

Ratgeber zur Gesundheitsreform
mit allen wichtigen Neuregelungen
für Patientinnen und Patienten

Aktualisierte Ausgabe 2005



Ratgeber zur Gesundheitsreform

mit allen wichtigen Neuregelungen für Patientinnen und Patienten

Aktualisierte Ausgabe 1. Januar 2005

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Impressum

Stand: Januar 2005

Herausgeber: Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Bundesverband,
Abteilung Sozialpolitik, Stralauer Straße 63, 10179 Berlin

Telefon: 030/72 62 22 – 0, Telefax: 030/72 62 22 – 311

Internet: <http://www.sozialverband.de>

E-Mail: contact@sozialverband.de

Verantwortlich: Rechtsanwältin Gabriele Hesseken, Abteilung Sozialpolitik

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

täglich erreichen uns viele Anfragen von Menschen, die wegen der Gesundheitsreform um Rat bitten. Insbesondere die Zuzahlungsregelungen bereiten oftmals große Probleme.

Mit diesem Ratgeber informieren wir über die wichtigsten Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und stellen aktuelle Fragen und Antworten aus den Patientenberatungsstellen des SoVD dar.

Der SoVD lehnt die erhöhten Zuzahlungen und Streichungen von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung strikt ab. Mit einer derartigen Umverteilung werden die Probleme des Gesundheitswesens nicht gelöst. Es gilt, durch Veränderungen unwirtschaftlicher Strukturen im Gesundheitswesen die erheblichen finanziellen Reserven zu erschließen.

Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen hingegen belasten die Versicherten, Patientinnen und Patienten in unzumutbarer Weise.

Der SoVD plädiert für eine sozial verträgliche Reform der Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger. Unser Ziel ist es, den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt der medizinischen und therapeutischen Versorgung zu stellen.

Berlin, im Januar 2005

A handwritten signature in black ink that reads "Adolf Bauer". The signature is written in a cursive style.

Adolf Bauer
Präsident des SoVD

Strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen

I. Gestärkte Patientenrechte

Folgende Neuerungen sollen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eröffnen, sich gezielt zu informieren und bei Entscheidungen stärker berücksichtigt zu werden.

1) **Patientenquittung**

Versicherte erhalten – wenn sie dies wünschen - ab dem 1. Januar 2004 von ihrem behandelnden Arzt eine so genannte Patientenquittung. Dabei können sie wählen zwischen einer Tagesquittung, die direkt nach dem Arztbesuch ausgestellt wird, oder einer Quartalsquittung, die sie am Ende des Abrechnungsquartals erhalten. In der Patientenquittung werden alle Leistungen und Kosten in verständlicher Form aufgeführt.

2) **Gesundheitskarte**

Voraussichtlich wird im Jahr 2006 eine Elektronische Gesundheitskarte eingeführt. Sie tritt an Stelle der jetzigen Krankenversicherungskarte. Auf der Gesundheitskarte sind neben allgemeinen verwaltungstechnischen Daten, wie z.B. dem Namen des Versicherten, alle Daten gespeichert, die für die Ausgabe eines elektronischen Rezepts notwendig sind.

Versicherte können – auf freiwilliger Basis – auch weitere Informationen auf der Karte speichern lassen. Dazu gehören unter anderem:

- Notfalldaten (Allergien, Blutgruppe, chronische Erkrankungen,...),
- Untersuchungsergebnisse,
- Röntgenaufnahmen.

Um die Daten vor unbefugtem Zugriff zu schützen, können sie von dem Arzt nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis gelesen werden.

Wichtig: Jeder Versicherte kann selbst entscheiden, in welchem Umfang Gesundheitsinformationen auf der Karte gespeichert werden und von wem diese gelesen werden sollen. Es besteht keine Verpflichtung, die gespeicherten Daten dem behandelnden Arzt zugänglich zu machen.

