

PATIENTENINFORMATION ZUR GESUNDHEITSREFORM

Sehr geehrte Patienten,

ab dem 01. Januar 2004 tritt voraussichtlich das sog. „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ in Kraft. Dies führt zu **einschneidenden Änderungen** für Sie als **gesetzlich versicherter Patient**. Wir sehen uns in der Pflicht, Sie schon heute über diese Änderungen zu informieren, um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich darauf einstellen zu können. Diese Informationen stammen von der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums zu diesem Thema und sind nahezu wörtlich zitiert.

PRAXISGEBÜHR

Sie zahlen **beim ersten Arztbesuch im Quartal ausnahmslos**, egal ob Sie Ihren Hausarzt oder einen Facharzt besuchen eine **Praxisgebühr von 10 Euro**. Wenn Sie von einem anderen Arzt überwiesen werden und der Besuch im gleichen Quartal stattfindet, zahlen Sie keine Praxisgebühr mehr. Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungs-untersuchungen sowie Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.

Anmerkung:

Der Gesetzgeber zwingt uns die Praxisgebühr von Ihnen einzuziehen, und sie wird von den Kassen, bei Abrechnung unserer Leistungen, vorweg von dem uns zustehenden Honorar abgezogen.

Beispiel: Wir erhielten vor dem 01.01.2004 z.B. 40€ bei Patient XY für unsere erbrachten Leistungen im Quartal. Ab 01.01.2004 erhalten wir, falls Patient XY bei uns die Praxisgebühr entrichten musste, nur noch 30 von den Kassen für die identischen Leistungen.

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. LJ, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.

ARZNEI -UND VERBANDSMITTEL

Sie haben eine **Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro** und maximal 10 Euro pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Beispiel: Ein Medikament kostet 10€, die Zuzahlung ist 5€. Ein Medikament kostet 75€, die Zuzahlung ist 7,50€. Ein Medikament kostet 120€, die Zuzahlung ist 10€.

HEILMITTEL / HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Sie haben eine **Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zzgl. 10 Euro je Verordnung** (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage im Jahr begrenzt).

Beispiel: Auf einem Rezept sind 6 Massagen verordnet: Sie zahlen 10 Euro für das Rezept und 10% der Kosten pro Massage.

HILFSMITTEL

Sie haben eine **Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel, 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. Einlagen bei Inkontinenz):

Zuzahlung von

10 % je Verbrauchseinheit, aber max. 10 Euro pro Monat.

STATIONÄRE VERSORGUNG (KRANKENHAUS) / REHABILITATION

Sie haben eine **Zuzahlung von 10 Euro pro Tag**, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.

STERILISATION

Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, **muss** diese Leistung künftig **vom Versicherten selbst finanziert werden**.

Ausnahme: Medizinisch notwendige Sterilisationen werden weiterhin von den Krankenkassen übernommen.

KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50% bezahlt werden. **Altersgrenzen** für Frauen: 25.-40. Lebensjahr, Männer: -50. Lebensjahr

SOZIOThERAPIE / HAUSHALTSHILFE

Sie haben eine Zuzahlung der **kalendertäglichen Kosten**, jedoch höchstens 10 Euro und **mindestens 5 Euro**.

MEDIZINISCHE REHABILITATION FÜR MÜTTER/VÄTER

Sie haben eine **Zuzahlung von 10 Euro pro Tag**.

STERBEGELD / ENTBINDUNGSGELD

Beide werden **aus dem Leistungskatalog** der gesetzlichen Krankenversicherung **herausgenommen**.

SEHHILFEN / BRILLEN

Grundsätzlich werden sich die **Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen**.

Ausnahme:

Ein Leistungsanspruch besteht weiterhin bei Kindern/Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.

FAHRTKOSTEN

Kosten von **Fahrten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr** von den Kassen **übernommen**. Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen.

MUTTERSCHAFTSGELD / ABTREIBUNG / KRANKENGELD BEI ERKRANKTEM KIND

Diese Leistungen werden künftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.

ZAHNERSATZ

Der Zahnersatz bleibt im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versicherten können wählen, diese Leistung gesetzlich oder privat abzuschließen. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen Beitrag. Es werden „**befundbezogene Festzuschüsse**“ eingeführt. Kosten oberhalb dieser Zuschüsse tragen die Versicherten selbst. Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber dem heutigen Stand nichts ändern.

KRANKENGELD

Ab 2006 wird von den Versicherten ein **Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 %** erhoben.