



Informationen zur Gesundheitsreform 2004

Was ändert sich 2004 für die Patient/inn/en und Versicherten?

Am 1. Januar 2004 tritt ein Großteil der neuen Gesundheitsreform in Kraft: das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, kurz GMG). Die notwendige medizinische Versorgung soll – so das Bundesgesundheitsministerium – auch weiterhin gewährleistet bleiben.

Auf die im Vorfeld vielfach geäußerte Kritik von Patienteninitiativen und -verbänden wurde weitestgehend nicht reagiert: im Kern trifft die Reform ohnehin schon benachteiligte Personengruppen durch Ausgrenzung von Leistungen aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenkassen, erhöhte Zuzahlungen und Einforderung von mehr (finanzieller) Eigenverantwortung. Strukturelle Reformen zur Finanzierung der Krankenversicherung unter Gewährleistung des Solidaritätsprinzips blieben aus; der Weg in die Privatmedizin ist weiter geebnet.

Wir geben Ihnen mit diesem BAGP-Info einen Überblick über wesentliche, Sie unmittelbar betreffende Änderungen, die wir jeweils mit kurzen Einschätzungen und Tipps aus der Beratungsarbeit ergänzt haben. Teilweise können diese hier natürlich nur angerissen werden. Für einige Regelungen des Gesetzes gibt es noch keine Durchführungsbestimmungen, bzw. sind Rechtsverordnungen, die nähere Einzelheiten regeln, noch nicht vollständig ausgearbeitet. Deshalb kann unsere BAGP-Info nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Wir möchten Sie dazu ermutigen, sich bei auftauchenden Fragen noch weiter zu informieren, und an geeigneten Stellen nachzufragen. Wir freuen uns über Rückmeldungen, Ergänzungen, Erfahrungsberichte.

Texte zur politischen Positionsbestimmung der BAGP können bei unserer Geschäftsstelle eingesehen werden, bzw. sind über www.bagp.de nachzulesen.

► Ein Tipp vorweg: Sammeln Sie alle Belege, die Sie ab 1.1.04 für Ihre Gesundheitsausgaben erhalten!!!

BUNDESARBEITS-
GEMEINSCHAFT
DER
PATIENTINNEN-
STELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)

Waltherstr. 16a
80337 München

TELEFON

089 / 76 75 51 31

FAX

089 / 725 04 74

http:

www.bagp.de

mail@patientenstellen.de

Sprechzeiten:

Di - Do

13 - 14 Uhr

und AB

50 Cent

Praxisgebühr

Änderungen

Es gibt eine Praxisgebühr von **10 € pro Quartal** beim Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten, die Sie direkt in der Praxis zahlen.

Bereits bei der telefonischen Inanspruchnahme des Arztes, beim Ausstellen eines Rezeptes oder beim Blutabnehmen wird die Praxisgebühr fällig.

Die Gebühr wird auch im Notfall fällig, **unabhängig** davon, ob Sie im selben Quartal bei einem anderen (Zahn-)Arzt schon einmal zur Kasse gebeten wurden.

Auch wenn Sie sich im Krankenhaus ambulant behandeln lassen, zahlen Sie diese Gebühr, es sei denn Sie haben eine Überweisung.

Dauert eine Behandlung bis in das nächste Quartal, müssen Sie erneut eine Praxisgebühr zahlen.

Ausnahmen

Überweisungen: Wenn Sie von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen werden, zahlen Sie dort im selben Quartal keine Praxisgebühr mehr.

Vorsorge:

Keine Praxisgebühr zu zahlen ist bei:

- den jährlichen Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt im Rahmen der Bonusregelung,
- Vorsorge- und Früherkennungsterminen sowie
- Schutzimpfungen

Von den Praxisgebühren befreit sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Anmerkungen

10 € pro Quartal: egal, wie oft Sie zu *einem* Arzt und zu wie vielen Ärzten Sie mit einer Überweisung gehen, Sie zahlen innerhalb eines Quartals nur einmal die 10 € Praxisgebühr. Diese wird allerdings jeweils auch für den Zahnarzt und den Psychotherapeuten fällig.

