

Die Gesundheitsreform: Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen – die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick

Prozentuale Zuzahlung

Grundsätzlich wird künftig bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsgrenzen

Alle Zuzahlungen werden künftig für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt.

Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten.

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 % der Bruttoeinnahmen.

Auf Familien wird durch Kinderfreibeträge zusätzlich Rücksicht genommen.

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

Befreiung für Kinder und Jugendliche

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

Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<u>Zuzahlungen</u> ... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 € pro Quartal	Überweisungen: Wer von einem Arzt	10 Euro pro Quartal

	beim Arzt oder Zahnarzt	<p>zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.</p> <p>Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.</p>	<p>bedeutet: egal, wie oft man zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten man (mit Überweisung) geht: man zahlt insgesamt nicht mehr als 10 Euro Praxisgebühr innerhalb eines Quartals</p>
... bei Arzneimitteln und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.		<p>Beispiele:</p> <p>Ein Medikament kostet 10 €. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 €.</p> <p>Ein Medikament kostet 75 €. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 €.</p> <p>Ein Medikament kostet 120 €. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 € begrenzt.</p>

<p>... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege</p>	<p>Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)</p>		<p>Beispiel: Wenn z.B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage.</p>
<p>... bei Hilfsmitteln</p>	<p>Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels</p>	<p>Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 € pro Monat.</p>	
<p>... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe</p>	<p>Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro</p>		
<p>... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation</p>	<p>Zuzahlung von 10 € pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen</p>		

... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	begrenzt auf 28 Tage. Zuzahlung von 10 € pro Tag		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 € pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert 9 Tage.
<u>Leistungen der Krankenkasse</u> - Sterbegeld - Entbindungsgeld - Sterilisation - Künstliche Befruchtung	Werden aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung künftig vom Versicherten selbst finanziert werden Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 % bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre	Ausnahme: Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.	

<ul style="list-style-type: none"> - Sehhilfen / Brillen - Fahrkosten - Arzneimittel 	<p>Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen</p> <p>Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.</p> <p>Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.</p> <p>Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z.B. Viagra) werden nicht mehr erstattet.</p>	<p>Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen</p> <p>Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.</p> <p>Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Mutterschaftsgeld - Empfängnisverhütung - Schwangerschaftsabbruch 	<p>Werden zukünftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die</p>		<p>Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese</p>

- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Krankenkasse abgerechnet werden.		künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 € pro Packung erhöht.
... beim Zahnersatz	Ausgliederung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ab 2005, aber: bleibt eine Pflichtversicherung, die man sowohl bei einer der Gesetzlichen Krankenkasse als auch bei einer privaten Krankenversicherung abschließen kann. In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der monatliche Beitrag pro Versichertem voraussichtlich 6 Euro betragen. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen Beitrag		Es werden „befundbezogene Festzuschüsse“ eingeführt. Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst. Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber heute nichts ändern.
... beim Krankengeld	Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 % erhoben		