

INHALT

GEWERKSCHAFTEN

POCHEN WEITER AUF GESUNDE REFORM 4

REFORM BITTET KRANKE ZUR KASSE 9

Zuzahlungen von A-Z 10
Zuzahlungen 12
Praxisgebühr 12
Belastungsgrenzen bei Zuzahlungen 13



LEISTUNGEN, DIE DIE KRANKENKASSEN

NICHT MEHR BEZAHLEN 17

Diese Leistungen werden ganz gestrichen 17

Sterbegeld 17

Entbindungsgeld 18

Diese Leistungen werden gestrichen – es gelten aber Ausnahmen: 18

Sehhilfen/Brillen 18

Fahrkosten 18

Arzneimittel 19

Sterilisation 20

Diese Leistung wird nur noch teilweise bezahlt: 21

Künstliche Befruchtung 21

NEUE ANGEBOTE DER KASSEN 23

Bonusprogramme 24

Kostenerstattung 25

Zusatzversicherungen 27

NEUE ANGEBOTE FÜR FREIWILLIG VERSICHERTE 29

Selbstbehalt 29

Beitragsrückgewähr 30

NEUE LEISTUNGEN DER KRANKENKASSEN 33

Medizinische Versorgungszentren oder Polikliniken 34

Hausarztssystem 34

Integrierte Versorgung 35

Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten 35

Facharztbehandlung im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen 36

Leistungen im Ausland 37

ÄNDERUNG DER FINANZIERUNG 39

Zahnersatz 39

Krankengeld 40

Beiträge aus Betriebsrenten, Versorgungsbezügen und selbstständiger Arbeit 41



RAT UND HILFE 43

GEWERKSCHAFTEN POCHEN WEITER AUF GESUNDE REFORM

Am 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in Kraft getreten. Nach Meinung der Gewerkschaften hätten mit dieser Reform die Stärken unseres Gesundheitswesens gefördert und die Mängel beseitigt werden sollen. Dieses Ziel ist aber leider nicht erreicht worden. An den Strukturen der gesundheitlichen Versorgung, die der Qualitätsverbesserung und einem Ende der Geldverschwendung entgegenstehen, wurde kaum gerüttelt. Stattdessen werden hauptsächlich Kranken und Versicherten höhere Kosten aufgebürdet.

Wir haben eines der besten und teuersten Gesundheitssysteme der Welt. In unserer sozialen Krankenversicherung sind fast 90 % der Bevölkerung versichert. Für die Gesundheitsversorgung ist mehr Geld vorhanden, als in den meisten anderen Ländern.

Rund 4 Millionen Menschen kümmern sich in unterschiedlichen Berufen um unsere Gesundheit. Es gibt kaum eine akute Erkrankung, die nicht behandelt werden kann.

Aber unser Gesundheitswesen entspricht nicht mehr den modernen Anforderungen an eine wirklich gute gesundheitliche Versorgung: Die Behandlung chronischer Erkrankungen verläuft weitgehend unkoordiniert. Aufeinander abgestimmte Behandlungsprogramme fehlen. Behandlungsstandards und Leitlinien sind nur selten vorhanden. Vorbeugung vor Krankheit und Wiederherstellung von Gesundheit sind unterentwickelt. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten hat erhebliche Mängel. Unser Gesundheitssystem ist von den Interessen der Leistungserbringer – wie Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser und Pharmaindustrie – geprägt. In einem modernen Gesundheitssystem muss aber der Patient die Hauptrolle spielen.

Die Gewerkschaften haben sich deshalb für eine Gesundheitsreform stark gemacht, die

- eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Menschen garantiert,

- Prävention, ambulante und stationäre Versorgung und Rehabilitation eng miteinander verzahnt (Integrierte Versorgung),
- die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert und
- die gesundheitliche Versorgung hochwertig und gleichzeitig wirtschaftlich gestaltet.

