

Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen nach dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)

Die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick (gültig, soweit nicht anders bestimmt, ab 01.01.2004)

Prozentuale Zuzahlung

Grundsätzlich wird künftig bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 EUR, mindestens 5 EUR. Wenn die Kosten unter 5 EUR liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsobergrenzen

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 Kinderfreibeträge 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	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 Arzneimitteln und Verbandmitteln	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.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... 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.
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	Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die	

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
	Krankenkasse übernommen.	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.	
Mutterschaftsgeld Empfängnisverhütung Schwangerschafts Abbruch 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	Ab 2005 können die Versicherten entscheiden, ob sie den Zahnersatz gesetzlich oder privat absichern wollen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der monatliche Beitrag pro Versichertem voraussichtlich unter 10 EUR liegen. 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		

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Überreicht durch:  Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.