Konkret bedeutet das: Auch wenn Sie keine weiteren Zahn/Ärzte ohne Überweisung in Anspruch nehmen auch nicht notfallmäßig und sich gleichzeitig in allgemeinärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung befinden, können bis zu 120 € pro Jahr fällig werden!

Der Hausarzt kann nicht an einen Zahnarzt oder an den Psychologen überweisen, da es sich hier um verschiedene Versorgungsbereiche handelt.

Überweisen darf der Hausarzt zum Facharzt, der Facharzt zu einem weiteren Facharzt, wenn dies zur Behandlung notwendig ist, und der Facharzt wieder an den Hausarzt, wenn die fachärztliche Behandlung abgeschlossen ist und der Hausarzt weiterbehandeln soll.

Zuzahlungen:

Grundsätzlich wird künftig bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 €, mindestens 5 €. Wenn die Kosten unter 5 € liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von allen Zuzahlungen befreit.

Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandsmitteln:

Änderungen

Die Höhe der Zuzahlungen bei Arzneimitteln richtet sich nicht mehr nach der Packungsgröße.

Ihre Zuzahlung beträgt 10% des Apothekerabgabepreises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € pro Arznei- oder Verbandmittel, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels!

Anmerkungen

Beispiele: Ein Medikament kostet 10 €. Sie zahlen den Mindestanteil von 5 €.

Ein Medikament kostet 75 €. Sie zahlen 10% vom Preis, also 7,50 €.

Ein Medikament kostet 120 €. Sie zahlen den Maximalanteil von 10 €.

Hier werden vor allem chronisch erkrankte Menschen, die regelmäßig Medikamente und Hilfsmittel benötigen, schnell ihre Belastungsgrenze erreichen.

Fragen Sie beim Arzt und Apotheker grundsätzlich nach dem günstigsten Mittel, so können Sie Zuzahlungen einsparen.

Zuzahlungen bei Psychotherapie und bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe

Änderungen

Sie müssen 10% der kalendertäglichen Kosten zuzahlen, jedoch höchstens 10 € und mindestens 5 €.

Die Zuzahlung ist bei beiden direkt an die Krankenkasse zu leisten.

Zuzahlungen bei Hilfsmitteln (z.B. Hörgerät, Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, Einlagen...):

Änderungen

Sie haben Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € zu leisten, aber nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Die Zuzahlung ist an die Stelle (z.B. Akustiker und Sanitäts-haus) zu leisten, die das Hilfsmittel abgibt.

Ausnahmen

Sonderregelung: Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz, Stomabeutel) beträgt die Zuzahlung 10% je Verbrauchseinheit/Packung, aber maximal 10 € pro Monat je Indikation.

 **Zuzahlungen bei Heilmitteln** (dazu gehören z.B. Massagen, Bäder, Krankengymnastik..)

 **Änderungen**

Ihre Zuzahlung beträgt 10% der Kosten des Mittels **zuzüglich** 10 € je Verordnung (Rezept). Sie ist an die Stelle zu leisten, die das Heilmittel abgibt.

 **Anmerkungen**

Beispiel:

Wenn Sie z.B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet bekommen, beträgt Ihre Zuzahlung 10 € für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage. Rechenbeispiel: Angenommen eine Massage kostet 20 €, dann haben Sie 10 € für die Verordnung (das Rezept) sowie $6 \times 2 \text{ €}$ ($2 \text{ €} = 10\%$ von 20 €) insgesamt also 22 € zu zahlen.

 **Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege**

 **Änderungen**

Ihre Zuzahlung beträgt 10% der anfallenden Kosten pro Tag zuzüglich 10 € je Verordnung (Rezept). Die Zuzahlung ist begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr und ist direkt an die Krankenkasse zu leisten.

 **Ausnahmen**

Wird häusliche Krankenpflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich, sind keine Zuzahlungen zu erbringen.

 **Zuzahlungen bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation**

 **Änderungen**

Ihre Zuzahlung ist 10 € pro Tag. Bei Anschlussheilbehandlungen ist die Zuzahlung begrenzt auf 28 Tage, und die Krankenhaustage werden angerechnet.

 **Zuzahlungen bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter**

 **Änderungen**

Ihre Zuzahlung ist 10 € pro Tag.

 **Zuzahlungen im Krankenhaus**

 **Änderungen**

Ihre Zuzahlung ist 10 € pro Tag, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Aufenthalte der Anschlussheilbehandlung zählen auch zu diesen 28 Tagen.

