

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

Vereinfachte Zuzahlungsregeln

Grundsätzlich wird 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 für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden.

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

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

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 3.648 Euro) und gegebenenfalls den Freibetrag für den Ehepartner (4.347 Euro).

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

Befreiung für Kinder und Jugendliche

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

Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und auf Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen. Dies gilt auch für versicherungspflichtig Beschäftigte, die über solche Einnahmen verfügen.

Zuzahlungsbefreiungen

Seit dem 1. Januar 2004 gelten die alten Befreiungen nicht mehr. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt nach Antrag die jeweilige Kasse für das Kalenderjahr eine Befreiung aus.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<p><u>Zuzahlungen</u></p> <p>... beim Arztbesuch</p>	<p>Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.</p>	<p>Überweisungen: Wer von einem Arzt 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 2 Mal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind davon ausgenommen.</p>	<p>10 Euro pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10 Euro nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind.</p>
<p>... bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln</p> <p>... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege</p>	<p>Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel.</p> <p>Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).</p>		<p><i>Beispiele:</i></p> <p>Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal 10 Euro begrenzt.</p> <p><i>Beispiel:</i></p> <p>Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 % der Massagekosten.</p>

... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorübergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% pro Tag, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<p><u>Leistungen der Krankenkasse</u></p> <p>- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</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>Ausnahmen: Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10% des Preises, mind. 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments.</p> <p>Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.</p>	<p>Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.</p>
<p>- Fahrkosten</p>	<p>Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.</p>	<p>Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.</p>	<p>Bei genehmigten Fahrten müssen 10 %, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen.</p>
<p>- Sehhilfen / Brillen</p>	<p>Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr.</p>	<p>Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Künstliche Befruchtung - Sterilisation - Sterbegeld - Entbindungsgeld 	<p>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.</p> <p>Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.</p> <p>Werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.</p>	<p>Ausnahme: Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Mutterschaftsgeld - Empfängnisverhütung - Schwangerschaftsabbruch - Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 	<p>Für die Versicherten ändert sich nichts, da sie diese Leistungen auch weiterhin von der Krankenkasse erhalten.</p>		<p>Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 erhöht.</p>

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Zahnersatz	Bis Ende 2004 ändert sich nichts. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die Versicherten bezahlen dann für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, voraussichtlich unter 10 Euro. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag. Der Zahnersatz kann auch privat versichert werden.		An Umfang, an der Qualität der Versorgung sowie den Härtefallregelungen wird sich gegenüber heute nichts ändern. Die Bonusregelungen gelten weiterhin. Ab 2005 werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt. Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst.
... beim Krankengeld	Bleibt Leistung der Krankenkasse. Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Bruttoeinkommens erhoben.		Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung, den Arbeitgeber und -nehmer je zur Hälfte zahlen, sinkt um 0,5 Prozentpunkte.