

Agenturservice-Jupe

Tel.: 02325 - 558 426
Fax : 02325 - 467 0 380

Mobil : 0174 - 29 11111

Mail : info@agenturservice-jupe.de

Web : <http://www.agenturservice-jupe.de>



Deutsche Anwalt- und Notar-Versicherung

Presseartikel

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und seine Auswirkungen auf die Versicherten

Einleitung

1. Zuzahlungen
 - 1.1. Praxisgebühren
 - 1.2. Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel
 - 1.3. Heilmittel
 - 1.4. Hilfsmittel
 - 1.5. Soziotherapie
 - 1.6. Stationärer Krankenhausaufenthalt
 - 1.7. Häusliche Krankenpflege
 - 1.8. Haushaltshilfe
 - 1.9. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

2. Einschränkungen und Streichungen
 - 2.1. Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel
 - 2.2. Sterilisation
 - 2.3. Künstliche Befruchtung
 - 2.4. Fahrkosten
 - 2.5. Sehhilfen / Brillen
 - 2.6. Sterbegeld

3. Belastungsgrenzen für Zuzahlungen
 - 3.1. Härtefallregelungen
 - 3.2. Befreiungsantrag

4. Versicherungsfremde Leistungen

5. Krankengeld

Einleitung

In Deutschland verschlingt das Gesundheitssystem z. Zt. insgesamt 230 Milliarden Euro im Jahr – fast elf Prozent der gesamten Wirtschaftsleistung.

Aus den Beiträgen der gesetzlich Versicherten steht den gesetzlichen Krankenkassen eine Summe von 140 Milliarden Euro zur Verfügung.

Trotz dieser gewaltigen Summen, hat das Gesundheitswesen erhebliche Qualitätsmängel in der medizinischen Versorgung aufzuweisen.

30 Millionen versicherte Erwerbstätige finanzieren 40 Millionen kostenlos mitversicherte Familienangehörige, Rentner, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger.

Das ist nicht mehr bezahlbar.

Reformen im Bereich des Gesundheitssystem wurden dringend notwendig.

Die Bundesregierung reagierte auf diese Situation mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, dass seit dem 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist.

Die Gesundheitsreform 2004 enthält weit reichende Änderungen, die allerdings besonders zu Lasten der Kassenmitglieder gehen. Für die Ärzteschaft, die Apotheker und die Pharmaindustrie hat sich kaum etwas verändert.

1. Zuzahlungen

Durch das GMG hat es eine Umverteilung der finanziellen Lasten gegeben. Leistungen, die bisher aus den von Versicherten und deren Arbeitgebern je zur Hälfte getragenen Beiträgen finanziert wurden, werden künftig über Zuzahlungen finanziert, die vom Versicherten allein zu erbringen sind.

1.1. Praxisgebühren

Gesetzlich Krankenversicherte bezahlen von 2004 an eine Praxisgebühr von 10 € pro Quartal bei erstmaliger Inanspruchnahme eines Arztes. Das kann ein Hausarzt, ein Facharzt oder ein Psychotherapeut sein. Erfolgt eine Überweisung zu weiteren Ärzten, braucht die Praxisgebühr nicht noch einmal bezahlt zu werden.

Die Praxisgebühr wird auch fällig, wenn nur ein Rezept ausgestellt oder Blut abgenommen wird. Auch wer in Notfällen einen Arzt in Anspruch nimmt oder ärztliche Leistungen telefonisch beansprucht zahlt eine Praxisgebühr.

Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig.

Dauert eine Behandlung beim Arzt oder Zahnarzt bis in das nachfolgende Quartal, muss nochmals eine Praxisgebühr bezahlt werden.

Zuzahlungsfrei

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von allen Zuzahlungen befreit, damit auch von den Praxisgebühren. Außerdem sind Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von der Praxisgebühr befreit. Hierzu gehören:

- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:
 - für Frauen ab dem 20. Lebensjahr,
 - für Männer ab dem 45. Lebensjahr
- Gesundheits-Check ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre
- Schutzimpfungen, insbesondere Kinderlähmung, Röteln, Diphtherie, Tetanus, Mumps, Masern, Keuchhusten, Influenza, Hirnhauterreger (Keine Reiseprophylaxe)
- Jährlich zwei Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt

1.2. Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel beträgt die Zuzahlung 10% des Preises,
jedoch mind. 5 € und maximal 10 € pro Arzneimittel.
Liegen die Kosten unter 5 € ist der tatsächliche Preis zu zahlen.

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

Beispiel:

Medikament A kostet 10 €.
Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 €.

Medikament B kostet 75 €.
Die Zuzahlung beträgt 10% vom Preis, also 7,50 €.

Medikament C kostet 120 €.
Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 € begrenzt.

Medikament D kostet 3,50 €.
Die Zuzahlung beträgt wie der tatsächliche Preis 3,50 €.

1.3. Heilmittel

Zuzahlungen erfolgen in Höhe von 10% der Kosten des Heilmittels (z.B. Krankengymnastik, Massagen).

Zusätzlich sind noch 10 € pro Verordnung zu zahlen.

Die Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege sind auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

1.4. Hilfsmittel

Zuzahlungen erfolgen in Höhe von 10% für das Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl) jedoch mindestens 5 € und maximal 10 €.

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 € pro Monat.

1.5. Soziotherapie

Psychisch schwer Kranke können unter bestimmten Voraussetzungen Soziotherapie nach § 37a SGB V erhalten.

Zuzahlungen erfolgen in Höhe von 10% der Kosten, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Tag.

1.6. Stationärer Krankenhausaufenthalt

Für einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Tag, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr zu leisten, unabhängig davon, ob der Aufenthalt auf Grund von stationärer Vorsorge, Behandlung oder Rehabilitation stattfindet.