3) **Kostenerstattung**

An Stelle der Sach- oder Dienstleistungen (= die Krankenkasse gewährt ihren Versicherten medizinische und therapeutische Behandlung; die Kosten werden von den Kassen mit den einzelnen Ärzten oder Therapeuten abgerechnet) können Versicherte Kostenerstattung wählen und damit privatärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Wer sich für die Möglichkeit der Kostenerstattung entscheidet, muss zunächst die Arztrechnung selbst bezahlen, bevor er von der Krankenkasse die Kosten – abzüglich Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr und einer Verwaltungsgebühr – erstattet bekommt.

Aber Vorsicht: Die Kostenerstattung erfolgt grundsätzlich nur auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das heißt es werden nur die Kosten erstattet, die bei Behandlung eines gesetzlich Versicherten anfallen. An die Entscheidung ist man ein Jahr lang gebunden.

4) *Behandlungen im EU-Ausland*

Versicherte können künftig sich auch im EU-Ausland auf Kosten der Krankenkasse ambulant behandeln lassen. Von den Krankenkassen werden dann die Kosten in der Höhe erstattet, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären. Voraussetzung ist allerdings, dass die ausländischen Leistungserbringer (z.B. Ärzte) nach den EU-Richtlinien zur Berufsausübung berechtigt und als Leistungserbringer zugelassen sind.

Eine Krankenhausbehandlung im Ausland muss vorher von der Krankenkasse genehmigt werden. Dies gilt natürlich nicht für den Notfall.

5) *Private Zusatzversicherungen*

Gesetzliche Krankenkassen bieten seit dem 1. Januar 2004 gemeinsam mit privaten Versicherungen für ihre Mitglieder Zusatzversicherungen an. Die Angebote beziehen sich z. B. auf Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Absicherung von Brillen oder Zahnersatz, Leistungen von Heilpraktikern, usw.

6) *Bonussysteme*

Mit einem finanziellen Bonus werden diejenigen belohnt, die die Angebote ihrer Krankenkasse zur Erhaltung der Gesundheit sinnvoll nutzen. Dazu zählen unter anderem die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder die Teilnahme an Präventionsprogrammen, die künftig von den Kassen angeboten werden.

Auch wer sich dafür entscheidet, bei Krankheit immer erst den Hausarzt aufzusuchen oder bei chronischer Krankheit an einem so genannten Chronikerprogramm (Disease-Management-Programm) teilnimmt, kann mit einem Bonus rechnen.

Wie ein solches Bonussystem ausgestaltet wird, entscheidet jede Krankenkasse in ihrer Satzung selbst. So ist es beispielsweise möglich, dass die Zahlungen ermäßigt, die Praxisgebühr erlassen werden oder der Kassenbeitrag ermäßigt wird.

7) *Antrags- und Mitberatungsrecht*

Patienten- und Behindertenorganisationen wie der SoVD beraten seit dem 1. Januar 2004 bei den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses¹, die die Versorgung von Patienten und Patientinnen betreffen, mit. Diese erweiterten Rechte ermöglichen Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen erstmals, neben den Krankenkassen und Leistungserbringern zu agieren.

¹ Die Bundesausschüsse werden derzeit von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gebildet; sie beschließen Richtlinien zur (zahn-)ärztlichen Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

8) **Patientenbeauftragte**

Die Bundesregierung hat eine Patientenbeauftragte berufen. Diese soll als Anwältin von Patienteninteressen in unabhängiger und beratender Funktion die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen. Im ständigen Dialog mit Patientenverbänden und –organisationen soll sie die Anliegen von Patientinnen und Patienten bündeln und an die Öffentlichkeit bringen.

II. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität

Von verschiedenen Vorhaben erhofft man sich eine erhebliche Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Vernetzung der verschiedenen Leistungen: Eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist das Ziel. Die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung soll überwunden werden.

1) **Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen** haben ein so genanntes **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen gegründet. In diesem Institut werden Arzneimittel, medizinische Behandlungsverfahren und Operationen auf ihren Nutzen untersucht. Das Institut erarbeitet Behandlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, um diese immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu halten.

Aber auch Patientinnen und Patienten können sich an das neu gegründete Institut wenden: Dort erhalten sie – in allgemeinverständlicher Sprache – alle notwendigen Informationen zu einzelnen Therapien und Behandlungsmethoden.

