

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 qualitätsgesichertem 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 und Anmerkungen
<i>Zuzahlungen</i>		
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt.	Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. Vorsorge: Jährliche Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen und Anmerkungen
<i>Zuzahlungen</i>		
... bei Arzneimitteln und Verbandmittel	Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und max. 10 Euro pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.)	Beispiel: Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung von 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 % der Kosten pro Massage.
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mind. 5 Euro und max. 10 Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber max. 10 Euro pro Monat.
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlungen von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mind. 5 Euro.	
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.	
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf max. 28 Tage pro Kalenderjahr.	
Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen und Anmerkungen

Leistungen der Krankenkasse

- Sterbegeld - Entbindungsgeld	Werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.	
- Sterilisation	Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung künftig vom Versicherten selbst finanziert werden.	Ausnahme: Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen und Anmerkungen
<i>Leistungen der Krankenkasse</i>		
- künstliche Befruchtung	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.	
- Sehhilfen/Brillen	Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen.	Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.
- Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.
- Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet. Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.	Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.
- Mutterschaftsgeld - Empfängnisverhütung - Schwangerschaftsabbruch - Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Werden zukünftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.	

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen und Anmerkungen
<i>Leistungen der Krankenkasse</i>		
... beim Zahnarzt	Der Zahnersatz bleibt im Gesamtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Bis Ende 2004 gilt der Versicherungsschutz in der jetzigen Form. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten.	Das bedeutet konkret: Gesetzlich Versicherte zahlen ab 2005 für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, der automatisch zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag abgeführt wird und voraussichtlich unter 10 Euro liegen wird. In der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen mitversicherte Familienangehörige keinen eigenen Beitrag. Die Versicherten können sich auch entscheiden, den Zahnersatz privat zu versichern. 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.	