Beispiel:

2 Tage stationäre Vorsorge im Februar		20 €
10 Tage Krankenhausbehandlung im September	100 €	
21 Tage stationäre Rehabilitation im Oktober		210 €
		<hr/>
	(330 €)	

begrenzt auf max. 28 Tage:
280 €

1.7. Häusliche Krankenpflege

Zuzahlungen erfolgen in Höhe von 10% der Kosten der Leistung.
Zusätzlich sind noch 10 € pro Verordnung zu zahlen.

Die Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege sind auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

1.8. Haushaltshilfe

Wird eine Haushaltshilfe benötigt, z. B. bei Familien mit Kindern, weil die Mutter im Krankenhaus liegt, müssen 10% der Kosten selbst übernommen werden, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Tag.

1.9. Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter („Mutter-und-Kind-Kuren“) müssen 10 € Zuzahlung pro Tag geleistet werden.

2. Einschränkungen und Streichungen

Die folgenden Leistungen werden nicht mehr oder nicht mehr vollständig von den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt.

2.1. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr erstattet, die Versicherten tragen die Kosten selbst.

Arzneimittel die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen werden nicht bezahlt. Dazu zählen Mittel gegen Potenzschwäche oder Impotenz, zur Raucherentwöhnung und Abmagerung, Appetithemmer oder Haarwuchsmittel.

Ausnahmen:

Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.

2.2. Sterilisation

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

Ausnahme:

Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.

2.3. Künstliche Befruchtung

Die künstliche Befruchtung wird von vier auf drei Versuche reduziert. Die Krankenkasse bezahlt jeweils 50% der Kosten.

Die Altersbegrenzung liegt bei Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bei 50 Jahren.

2.4. 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.

Der Patient muss 10% der Fahrkosten zuzahlen, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €. Dies gilt auch für Fahrkosten bei Kindern und Jugendlichen.

Beispiel:

Kosten für die Fahrt zur Behandlung übernehmen die Krankenkassen bei Strahlen- und Chemotherapie sowie bei Dialysepatienten. Sonderregelungen gibt es auch für Schwerbehinderte mit außergewöhnlicher Gehbehinderung, Erblindung oder besonderer Hilfsbedürftigkeit sowie unter vergleichbaren Umständen auch dann, wenn kein Schwerbehindertenausweis vorliegt.

2.5. Sehhilfen / Brillen

Grundsätzlich beteiligen sich die Krankenkassen nicht mehr an Brillengläsern.

Ausnahme:

Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer (weniger als 30% Restscharfe) sehbeeinträchtigte Menschen.

2.6. Sterbegeld

Das Sterbegeld ist aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen worden und wird nicht mehr gezahlt.

3. Belastungsgrenze für Zuzahlungen

Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen liegt – wie bisher – bei 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke bei 1%. Neu ist, dass sämtliche Zuzahlungen bei der Ermittlung der Belastungsgrenze geltend gemacht werden können.

Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen, neben Arbeitseinkommen beispielsweise auch Mieteinnahmen, Abfindungen und Betriebsrenten.

Auf Familien wird verstärkt Rücksicht genommen, sie können pro Kind 3.648 € von ihren anzurechnenden jährliche Bruttoeinnahmen abziehen (bisher 2.856 €). Für den Ehepartner können 4.347 € in Abzug gebracht werden.

Beispiel:

Familie mit 2 Kindern
gemeinsames Bruttoeinkommen von 40.000 €
abzüglich Freibetrag für Ehepartner
4.347,00 €
abzüglich Freibetrag für 2 Kinder
7.296,00 €

Das ergibt einen Bezugswert von
28.357,00 €
davon 2%

567,14 €

Diese Familie hat Zuzahlungen in Höhe von maximal 567,14 € zu leisten.

3.1. Härtefallregelungen

Das neue Gesetz hat festgelegt, dass lediglich „schwerwiegend chronisch Kranke“ eine Verminderung der Zuzahlungshöhe von 2% auf 1% ihres Bruttoeinkommen erhalten sollen.

Als chronisch krank gilt, wer in Dauerbehandlung ist und ein Jahr lang mind. einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit nachweisen kann und es liegt zusätzlich eine

- Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe 2 oder 3 vor
oder
- es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mind. 60% vor.

Wenn der behandelnde Arzt eine entsprechende Bescheinigung ausstellt, kann die Krankenkasse eine Herabsetzung der Belastungsgrenze von 2% auf 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen vornehmen.

3.2. Befreiungsantrag

Damit Kassenmitglieder eine Befreiungsbescheinigung erhalten können, müssen alle Quittungen über geleistete Zuzahlungen gesammelt werden. Sobald die Belastungsgrenze innerhalb eines Jahres erreicht wird, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung beantragt werden. Dann wird eine Bescheinigung erstellt, dass das Kassenmitglied für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten braucht.

4. Versicherungsfremde Leistungen

Über die Steuern werden folgende Leistungen finanziert:

- Mutterschaftsgeld
- Empfängnisverhütung
- Schwangerschaftsabbruch
- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Diese Leistungen liegen im gesamtgesellschaftlichen Interesse und werden aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 € pro Packung erhöht.

Die Leistungen gibt es weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen, weil die Erbringung medizinischer Leistungen und Lohnersatzleistungen dort zur Routine gehört und es auch Verknüpfungen mit anderen Leistungen gibt. Entscheidend ist, dass die entstandenen Kosten erstattet werden.

5. Krankengeld

Das Krankengeld bleibt weiterhin eine Leistung der Krankenkasse. Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Bruttoeinkommens (bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung) erhoben.

Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung, den Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte zahlen, sinkt um 0,5%. Die finanzielle Belastung zur Absicherung des Krankengeldes, liegt dann nur noch beim Arbeitnehmer.