2) **Ärztinnen und Ärzte** sind verpflichtet, sich fortzubilden. Sie müssen alle fünf Jahre einen Nachweis hierüber erbringen. Kommen sie ihrer **Fortbildungspflicht** nicht nach, so müssen sie mit Vergütungsabschlägen rechnen, ganz Unwilligen droht sogar der Entzug der kassenärztlichen Zulassung. Produktbezogene Fortbildungen, die gern von der Pharmaindustrie durchgeführt werden, zählen dabei nicht: Die Fortbildungen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

Auch in den einzelnen Arztpraxen wird sich im Hinblick auf Qualität etwas tun: Jede Ärztin und jeder Arzt muss die Abläufe in der Praxis nach bestimmten Qualitätsvorgaben überprüfen.

3) **Patientinnen und Patienten** sollen künftig in so genannten **medizinischen Versorgungszentren** eine Versorgung aus einer Hand erhalten. In diesen Zentren arbeiten verschiedene Berufsgruppen eng zusammen. Allein schon durch die räumliche Nähe können sich Ärzte, Therapeuten und Heilberufler besser miteinander abstimmen und sich über Krankheitsverlauf, Behandlungen und Therapien verständigen. Durch die gemeinsame Nutzung der Medizintechnik - wie z.B. Röntengeräte - werden teure Anschaffungskosten gespart.

Die Ärztinnen und Ärzte können im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses tätig sein. Damit können sie sich ganz auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten konzentrieren und tragen kein ökonomisches Risiko, wie niedergelassene Ärzte mit eigener Praxis.

- 4) **Die einzelnen Krankenkassen** bieten ihren Versicherten so genannte **Hausarztmodelle** an. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Wer sich dafür entscheidet, im Falle einer Erkrankung zunächst den Hausarzt als ersten Ansprechpartner aufzusuchen, erhält einen Bonus von seiner Krankenkasse.
- 5) **Auch Krankenhäuser** dürfen künftig **ambulant** Patientinnen und Patienten in bestimmten Fällen versorgen. Gedacht ist dabei an die Behandlung von chronisch kranken Menschen, die an den so genannten Disease-Management-Programmen teilnehmen, sowie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen oder besonderen Krankheitsverläufen (z.B. Tuberkulose, Multiple Sklerose, Aids).
In Gebieten, die mit Arztpraxen unterversorgt sind, können Krankenhäuser von den Krankenkassen auch für die reguläre ambulante Versorgung zugelassen werden.

III. Vergütung der Ärztinnen und Ärzte für ambulante Leistungen

Die ca. 120.000 Vertragsärzte in Deutschland werden ab dem Jahr 2007 mit einem neuen Vergütungssystem konfrontiert.

Auch in Zukunft ist es wichtig, dass die Patienten genau darauf achten, ihrem Bedarf entsprechend behandelt und versorgt zu werden.

IV. Versorgung mit Arzneimitteln

- 1) **Seit 1. Januar 2004 ist der Versandhandel** mit Arzneimitteln zugelassen. Alle Medikamente, die für den deutschen Markt zugelassen sind und Informationen in deutscher Sprache enthalten, können im Internet bestellt werden. Insbesondere berufstätige oder mobilitätseingeschränkte Menschen werden davon profitieren.
- 2) **Auch die Vergütung für Apotheker** hat sich mit Beginn des neuen Jahres geändert: Unabhängig von der Größe der Packung und den Kosten des einzelnen Medikaments verdient der Apotheker an jedem verkauften verschreibungspflichtigen Arzneimittel das gleiche, nämlich 8,10 EURO.
- 3) **Feste Beträge/Preise** für rezeptfreie Arzneimittel wurden abgeschafft. Jede Apotheke kann nun den Preis dieser Medikamente selbst festlegen. Daher lohnt es sich, beim Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln die Preise in den einzelnen Apotheken miteinander zu vergleichen.

V. Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden einschneidende Änderungen vorgenommen. Die meisten gehen zu Lasten der Versicherten, Patientinnen und Patienten.