Ab 2004 werden folgende Leistungen nicht mehr oder anders finanziert:

 **Sterbegeld und Entbindungsgeld**

 **Änderungen**

Beide sind ab 1.1.2004 aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.

 **Sterilisation**

 **Änderungen**

Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss der/die Versicherte diese Leistung künftig selbst finanzieren.

Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig (durch Krankheit erforderlich) ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.

 **Künstliche Befruchtung**

 **Änderungen**

Die Krankenkasse beteiligt sich zwar weiter an den Kosten allerdings künftig nur für drei Versuche (statt bisher 4) und nur noch 50% der Kosten. Es gibt eine Altersbegrenzung. Anspruch haben Frauen zwischen 25 und 40 Jahren und Männer bis 50 Jahre.

 **Anmerkungen**

Es muss zur teilweisen Kostenübernahme ein Behandlungsplan von der Krankenkasse genehmigt werden, der bestimmten Richtlinien entspricht. Details werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

 **Mutterschaftsgeld**

 **Empfängnisverhütung**

 **Schwangerschaftsabbruch**

 **Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes**

 **Änderungen**

Diese Leistungen gehören nicht mehr in den Leistungskatalog der GKV, werden zukünftig aber weiter über Steuern finanziert.

 **Anmerkungen**

Für Sie als Versicherte ändert sich aber nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.

Einkünfte aus der Tabaksteuer sollen diese Ausgaben decken.

Belastungsgrenze

Belastungsgrenzen und Wegfall der vollständigen Befreiung von Zuzahlungen

Zum 1.1.2004 fällt die bisherige Härtefallregelung weg. Alle Ausweise zur vollständigen Befreiung von den Zuzahlungen verlieren ihre Gültigkeit.

Statt einer vollständige Befreiung von Zuzahlungen gibt es dann Belastungsgrenzen und ab Erreichen dieser eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen.

Alle Versicherten haben zukünftig Zuzahlungen bis zu einer Höhe von 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr zu zahlen. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit (welche Krankheiten dazu gehören, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest) in Dauerbehandlung sind, beträgt diese Grenze 1%. Hier gilt die Absenkung der Belastungsgrenze für den gesamten Familienhaushalt, wenn mindestens eine chronisch kranke Person wegen derselben schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung ist.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden sowohl die Zuzahlungen als auch die Bruttoeinnahmen des Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und des Lebenspartners/Ehegatten zusammengerechnet.

Die Belastungsgrenze errechnet sich wie folgt:

$$\frac{\text{Familienjahresbruttoeinnahmen minus Freibeträge}}{100} \times 2 \text{ (oder } \times 1 \text{ bei chronisch Kranken)} = \text{Belastungsgrenze}$$

Anzurechnende Freibeträge:

Für jedes familienmitversicherte Kind gibt es einen Kinderfreibetrag von 3648 € pro Jahr, der bei der Feststellung der Jahresbruttoeinnahmen berücksichtigt wird, dies gilt auch für Alleinerziehende.

Einen Freibetrag von 4347 € pro Jahr gibt es auch für den im gleichen Haushalt lebenden ersten Angehörigen (Ehegatten/Lebenspartner) unabhängig davon, ob diese/r selbst versichert, familienversichert oder nicht in der Gesetzliche Krankenversicherung versichert ist.

Berechnungsbeispiel

für ein Ehepaar mit einem wegen einer schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung befindlichen chronisch kranken Kind und Familienbruttoeinnahmen von 25.000 € im Jahr:

25.000,00 € Familienbruttoeinnahmen
 - 4.347,00 € Freibetrag für den Ehemann
 - 3.648,00 € Freibetrag für 1 Kind
 = 17.005,00 €
 davon 1% Belastungsgrenze = 170,05 €

Diese Familie hat also eine maximale Zuzahlung von 170,05 € pro Jahr zu leisten, und kann sich ab Erreichen diesen Betrages von der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Gäbe es in diese Familie kein chronisch erkranktes Familienmitglied, läge die Belastungsgrenze bei 2% und damit bei 340,10 € pro Jahr.

