

Die Gesundheitsreform - Damit Deutschland gesund bleibt.

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

auch in Zukunft können Sie in Deutschland bei Krankheit sicher sein, dass Sie die medizinische Versorgung bekommen, die Sie brauchen. Das gilt unabhängig von Alter und Einkommen. Mit der Gesundheitsreform ab 1. Januar 2004 haben wir die Weichen gestellt, die drängendsten Probleme zu lösen, die Beiträge zu senken, die Ausgaben zu bremsen und den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. Wir haben Ihre Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten deutlich erweitert. Machen Sie mit! Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

Ihre



Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit und
Soziale Sicherung

MEHR MITSPRACHE.

Die Gesundheitsreform stärkt die Informationsmöglichkeiten und Beteiligungsrechte von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten.

DIE PATIENTENQUITTUNG:

Zukünftig können Sie sich von Ihrem Arzt eine Patientenquittung ausstellen lassen. So können Sie noch einmal nachvollziehen, welche Behandlungen bei Ihnen angewandt wurden.

DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE:

Ab 2006 wird die bisherige Versichertenkarte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Sie wird die Versichertenangaben enthalten und alle Daten, die zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts erforderlich sind. Dazu, auf freiwilliger Basis, gibt es einen medizinischen Teil mit Gesundheitsdaten wie z.B. Blutgruppe, Allergien oder chronischen Erkrankungen.

DER VERSICHERTENBONUS:

Die Krankenkassen können künftig gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten wie z.B. die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Präventionsprogrammen mit einem Bonus belohnen. Fragen Sie Ihre Krankenkasse!

BESSERE INTERESSENVERTRETUNG:

Ab 2004 wird es in allen Gremien zur Pflicht, dass Vertreter organisierter Patienteninteressen unmittelbar in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

DIE ODER DER PATIENTENBEAUFTRAGTE:

Zukünftig wird es eine Patientenbeauftragte oder einen Patientenbeauftragten geben, der Ihre Interessen auf Bundesebene vertritt. Sie können sich mit Anfragen und Beschwerden an diese neue Stelle wenden.

Wenn Sie Fragen haben:

Bürgertelefon zum Nulltarif

Montags bis donnerstags von 8 bis 20 Uhr

- Krankenversicherung/Gesundheitsreform 0800/15 15 15-9
- Infos für behinderte Menschen/
Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen
2003/0800/15 15 15-2
- Pflegeversicherung 0800/15 15 15-8

MEHR QUALITÄT.

Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird. Sie fördert gezielt die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.

DAS HAUSARZTSYSTEM:

Die Krankenkassen müssen Ihnen künftig ein Hausarztssystem anbieten. Das bedeutet: Patientinnen und Patienten können sich künftig für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt.

AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS:

Künftig können Ihnen auch Krankenhäuser im ambulanten Bereich hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten. Dies ist besonders wichtig in ländlichen Gegenden und für chronisch kranke Menschen.

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN:

In medizinischen Versorgungszentren arbeiten zukünftig alle an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte, Therapeuten und andere Heilberufler zusammen. So werden die Medikamente besser abgestimmt, Doppeluntersuchungen werden vermieden. Hier erhalten Sie besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand. Der Weg zur Gesundheit wird kürzer.

DER QUALITÄTSGEPRÜFTE ARZT:

In Zukunft müssen sich Ärztinnen und Ärzte regelmäßig fortbilden und dies nachweisen. Die Seminare müssen dabei qualitätsgeprüft sein, deren Inhalte frei von Interessen der Wirtschaft.

DAS INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT:

Es wird ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geben. Dort werden Arzneimittel, Therapien und Operationsverfahren auf ihren Nutzen untersucht und bewertet, und das immer nach dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft. Die Ergebnisse werden Ihnen in leicht verständlicher Sprache zugänglich gemacht.

MEHR EFFIZIENZ.

Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Deshalb stärkt sie den Wettbewerb und ermöglicht leistungsfähige Strukturen.

NEUE FESTBETRAGS-REGELUNG BEI ARZNEIMITTELN:

Künftig wird nur noch bei solchen Arzneimitteln auf Festbeträge verzichtet, die eine echte Verbesserung in der medikamentösen Behandlung bringen. Für Medikamente, bei denen es sich nur um leichte Abwandlungen bereits vorhandener Mittel handelt, gilt dies nicht.

NEUE HONORARE FÜR APOTHEKER:

Ein Apotheker bekommt künftig für alle verschreibungspflichtigen Arzneien den gleichen Zuschlag, unabhängig von Packungsgröße und Preis. So steigt auch für den Apotheker der Anreiz, Ihnen ein günstigeres Präparat mit gleichen Wirkstoffen zu empfehlen.

FREIE PREISE FÜR REZEPTFREIE PRODUKTE:

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneien und Produkte werden künftig nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben, sondern unterliegen dem freien Wettbewerb. Sie entscheiden zukünftig durch die Wahl Ihrer Apotheke, was Sie von den jeweiligen Preisen halten.

VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN:

Wie in anderen europäischen Staaten wird der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch in Deutschland freigegeben.

KORRUPTION BEKÄMPFEN:

Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind zukünftig verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten einzurichten.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG:

Da die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren überdurchschnittlich angestiegen sind, werden sie zukünftig „gedeckt“. Liegen die Verwaltungskosten einer Krankenkasse pro Mitglied mehr als zehn Prozent über dem Durchschnitt, dann werden sie eingefroren.

IMPRESSUM .

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Reden, Besucherdienst
11017 Berlin

Stand: 17. 10. 2003

Konzeption und Gestaltung:
Zum goldenen Hirschen

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service

- Schreiblefon 0800/11 10 00-5
- Fax 0800/11 10 00-1

Internet/E-Mail

- www.bmgs.bund.de - info@bmgs.bund.de

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 Kinder-freibeträge 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 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.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen und Anmerkungen			
Zuzahlungen					
... 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.	– 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.	
... bei Arzneimitteln und Verbandmitteln	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.		– 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.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zusätzlich 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 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage.	– 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.
... 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. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	– Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet. Arzneimittel, die über-wiegend 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.
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		– 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.	
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		... beim Zahnersatz	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.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		... beim Krankengeld	Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% erhoben.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.				
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.			