- 1) **Versicherungsfremde Leistungen** (das sind z.B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft oder Krankengeld bei Erkrankung des Kindes) werden aus Steuermitteln finanziert. Für die Versicherten ändert sich dadurch nichts: Wenn sie eine dieser Leistungen benötigen, so wird diese von der Krankenkasse bewilligt.
- 2) **Rentnerinnen und Rentner**, die Betriebsrenten erhalten oder neben ihrer Rente noch etwas als Selbständige hinzuverdienen, müssen aus diesen Einkünften den vollen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen.
- 3) **Im Bereich der Versorgung mit Heilmitteln** (z.B. Massagen, Therapien) und **Hilfsmitteln** können die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern (z.B. Ergotherapeuten, Sanitätshäuser,...) einen niedrigeren als den bisher festgelegten Preis aushandeln. Hat eine Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und einen niedrigen Preis ausgehandelt, so muss von den Versicherten dieser bestimmte Leistungserbringer gewählt werden. Bei Wahl eines anderen Leistungserbringers erstattet die Kasse nur noch den ausgehandelten niedrigen Preis, der Versicherte muss die Differenz zahlen. Im Gesetz ist vorgeschrieben, dass die günstigen Angebote der Krankenkassen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise zu erbringen sind. Was das im Einzelfall bedeutet, steht zurzeit noch nicht fest.

Wichtig: Insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen sowie für Kinder ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, weiterhin von dem Therapeuten ihrer Wahl behandelt zu werden. Unserer Ansicht nach ist es nicht immer für sie zumutbar, an einen anderen kostengünstigeren Leistungserbringer verwiesen zu werden. Bei Problemen mit den Krankenkassen stehen die SoVD-Beratungsstellen sowie die Patientenberatungsstellen des SoVD zur Verfügung.

- 4) **Verschreibungsfreie Arzneimittel** müssen, auch wenn sie vom Arzt verschrieben wurden, von den Versicherten selbst gezahlt werden. Ausnahmen: Einzelne Medikamente, mit denen bestimmte schwerwiegende Erkrankungen therapiert werden, müssen von den Kassen bezahlt werden. Ihres SoVD-Beratungsstelle sowie die Patientenstellen des SoVD geben Ihnen gerne Auskunft, um welche Medikamente es sich dabei handelt. Für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen übernimmt die Krankenkasse die Kosten der verordneten rezeptfreien Arzneimittel.
- 5) **Mittel, die einer gesunden Lebensführung** dienen (z.B. zur Nikotinentwöhnung oder zur Gewichtsreduzierung) werden nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

- 6) **Die Leistungen Krankengeld und Zahnersatz werden ab dem 1.7.2005** nicht mehr paritätisch (d.h. zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer) finanziert. Für die Versicherten wird neben dem allgemeinen Krankenkassenbeitrag ab dem 1.7.2005 ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,9% des Bruttoeinkommens fällig. An den Leistungen Zahnersatz und Krankengeld ändert sich aber nichts.
- 7) **Vollständig gestrichen** wurden mit dem Gesetz das **Sterbegeld**, das bereits mit In-Kraft-Treten des Beitragssatzsicherungsgesetzes am 1.1.2003 um die Hälfte gekürzt wurde, das **Entbindungsgeld** sowie Kosten für **Sterilisation**, die nicht aus medizinischen Gründen geboten ist. Einen Anspruch auf Zuschuss für Kosten von **Brillen** gibt es nur für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie für stark sehbehinderte Menschen. Auch die Erstattung von Taxikosten für Fahrten zu einer ambulanten Behandlung ist grundsätzlich nicht mehr möglich. Nur in Ausnahmefällen muss die Krankenkasse für die Taxikosten aufkommen: Wer schwer gehbehindert, blind, hilflos oder pflegebedürftig (Pflegestufe II oder III) ist, bekommt die Fahrt von seinem Arzt verordnet, wenn er sich wegen einer Erkrankung häufig und über einen längeren Zeitraum behandeln lassen muss.