Bei **Sozialhilfeempfängern** gilt allein der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und damit als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze der gesamten Familie. Dasselbe gilt für Versicherte, die eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bekommen und für Versicherte, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden.

In diesen Fällen werden zusätzlich aber keine Freibeträge für Angehörige mehr berücksichtigt.

Der Regelsatz liegt – abhängig vom jeweiligen Bundesland – zwischen 282 € und 297 € im Monat. Das ergibt dann für die gesamte Familie mit einer jährlichen Belastungsgrenze von 2% zwischen 67,68 € und 71,28 € maximale Zuzahlung pro Jahr (je nach Bundesland).

WICHTIG:

Sie müssen sich selber darum bemühen eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen zu bekommen, sobald sie Ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Das heißt: Das Sammeln der Belege für gezahlte Zuzahlungen sowie die Antragstellung auf Befreiung bei der Krankenkasse liegen alleine in Ihrem Verantwortungsbereich.

Alle gesetzlich geregelten Zuzahlungen werden künftig für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden: Mehrkosten, Selbstmedikationen und auch Kosten, die Sie für Leistungen ausgeben, die nun nicht mehr die Krankenkasse trägt, wie z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung...!

Haben Sie Ihre Belastungsgrenze erreicht und nachgewiesen, werden Sie und die mitversicherten Familienangehörigen von weiteren Zuzahlungen in dem Kalenderjahr vollständig befreit.

Tipps: Fangen Sie gleich ab Anfang des Jahres 2004 an Ihre Belege/Quittungen für Zuzahlungen, die Sie kostenfrei von den Leistungsanbietern erhalten müssen, zu sammeln! Es werden nur solche Zuzahlungsbelege akzeptiert, aus denen u.a. der Vor- und Zunahme des Versicherten hervorgehen. Der Nachweis kann auch in Form eines Quittungsheftes erbracht werden, erkundigen Sie sich diesbezüglich in der Apotheke.

Holen Sie bei Bedarf auch ausführliche Informationen zu Belastungsgrenze, anzurechnendem Einkommen und der Antragstellung von Ihrer Krankenkasse ein.

Leistungen, die von den Versicherten künftig alleine zu finanzieren sind:

Krankengeld

Änderungen

Ab 2006 wird von Ihnen ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,5% Beitragspunkten erhoben. Dieser Beitrag wird automatisch von der Krankenkasse erhoben.

Anmerkungen

Krankengeld wird dann nur noch über die GKV-Mitglieder finanziert und nicht mehr paritätisch, d.h. die Arbeitgeber leisten hierzu keinen Beitrag mehr.

Am Umfang der Leistungen soll sich nichts ändern.

Das Krankengeld wird wie bisher ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Sehhilfen und Brillen

Änderungen

Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen.

Ausnahmen

Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, für schwer sehbeeinträchtigte Menschen und für therapeutische Sehhilfen, die der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Fahrtkosten

Änderungen

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.

Ausnahmen

Bei zwingenden, medizinischen Gründen, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Ausnahmegenehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen.

Diese Genehmigung ist vor Inanspruchnahme der Leistung von der Krankenkasse einzuholen.

Auch bei den Ausnahmegenehmigungen sind die geltenden Zuzahlungen (10% vom Gesamtpreis mindestens jedoch 5 € und maximal 10 €) zu leisten.

Arzneimittel

Änderungen

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.

Auch Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der „persönlichen Lebensqualität“ dienen (z.B. Potenzmittel, Medikamente zur Raucherentwöhnung), werden nicht mehr erstattet.

Ausnahmen

- Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und
- Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und
- die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Hier gelten dann die gleichen Zuzahlungsregeln, wie bei den rezeptpflichtigen Medikamenten.

Anmerkungen zu Sehhilfen, Brillen, Fahrtkosten und Arzneimitteln

Die genehmigungsfähigen besonderen Ausnahmefälle werden künftig durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festgelegt.

Tipp: Lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse über die Ausnahmeregelungen konkret informieren. Z.B.:

- was heißt „schwer sehbeeinträchtigt“?
- Was sind „zwingende medizinische Gründe“ und „besondere Ausnahmefälle“, bei denen Fahrtkosten übernommen werden?
- Was ist eine Entwicklungsstörung oder eine „schwerwiegende Erkrankung“, bei denen nicht verschreibungspflichtige Medikamente von der Krankenkasse erstattet werden?

