

Gesundheitsreform: Neue Regeln bei Zuzahlungen

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
Zuzahlungen:			
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 EUR 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: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	10 EUR pro Quartal 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 EUR Praxisgebühr innerhalb eines Quartals
... bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Verbandsmitteln	Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.		Beispiele: Ein Medikament kostet 10 EUR. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 EUR. Ein Medikament kostet 75 EUR. Die Zuzahlung beträgt 10% vom Preis, also 7,50 EUR. Ein Medikament kostet 120 EUR. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 EUR begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zuzüglich 10 EUR 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 10 EUR für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage.
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR. 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 EUR pro Monat.	
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 EUR und mindestens 5 EUR		
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert 9 Tage.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	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.	
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.	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.
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.		Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 EUR 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 EUR 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		