Wichtig: Der Arzt muss jede einzelne Fahrt verordnen. Er darf dies jedoch nur, wenn ihm ein **Behindertenausweis** mit den Merkzeichen **aG**, **Bl** oder **H** oder der **Bescheid der Pflegekasse** über die Einstufung in die Pflegestufe vorgelegt wird. Auch Patienten, die mit Dialyse, einer Strahlen- oder Chemotherapie behandelt werden, bekommen die Fahrt von ihrem Arzt verordnet. Zusätzlich muss sie aber stets von der Krankenkasse genehmigt werden

Auch für verordnete und genehmigte Krankenfahrten werden Zuzahlungen erhoben: 10% der Kosten müssen von den Patienten selbst getragen werden.

- 8) **Einschränkungen** gibt es auch im Bereich **künstliche Befruchtung**: Es werden nur noch bis zu drei Versuche mit 50 % der Kosten bezahlt.
- 9) **Zuzahlungen**
- a) Als Faustformel gilt, dass die Versicherten für Medikamente 10% der Kosten zuzahlen müssen, mindestens jedoch 5 EURO, höchstens 10 EURO.
 - b) Für jede erste Inanspruchnahme einer ärztlichen sowie zahnärztlichen Behandlung müssen pro Quartal 10 EURO Praxisgebühr bezahlt werden. Überweist der behandelnde Arzt an einen anderen Arzt, muss im laufenden Quartal keine neue Gebühr gezahlt werden. Keine Praxisgebühr wird fällig für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen gehört selbstverständlich auch das Gespräch über die Vorgeschichte, die Untersuchung, die Mitteilung der Befunde und die Beratung.

- c) Bei Heilmitteln und der häuslichen Krankenpflege gilt, dass für jede einzelne Leistung (also für jede Massage, für jede Krankengymnastik usw.) 10% zugezahlt werden müssen. Zusätzlich fallen noch einmal 10 EURO für das Rezept an.
- d) Die Zuzahlungen im Krankenhaus belaufen sich auf 10 EURO täglich für maximal 28 Tage im Jahr.

10) Zuzahlungsbefreiungen

Eine vollständige Befreiung von der Zuzahlungspflicht gibt es seit dem 1.1.2004 grundsätzlich nur noch für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr.

Wichtig: Alle Bescheinigungen der Krankenkasse aus den Jahren vor 2004, wonach Versicherte von der Zuzahlung zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln befreit sind, sind nicht mehr gültig.

Für alle übrigen Versicherten gibt es eine so genannte Belastungsobergrenze: Diese liegt bei 2% des Jahres-Bruttoeinkommens. Bei schwerwiegend chronisch kranken Menschen, die wegen ihrer chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung sind, liegt die Grenze bei 1%. Mehr sollen die Versicherten nicht zahlen müssen.

Für Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Recht der Sozialhilfe oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz beziehen, beträgt die Belastungsobergrenze 2% (für chronisch Kranke 1%) des Jahres-Regelsatzes der Sozialhilfe.

Wichtig: Wer seine Zuzahlungs-Belastungsgrenze erreicht hat, sollte sich unbedingt mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Diese muss dann eine Bescheinigung ausstellen, wonach der Versicherte für den Rest des Jahres von allen Zuzahlungen befreit ist.

Fragen und Antworten zu den neuen Zuzahlungsregelungen

Erfahrungen aus der Patientenberatung

Seit Juli 2001 ist der SoVD Träger eines von 28 bundesweiten Modellprojekten zur Verbraucher- und Patientenberatung. An den Standorten Berlin, Magdeburg und Hannover bietet der SoVD – unabhängig von einer Mitgliedschaft – Unterstützung für Ratsuchende und Angehörige an. Oft werden die Berater zu Neuregelungen zur Gesundheitsreform ab Januar 2004 gefragt.

Nachfolgend die häufigsten Fragen an die Patientenberatung:

Praxisgebühr und Zuzahlungen

Frage: Wie hoch ist die Praxisgebühr und wo wird sie erhoben?