...

Ihre Krankenkasse ist Ihnen gegenüber hier zur Information verpflichtet!

Änderungen beim Zahnersatz ab 2005

Hinweis: Bis Ende 2004 gilt der Versicherungsschutz in der bisherigen (bis 31.12.2003 gültigen) Form. Es gilt auch noch die alte Härtefallregelung. Für den Bereich Zahnersatz ändert sich somit 2004 noch nichts.

Änderungen

Ab 2005 wird Zahnersatz aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen, Sie müssen diesen selbst versichern. Ein Versicherungsschutz wird als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Das bedeutet: Sie zahlen für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, der automatisch zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag abgeführt wird, so Sie den Zahnersatz weiterhin über die gesetzliche Krankenversicherung versichern lassen.

Sie können sich auch entscheiden, den Zahnersatz privat zu versichern.

In der gesetzlichen Krankenversicherung soll der monatliche Beitrag für den Zahnersatz unter 10 € liegen, mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag.

Ab 2005 werden *befundbezogene Festzuschüsse* eingeführt (bis dahin gilt die prozentuale Bezuschussung). Hier ist nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung im *Einzelfall* maßgeblich für die Höhe des Zuschusses, sondern diejenige, die in der *Mehrzahl der Fälle* angewandt wird (die sogenannte Regelversorgung). Die Krankenkasse zahlt also nicht mehr einen prozentualen Anteil an den abrechnungsfähigen Zahnersatzkosten sondern nur noch einen feststehenden Zuschuss für eine bestimmte Leistung.

Alles darüber hinaus müssen Sie selber zahlen.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass mit dem Festzuschuss 50% der Kosten der jeweiligen Regelversorgung abgedeckt ist.

Eine Bonusregelung bleibt bestehen sowie eine Sonderregelung für Bedürftige, die dazu führen kann, dass der Beantragende bis zum zweifachen Festzuschuss des Regelsatzes von der Krankenkasse für die Versorgung bekommt.

Anmerkungen

Wenn Sie sich für eine private Versicherung beim Zahnersatz entscheiden, sind Sie an diese Entscheidung gebunden und können mit der Absicherung des Zahnersatzes nicht mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung zurück!!!

Einerseits können Sie sich zukünftig für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Andererseits ist anzunehmen, dass PatientInnen auf finanziellen Mehrbelastungen sitzen bleiben, da die Zahnärzte zusätzlich zum einheitlich festgelegten Zuschuss Privatleistungen anbieten werden. Schon heute bekommen viele PatientInnen von Ihrem Zahnarzt zu hören: „Zu den Kassenbedingungen kann ich Ihnen keine anständige Versorgung machen.“

Es ist auch zu befürchten, dass die Kontrollfunktion der Krankenkasse massiv abnimmt. Ungeklärt ist auch inwieweit das bisher bestehende Gutachtersystem von der Krankenkasse aufrechterhalten bleibt.

Tipps:

- Überlegen Sie gut, wie und wo Sie sich versichern werden und holen Sie vorzeitig vergleichende Informationen ein.
- Nehmen Sie auch 2004 die Kontrolluntersuchung für Ihr Bonusheft in Anspruch.
- Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die Voraussetzungen für die Sonderregelung für Bedürftige und lassen Sie sich diesbezüglich genau beraten.

Einige weitere Neuerungen

Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Krankenkasse können ihren Versicherten, die aktiv Vorsorge betreiben und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnehmen, einen finanziellen Bonus anbieten. Das kann z.B. eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chroniker (DMP)-Programm, an einer integrierten Versorgung oder an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen. Ein Anspruch darauf besteht allerdings nur, wenn die jeweilige Krankenkasse eine entsprechende Regelung in Ihrer Satzung vorsieht.

Tipp: Erkundigen Sie sich diesbezüglich bei Ihrer Krankenkasse.

Die meisten Bonustarife kommen aber vermutlich erst nach dem 1. Quartal 2004.

Rentner

müssen künftig anstatt des bisher halben den vollen Versicherungsbeitrag auf Betriebsrenten (nicht die staatliche Altersrente!) und Nebeneinkünfte in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen.

