6.141 **30.5. – 01.6.2007 Preis: 140,- €**

Aktuelle Veränderungen für Menschen mit Behinderung:

Umzug ins betreute Wohnen – Selbstbestimmung statt Kostendruck

Neue Möglichkeiten – auch für Menschen mit Mehrfachbehinderungen.

Seminar für volljährige Menschen mit Behinderungen sowie deren Angehörige

Mittwoch, den 30.5.2007

Selbstbestimmung statt Kostendruck

Welche Möglichkeiten gibt es, um als behinderter Mensch ausserhalb von Wohnheimen so autonom wie möglich zu leben ?

Welche Vorstellungen hat der behinderte Mensch vom eigenständigen Leben?

Donnerstag, den 31.5.2007

Wer hilft bei der Verwirklichung und Antragstellung?

Wie funktioniert ein Hilfeplanverfahren?

Betreutes Wohnen

Finanzierungsmöglichkeiten – Sicherstellung des tatsächlichen Betreuungsbedarfs – Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes

Freitag, den 1.6.2007 von 09.00 – 14.30 Uhr

Ich will und ich kann !

Welche Vorbereitungen sind noch zu treffen?

Wohnungssuche – Möbelkauf und vieles mehr!

Seminar 6.145

05.07. – 08.07.2007 Preis 160,-- €

Wegweiser durch das Behindertenrecht: Warum sagt mir denn keiner, was mir alles zusteht?

Dieses Seminar richtet sich ausschließlich an behinderte Menschen ab 18 Jahren und deren Angehörige. (Betreuungskosten für die behinderten Angehörigen können im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes abgerechnet werden).

In diesem Seminar soll in leicht verständlicher Form über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen im Rahmen der einzelnen Sozialgesetzbücher gesprochen werden.

Donnerstag, den 05.07.2007 ab 14.30 Uhr

Betreuungsrecht – wann ist eine Betreuung erforderlich? Welche Alternativen gibt es zu der gesetzlichen Betreuung.

Aufgabenbereich, Rechte und Pflichten des gesetzlichen Betreuers. Rechte und Pflichten des Betreuten.

Berichtswesen, Aufwandspauschale für gesetzl. Betreuer.

Freitag, den 06.07.2007

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungsanspruch, Zuzahlungen, Härtefallregelungen

Leistungen nach dem SGB XII

Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung, Eingliederungshilfe, Persönliches Budget

Samstag, den 07.07.2007

Nachteilsausgleiche für behinderte Menschen durch den Schwerbehindertenausweis

Leistungen der Pflegeversicherung

Schwerpunkt: Begutachtung

Sonntag, den 08.07. 2007 von 09.00 – 14.30 Uhr

Was ich immer schon mal fragen wollte.

Beide Seminare finden im AZK in Königswinter statt. Flyer können bei mir angefordert werden.

Teilnehmer aus NRW haben die Möglichkeit, Bildungsschecks in Anspruch zu nehmen. Dadurch reduziert sich die Seminargebühr um 50 %.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Osterzeit!

- Evelyn Küpper -