Die Praxisgebühr beträgt zehn Euro pro Quartal und wird bei Hausärzten, Fachärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten fällig. In den Patientenunterlagen wird zwar der Empfang der Praxisgebühr dokumentiert, trotzdem sollten Sie die Quittung gut aufheben.

Frage: Brauche ich seit Januar 2004 generell eine Überweisung zum Facharzt?

Sie brauchen nicht zwingend eine Überweisung für den Facharzt. Ohne Überweisung müssen Sie dort in der Praxis pro Quartal zehn Euro Praxisgebühr entrichten. Die Gebühr entfällt, wenn Sie eine Überweisung von einem anderen Haus- oder Facharzt vorlegen. Sie sollten jedoch wissen, dass die Hausärzte nicht zum Zahnarzt überweisen dürfen. Wer in einem Quartal einen Hausarzt und einen Zahnarzt aufsuchen muss, wird 20 Euro für dieses Quartal zahlen müssen.

Frage: Wie viel muss ich bei Klinikaufenthalten selbst dazu bezahlen?

Für Klinikaufenthalte beträgt die Zuzahlung zehn Euro pro Kalendertag und wird für maximal 28 Tage im Jahr erhoben. Sie müssen also in einem Kalenderjahr höchstens 280 Euro selbst tragen, auch wenn Sie länger als 28 Tage im Krankenhaus bleiben.

Zu diesen 28 Tagen gehören auch die Anschlussheilbehandlungen, die Sie wegen derselben Krankheit anschließend - im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme - durchführen.

Ist die Rehabilitationsmaßnahme nicht auf den Krankenhausaufenthalt bezogen, sondern sollten Sie aufgrund einer anderen Krankheit eine Kurmaßnahme durchführen, müssen Sie weitere 28 Tage (maximal) zuzahlen.

Frage: Muss ich für eine Hauskrankenpflege auch zuzahlen?

Wenn es sich um die häusliche Krankenpflege nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) handelt, sind die Leistungen ebenfalls zuzahlungspflichtig. Unter „häuslicher

Krankenpflege“ versteht man medizinisch-pflegerische Behandlungen, die von einer Krankenschwester durchgeführt werden, wie z.B. Verbände oder Spritzen.

Erhalten Sie jedoch Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI), so müssen Sie nur dann zuzahlen, wenn Sie dies vertraglich mit Ihrer ambulanten Pflegestation vereinbart haben.

Frage: Was muss ich für Medikamente und Heilbehandlungen durch Physiotherapie (Krankengymnastik) bezahlen?

Sie zahlen pro Medikamentenverordnung zehn Prozent, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro dazu. Für ein Medikament mit einem Preis von 65 Euro sind also 6,50 Euro Eigenanteil zu zahlen. Für Medikamente und Verordnungen die mehr als 100 Euro kosten, müssen Sie generell nur zehn Euro Zuzahlung leisten.

Medikamentenpreis	Höhe der Zuzahlung
Weniger als 50 Euro	fünf Euro je Verordnung
Zwischen 50 und 100 Euro	zehn Prozent des Packungspreises (Beispiel: 7,40 Euro für eine Packung, die 74 Euro kostet)
Mehr als 100 Euro	zehn Euro unabhängig vom tatsächlichen Medikamentenpreis

Erhalten Sie Heilmittel (z. B. Massagen), dann müssen Sie zehn Prozent der Kosten plus zehn Euro je Verordnung zuzahlen.

Bei bestimmten Hilfsmitteln (z. B. Vorlagen) beträgt die Zuzahlung zehn Prozent je Packung, höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation (=Heilanzeigen, das heißt Grund oder Umstand, eine bestimmte medizinische Maßnahme durchzuführen).

Frage: Ich war bisher aufgrund meines geringen Einkommens von allen Zuzahlungen befreit. Was passiert mit meiner Befreiung seit Januar 2004?

Die Befreiungen gelten ab dem 1. Januar 2004 nicht mehr, auch wenn Sie zum Beispiel bis Juni 2004 von allen Zuzahlungen befreit waren.