Sozialhilfeempfänger

sind ab 2004 allen anderen gesetzlich Versicherten gleich gestellt. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte auf Antrag beim Sozialhilfeträger. Die Krankenkassen übernehmen ab jetzt für Sie die Aufwendungen für die Krankenbehand-

lung. Der Sozialhilfeträger erstattet den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale.

Auch für Sozialhilfeempfänger gelten die Belastungsobergrenzen, die Zuzahlungsregelungen und die Praxisgebühr. Ihre Belastungsobergrenze ist 2% ihres jährlichen Jahreseinkommens, als Bemessungsgrundlage dafür gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes (s.o.).

Tipp: Für alle geleisteten Zuzahlungen sollte Extrabedarf beim Sozialhilfeträger beantragt werden.

Chronisch kranke Menschen

können durch Teilnahme an Disease-Management-Programmen teilweise von Zuzahlungen befreit werden. Zudem kann bei schwerwiegender Erkrankung die Regelung der Belastungsgrenze von 1% geltend gemacht werden. Der Versicherte muss aktiv Belege und entstandene Kosten nachweisen, um einen Antrag auf weitere Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze zu stellen. Erst dann wird er für das restliche Jahr von Zuzahlungen befreit.

Arzneimittel per Internetbestellung

Ab 2004 ist der Versandhandel von apothekenpflichtigen Medikamenten freigegeben, d.h. Sie können Ihre Arzneimittel, die in Deutschland zugelassen sind, auch z.B. per Internet bestellen und ins Haus liefern lassen. Auch wenn hier die gleichen Qualitätsanforderungen an die Versandapotheke, wie an die Präsenzapotheke gestellt sind, was Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit angeht, so muss doch auf individuelle persönliche Beratung verzichtet werden! Zum Versandhandel benötigt die jeweilige Apotheke eine Erlaubnis.

Selbstbehalt

Krankenkassen können Ihren freiwilligen Mitgliedern, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen, einen Selbstbehalt anbieten, d.h. die Versicherten tragen einen gewissen Betrag der Behandlungskosten, die die Krankenkasse zu tragen gehabt hätte, im Kalenderjahr selber, dafür bekommen sie z.B. einen niedrigeren Beitragssatz angeboten. Genauer regelt die Satzung der Krankenkasse.

Beitragsrückzahlung

Die Krankenkasse kann Ihren freiwilligen Mitgliedern eine Beitragsrückerstattung anbieten für den Fall, dass von diesen und ihren mitversicherten Angehörigen in einem Kalenderjahr **keine** Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen wurden. Ausgenommen davon sind allerdings Leistungen für Kinder und Jugendliche und Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Genauer regelt die Satzung der Krankenkasse.

Kommentar: Grundsätzlich sehen wir Beitragsrückzahlungen und Selbstbehalte sehr kritisch. Diese Regelungen dürfen nicht dazu führen, dass Versicherte sich viel zu spät in ärztliche Behandlung geben, weil die Beitragsrückerstattung oder niedrigere Beiträge locken. Wenn doch, dann schaden diese Regelungen eher der Gesundheit des Versicherten und haben später auch noch höhere Behandlungskosten zur Folge.

Hausarztmodell

Die Rolle des Hausarztes wird gestärkt. Dieser soll eine Art Lotsenfunktion im Gesundheitswesen einnehmen, bei dem alle Informationen zusammenlaufen, der den Behandlungsverlauf koordiniert und damit sowohl die Qualität der ärztlichen Versorgung als auch die Effizienz der Versorgung auf allen Ebenen verbessern soll. Hausärzte, die an diesem Modell teilnehmen, unterliegen besonderen sächlichen und personellen Anforderungen. PatientInnen, können sich für eine hausarztzentrierte Versorgung entscheiden und dadurch von ihrer Krankenkasse ein Bonus erhalten. Erkundigen Sie sich diesbezüglich bei Ihrer Krankenkasse. Diese informiert Sie auch, welche Hausärzte in Ihrer Umgebung in ein Hausarztmodell eingebunden sind, nicht jeder Hausarzt ist hier zu wählen.

Kommentar: Auch wenn das Hausarztmodell sehr sinnvolle und wünschenswerte Inhalte und Zielsetzungen hat, so bedeutet eine Teilnahme daran jedoch eine Einschränkung der freien Arztwahl, da Sie sich schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von Ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. An diese Verpflichtung sowie an die Wahl des Hausarztes sind Sie dann mindestens ein Jahr gebunden. Auch soll der Hausarzt nur „bei Vorliegen eines wichtigen Grundes“ gewechselt werden. Was hier allerdings ein wichtiger Grund ist, ist nicht näher beschrieben und wird durch die Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt.

Kostenerstattung:

Die Gesetzliche Krankenversicherung erbringt die Leistungen, auf die Sie als Versicherte/r einen Anspruch haben, grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip. Das heißt: Sie bekommen die ärztliche Leistung und die Krankenkasse bzw. die Kassen(Zahn)ärztliche Vereinigung rechnet diese finanziell mit dem Arzt ab.

Ab 2004 können Versicherte sich unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus für die Kostenerstattung entscheiden. Bisher konnten nur freiwillig Versicherte die Kostenerstattung wählen. Bei der Kostenerstattung stellt der Leistungserbringer (z.B. Arzt) der Patientin direkt eine Rechnung, die diese bezahlt und sie anschließend bei der Krankenkasse zur Erstattung einreicht. Diese Wahlmöglichkeit, an der Sie dann mindestens ein Jahr gebunden sind, kann auf die ambulante Behandlung beschränkt werden, umfasst dann aber auch den gesamten ambulanten Versorgungsbereich. Die Krankenkassen sind dazu verpflichtet die Versicherten ausführlich vor dieser Wahl zu beraten.

Kommentar: Der Gesetzgeber begründet diese Wahlmöglichkeit damit, dass durch die Wahlfreiheit die Eigenverantwortung sowie das Kostenbewusstsein gestärkt werden soll. Tatsächlich gibt es aus unserer Sicht aber kaum Gründe für Versicherte sich für die Kostenerstattung zu entscheiden. In vielen Fällen ist diese Wahl mit z.T. wesentlich höheren Kosten verbunden, da die Krankenkasse lediglich auf der Grundlage der in der Gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vergütungsregeln rückerstattet, der Versicherte bei der Kostenerstattung aber gegenüber dem (Zahn)Arzt als Privatpatient in Erscheinung tritt, und hier die Abrechnungsgrundlage die private Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte ist. Auch zieht die Krankenkasse vom Erstattungsbetrag noch adäquate Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab

sowie auch die gesetzlichen Zuzahlungen, so dass immer eine mehr oder weniger große Differenz übrigbleibt, auf denen Sie als Versicherte/r sitzen bleiben.

Die Kostenerstattung bringt v.a. den Ärzten und Zahnärzten Einkommensvorteile, weil sie damit an den gesetzlich Versicherten mehr verdienen.

Ob ein wesentlicher Nutzen bei Kostenerstattung für den Versicherten dadurch entsteht, indem er nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse und wohl eher im Ausnahmefall auch nicht zugelassene Leistungserbringer aufsuchen kann, muss sich im Einzelfall erweisen.

Informieren Sie sich also schon aus Eigeninteressen vor dieser Entscheidung ausführlich über die für Sie damit verbundenen Vor- und Nachteile.

Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten künftig grundsätzlich die Möglichkeit, bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat der EU Leistungserbringer, die über bestehende EU-Richtlinien oder über die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung berechtigt sind, in Anspruch zu nehmen. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich.

Die Abrechnungsgrundlage ist, bis auf wenige anderslautende Vereinbarungen, die Kostenerstattung. Im Fall der Inanspruchnahme werden die Kosten auf der Grundlage der in der Gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vergütungsregeln erstattet, d.h. die Krankenkasse erstattet in Höhe der Vergütung, die sie für Erbringung der Sachleistung auch im Inland zu tragen hätte. Abgezogen werden vom Erstattungsbetrag auch hier ausreichende Abschläge für Verwaltungskosten, fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie möglicherweise anfallende Zuzahlungen. Mögliche Differenzen zwischen Rechnungsbetrag und Erstattung hat der Versicherte also selber zu tragen.