Für alle Versicherten gilt als Belastungsgrenze zwei Prozent des Brutto-JAHRES-Einkommens², für chronisch kranke Menschen ein Prozent. Familien werden durch Kinder- und Ehegattenfreibeträge besonders berücksichtigt.

Wir raten allen Patienten, ihre Zuzahlungs-Quittungen zu sammeln. Ist die Belastungsgrenze von zwei bzw. ein Prozent des Brutto-JAHRES-Einkommens erreicht, kontaktieren Sie Ihre Krankenversicherung und fragen Sie nach einem Antrag zur Zuzahlungsbefreiung für den Rest des Jahres.

² Bruttoeinkommen = gesamtes Einkommen, **bevor** Steuern, Rentenversicherung, Krankenversicherung usw. abgezogen wurden.

Sie können die Belege auch für das ganze Jahr sammeln und bei Ihrer Krankenkasse eine entsprechende Rückerstattung Ihrer Zuzahlungen beantragen.

Frage: Was wird die Krankenkasse als „Zuzahlungs-Quittungen“ anerkennen?

Als Belege werden alle Quittungen anerkannt, die für Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse ausgestellt wurden.

Die Kassen akzeptieren nur solche Zuzahlungsbelege, aus denen

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
- die Art der Leistung (z. B. Arzneimittel/Heilmittel),
- der Zuzahlungsbetrag,
- das Datum der Abgabe und
- die abgebende Stelle (z. B. Stempel)

hervorgehen.

Zahnersatz, selbst finanzierte Medikamente - auch Medikamente, die auf einem Privatrezept verordnet wurden! - oder Brillen gelten nicht als Zuzahlungen und werden in die Belastungsgrenze nicht miteinbezogen.

Frage: Welche Medikamente werden nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt?

Alle Medikamente, die man sich selbst in der Apotheke kaufen kann, werden ab Januar 2004 nicht mehr auf einem Kassenrezept verordnet. Medikamente, die zu einer Verbesserung der persönlichen Lebensführung dienen, wie beispielsweise Viagra oder das Raucherentwöhnungsmittel Zyban, sind zwar verschreibungspflichtig, werden aber auf einem Privatrezept verordnet und sind somit selbst zu zahlen.

Frage: Bin ich als Schwerbehinderter von den Zuzahlungen befreit und gelten die neuen Zuzahlungsregelungen auch für Kriegsbeschädigte?

Auch wenn Sie einen Schwerbehindertenausweis haben, müssen Sie grundsätzlich zuzahlen. Die Zuzahlungsregelungen gelten für alle Patienten.

Ausschließlich die nach dem Bundesversorgungsgesetz anerkannten Schwerkriegsbeschädigten sind von den Zuzahlungen befreit, wenn sie sich wegen ihres Kriegseidens behandeln lassen.

Frage: Mein Kind ist 16 Jahre alt, geht noch zur Schule und ist bei mir in der Familienversicherung mitversichert. Muss es zuzahlen?

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind grundsätzlich von den Zuzahlungen befreit. Wer eine Ausbildung absolviert und selbst in einer Krankenkasse versichert ist, braucht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ebenfalls nichts zu bezahlen.

Frage: Wir sind Sozialhilfe- oder Grundsicherungsempfänger - was kommt auf uns zu?

Auch Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfänger müssen Zuzahlungen leisten. Bei ihnen gilt dieselbe Bemessungsgrenze von einem bzw. zwei Prozent, allerdings wird dieses nicht vom Bruttoeinkommen, sondern vom Regelsatz der jeweiligen Sozialhilfe berechnet.

Fahrtkosten

Frage: Gibt die Kasse noch einen Fahrkostenzuschuss bei Fahrten zur ambulanten Behandlung?

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr erstattet. Liegen zwingende medizinische Gründe vor, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Ausnahmegenehmigung erteilen. Diese muss aber im Vorfeld bei der Krankenkasse beantragt werden. Nachträglich ist keine Erstattung mehr möglich.

Zahnarztbesuch

Frage: Was kommt auf mich zu, wenn ich zur Kontrolluntersuchung zum Zahnarzt gehe und er Karies feststellt?