Ausnahme: Die Krankenkasse kann die Kosten für im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen in voller Höhe erstatten, wenn eine dem Stand der medizinischen Kenntnis entsprechende Behandlung im Inland nicht möglich ist. Hier wird die Voraussetzung einer Kostenübernahme wahrscheinlich aber daran gebunden sein, dass die Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung das Vorliegen dieser Voraussetzung geprüft und entsprechend entschieden hat.

Patientenquittung

Nachdem es bis Ende 2003 schon eine Verpflichtung der Ärzte/Zahnärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen zur Unterrichtung über Leistungen und Kosten der PatientInnen gab, die aber mangelhaft bis gar nicht umgesetzt wurde, hat der Gesetzgeber diese Regelung nun neu gestaltet. Ab 2004 sollen die Versicherten *auf Verlangen* direkt nach der Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens aber vier Wochen nach Ablauf des Quartals eine Kosten- und Leistungsinformation *in verständlicher Form* vom Arzt oder Zahnarzt erhalten, im Krankenhaus innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der Behandlung. In dieser Patientenquittung müssen die Leistungen und (vorläufigen) Kosten aufgelistet sein, die der Arzt/das Krankenhaus zu Lasten der Krankenkasse erbracht hat. Laut SGB V hat der Versicherte für eine

quartalsweise schriftliche Unterrichtung eine Aufwandspauschale von 1 Euro plus den Versandkosten zu erstatten.

Kommentar: Hier wird nun endlich ein wichtiger Schritt in Richtung Transparenz der Leistungserbringung und Abrechnung getan. Sie gibt den Gesetzlich Krankenversicherten ein aus unserer Sicht selbstverständliches und wichtiges Informations- und Kontrollinstrument in die Hand, auch wenn diese ohne zusätzliche Kostenbeteiligung der Versicherten möglich hätte sein müssen.

Neue Patientenchipkarte

Bis 2006 soll die bisherige Chipkarte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt werden. Die Neuregelungen betreffen zum einen Änderungen der Funktion und Ausgestaltung der Karte als Krankenversichertenkarte, zum anderen ihre Nutzung als elektronische Gesundheitskarte.

Änderungen der Funktion und Ausgestaltung: Neben den bisherigen Versichertendaten soll die Krankenversichertenkarte zusätzlich ein Lichtbild des Versicherten enthalten, das Geschlecht und eine Angabe zum Zuzahlungsstatus.

Änderung des Nutzens: Hier unterscheidet das Gesetz zwei grundsätzliche Anwendungsbereiche:

1. Die Verwendung der Karte als elektronischer Träger ärztlicher Verordnungen sowie bei der Verwendung als Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen im EU-Ausland. Hier ist die Zustimmung der Versicherten zur Aufnahme dieser Daten *nicht* erforderlich.
2. Die Nutzung der Karte für das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von medizinischen Daten. Hier soll diese Karte auf *freiwilliger* Basis um einen medizinischen Teil erweitert werden können, z.B: Dokumentation der eingenommenen Medikamente, Notfallinformationen, Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen etc. Wichtig ist, dass mit dem Erheben, Nutzen und Verarbeiten dieser Daten tatsächlich erst *nach Einwilligung des Versicherten* begonnen werden darf, diese Einwilligung soll auch jederzeit widerruflich sein.

Kommentar: Aber ob diese sogenannte „intelligente Gesundheitskarte“ tatsächlich wie zugesagt fälschungs- und missbrauchsicher ist und ob die Freiwilligkeit der Erweiterung mit eigenen Gesundheitsdaten auch langfristig gegeben bleibt, sei dahingestellt. Auch ist völlig ungeklärt wie es niedrigschwellig umgesetzt werden soll, dass Krankenversicherte tatsächlichen anbieterunabhängigen Zugriff auf Ihre Daten bekommen, in deren Erhebung sie eingestimmt haben.

Sie sollten sich auf jeden Fall vor einer Entscheidung ausführliche und unabhängige Informationen über Nutzen und Gefahren dieser erweiterten Nutzung der Patientenchipkarte einholen.

Sämtliche Angaben sind ohne Gewähr!

Quellen:

Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Das SGB V in der ab 1.1.2004 gültigen Version

Das Buch: Gesundheitsreform 2004, GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Orłowski/Wasem, Economica Verlag, 2003

*Jeweils aktuelle Informationen sind erhältlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Infotelefon: 089 - 76 75 51 31.*