Vorsorgeuntersuchungen sind nach dem Gesetz weiterhin vom Eigenanteil befreit. Stellt der Zahnarzt im Rahmen dieser Vorsorgeuntersuchung Karies fest und behandelt Sie, müssen Sie die Praxisgebühr entrichten.

Frage: Soll ich jetzt das Bonusheft vom Zahnarzt entsorgen?

Auf keinen Fall! Auch nach der Gesundheitsreform gibt es einen Bonus von der Krankenkasse für diejenigen, die regelmäßig zur Kontrolle zum Zahnarzt gehen.

Falls Sie zu diesen oder anderen gesundheitsrelevanten Themen Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Patientenberatung im Sozialverband Deutschland e.V.:

Die Patientenstellen des Sozialverbandes Deutschland e.V.

Servicestelle Patientenberatung Berlin

Landesverband Berlin-Brandenburg

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Telefon 030 / 72 62 22 40 4

Kurfürstenstraße 131

10785 Berlin

Telefon 030 / 29 04 71 05

Sprechzeiten: persönliche Beratungen nach telefonischer Absprache

E-Mail: berlin@patientenstelle.info

Servicestelle Patientenberatung Hannover

Landesverband Niedersachsen

Herschelstraße 31

30159 Hannover

Telefon: 0511 / 7 01 48 73

Sprechzeiten: montags bis donnerstags 9 bis 16 Uhr

E-Mail: hannover@patientenstelle.info

Servicestelle Patientenberatung Magdeburg

Landesverband Sachsen-Anhalt

Moritzstraße 2F

39124 Magdeburg

Telefon: 0391 / 5 44 97 68

Sprechzeiten: dienstags und donnerstags von 9 bis 16 Uhr

E-Mail: magdeburg@patientenstelle.info

Landesverbände und Landesgeschäftsstellen

- **Baden-Württemberg** 68199 Mannheim, Mundenheimer Str. 11
Tel. 0621/841 41 72
Fax 0621/841 41 73
- **Bayern** 80337 München, Thalkirchner Straße 76/II
Tel. 089/53 07 50 80
Fax 089/54 37 91 06
- **Berlin-Brandenburg** 10785 Berlin, Kurfürstenstraße 131
Tel. 030/26 39 38-0
Fax 030/26 39 38-29
- **Bremen** 28195 Bremen, Ellhornstraße 35-37
Tel. 0421/17 04 23
Fax 0421/1 39 78
- **Hamburg** 22305 Hamburg, Pestalozzistr. 38
Tel.: 040/61 16 07-0
Fax: 040/61 16 07-50
Postanschrift: PF 606426, 22256 Hamburg
- **Hessen** 65197 Wiesbaden, Willy-Brandt-Allee 6
Tel. 0611/8 51 08
Fax 0611/8 50 43
- **Mecklenburg-Vorpommern** 18106 Rostock, Henrik-Ibsen-Str. 20
Tel. 0381/76 86 07 0
Fax 0381/76 86 07 1
- **Niedersachsen** 30159 Hannover, Herschelstraße 31
Tel. 0511/7 01 48-0
Fax 0511/7 01 48 70
- **Nordrhein-Westfalen** 40215 Düsseldorf, Antoniusstraße 6
Tel. 0211/3 86 03-0
Fax 0211/38 21 75
- **Rheinland-Pfalz/Saarland** 67659 Kaiserslautern, Pfründnerstr. 11
Tel. 0631/7 36 57
Fax 0631/7 93 48
- **Sachsen** 09120 Chemnitz, Annaberger Str. 166
Tel. 0371/280 40 00
Fax 0371/280 19 46
- **Sachsen-Anhalt** 39124 Magdeburg, Moritzstr. 2 F
Tel. 0391/25 38 897
Fax 0391/25 38 898
- **Schleswig-Holstein** 24103 Kiel, Muhliusstr. 87
Tel. 0431/98 38 80
Fax 0431/98 38 810
- **Thüringen** 99086 Erfurt, Ammertalweg 29
Tel. 0361/7 31 69 48
Fax 0361/7 31 69 48/49