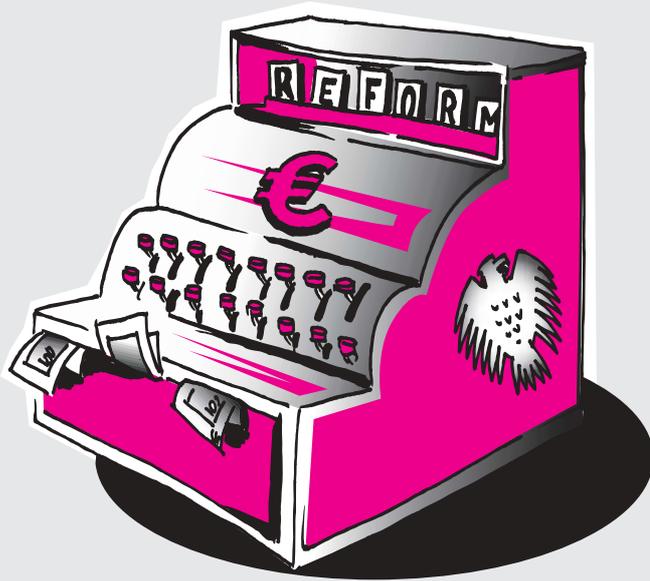
Das GKV-Modernisierungsgesetz wird unseren Zielen nicht gerecht. Bei der „Gesundheitsreform“ musste nach einem Konsens zwischen den großen Parteien gesucht werden. Deshalb sind viele gute Lösungen auf der Strecke geblieben.

Zwar sind Ansätze gefunden worden, die eine Integrierte Versorgung und Gesundheitszentren fördern. Auch gibt es erste Schritte zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Patienten, zu denen die flächendeckende Einführung des Hausarztmodells und das neue Zentrum für Qualität in der Medizin gehören. Diese Chancen müssen jetzt genutzt werden. Aber diese Einzelmaßnahmen reichen nicht aus. Stattdessen hat die Politik wieder zu Maßnahmen gegriffen, die an den eigentlichen Problemen vorbei gehen. Versicherte und Kranke werden mit erheblichen finanziellen Belastungen zur Kasse gebeten.

Generelle Zuzahlungen bei allen medizinischen Leistungen und Medikamenten, Streichung von ganzen Leistungsbereichen sowie die einseitige Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld allein durch die Versicherten werden viele Menschen erheblich belasten und nicht wenige finanziell überfordern. Dagegen werden Unternehmen und Leistungserbringer geschont.

Dieses Ungleichgewicht zu Lasten der Versicherten und Kranken führt nicht zur sinnvollen Weiterentwicklung der solidarischen Krankenversicherung. Ein weiterer Griff in die Taschen der Menschen ändert nichts an der Fehlsteuerung und Geldverschwendung. Die Probleme im Gesundheitswesen werden nur verschärft.

Die Gewerkschaften werden deshalb auch in Zukunft alles daran setzen, zu sinnvollen Reformen zu kommen. Neben einer wirklichen Strukturreform steht dabei an erster Stelle eine Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Gewerkschaften steht dabei die Stärkung der Solidarität im Vordergrund. Denn nur so können wir sicherstellen, dass alle Bürger unabhängig von ihrem Einkommen die gesundheitliche Versorgung erhalten, die sie im Krankheitsfall benötigen. Das ist das Ziel gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik.



REFORM BITTET KRANKE ZUR KASSE

Die Reform bringt den Versicherten höhere Gesundheitskosten: Zahnersatz und Krankengeld werden aus der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Für die Beiträge müssen die Beschäftigten nun alleine aufkommen. Die Arbeitgeber sind bei Zahnersatz ab 2005 und bei Krankengeld ab 2006 nicht mehr mit im Boot.

Doch damit noch nicht genug: Mit der Reform wurden die Zuzahlungen erheblich erhöht, rezeptfreie Medikamente werden von den Kassen künftig ebenso wenig bezahlt wie Fahrten zum Arzt oder zur Klinik. Von einigen Ausnahmen abgesehen, müssen Kranke künftig einmal im Quartal für den Besuch beim Arzt eine Gebühr bezahlen.

ZUZAHLUNGEN VON A-Z

Die Zuzahlungen zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen im Überblick. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit.

Anschlussheilbehandlung (an einen Krankenhausaufenthalt)	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Arztbesuch	10 € pro Quartal Praxisgebühr jeweils beim Arzt, beim Zahnarzt und beim Psychotherapeuten. Ausnahmen: Vorsorgeuntersuchungen, Überweisungen zu einem anderen Arzt
Arzneimittel	10% des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 € – jedoch nicht mehr als der Preis des Medikaments
häusliche Krankenpflege	10% der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10% der Kosten je Kalendertag, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Heilmittel (z.B. Krankengymnastik)	10% der Kosten, zuzüglich 10 € je Verordnung

Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Gehhilfen)	10% des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €. – jedoch nicht mehr als den vollen Preis
Krankenhaus	10 € pro Tag, für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr
medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	10 € pro Tag ohne Begrenzung
Rehabilitation und stationäre Vorsorge	10 € pro Tag ohne Begrenzung
Soziotherapie (Beratung für schwer psychisch Kranke)	10% der Kosten je Kalendertag, mindestens 5 €, höchstens 10 €
Verbandmittel	10% des Preises, mindestens 5 €, höchstens 10 €

Zuzahlungen

Grundsätzlich müssen Sie zu allen Leistungen 10 % zahlen – mindestens 5 €, höchstens 10 €. Leistungen bis zu 5 € müssen vollständig vom Patienten bezahlt werden. Das gilt zum Beispiel für Medikamente, Hilfsmittel oder Krankengymnastik. Für ärztliche Leistungen ist eine Praxisgebühr zu entrichten. Im Krankenhaus, bei häuslicher Krankenpflege und Anschlussheilbehandlung sind 10 € pro Tag für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr zu zahlen.

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr in Höhe von 10 € fällt grundsätzlich beim ersten Arztbesuch im Quartal an – auch wenn Sie sich dort nur ein Rezept für Ihre Medikamente ausstellen lassen. Ausgenommen sind Ihre Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt oder Zahnarzt. Auch wenn Sie zur Notfallambulanz Ihres Krankenhauses gehen und zuvor noch nicht in diesem Quartal eine Praxisgebühr entrichtet haben, wird diese dort fällig. Wenn eine ärztliche Behandlung über das Quartal hinausgeht, müssen Sie auch im neuen Quartal eine Praxisgebühr beim ersten Arztbesuch entrichten. Wenn Sie zum weiterbehandelnden Arzt überwiesen und dort im selben Quartal behandelt werden, muss die Praxisgebühr nicht erneut bezahlt werden. Überweisungen können vom Hausarzt und vom Facharzt ausgestellt werden.

TIPP

Damit Sie nicht mehrmals im Quartal die Praxisgebühr beim Arzt zahlen müssen, sollten Sie sich immer eine Überweisung ausstellen lassen. Waren Sie zuerst bei einem Facharzt, kann auch dieser Sie an einen anderen Arzt überweisen. Nicht zu empfehlen ist es, mit einer erforderlichen Behandlung am Ende eines Quartals zu warten, um die Praxisgebühr für ein Quartal zu sparen. Sparen an der falschen Stelle gefährdet Ihre Gesundheit.

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über deren Angebot von Hausarztmodellen. Einige Krankenkassen reduzieren die Zuzahlung beim Arztbesuch, wenn Sie am Hausarztmodell teilnehmen. Hausarztmodelle werden von jeder Krankenkasse angeboten.

Eine Ausnahme soll es aber beim Psychotherapeuten geben. Ärzte und Krankenkassen haben sich darauf geeinigt, dass die Praxisgebühr dort trotz Überweisung anfällt.

Zum Zahnarzt kann nicht überwiesen werden. Wenn Sie über die Vorsorge hinaus Zahnbehandlung benötigen, wird auch dort die Praxisgebühr fällig. Wer im gleichen Quartal Arzt, Psychotherapie und Zahnarzt benötigt, zahlt dreimal die Praxisgebühr.

Belastungsgrenzen bei Zuzahlungen

Die alte Regelung, die sogenannte Härtefall-Regelung, mit der bestimmte Personen vollständig von Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel befreit waren, ist mit der Gesundheitsreform ab Januar 2004 abgeschafft. Mit einer Ausnahme: Bei der Versorgung mit Zahnersatz bleibt die Härtefall-Regelung im Jahr 2004 noch bestehen.

Stattdessen muss jetzt jeder Patient Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandmitteln, bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege sowie im Krankenhaus und bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze leisten. Mit dem Erreichen der Belastungsgrenze werden keine Zuzahlungen mehr fällig.

Allgemein gilt, dass die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten nicht 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt überschreiten darf. In das Bruttojahreseinkommen wird nicht nur das Einkommen aus einer Beschäftigung, sondern darüber hinaus alle weiteren Einkommen eingerechnet, die der Sicherung des Lebensunterhaltes dienen. Dies sind Ihr Arbeits-einkommen, Ihre Rente, Sozialhilfe, Abfindungen oder Betriebsrenten. Auch Miet- und Pachteinnahmen gehören dazu.

Im Gegenzug dazu werden alle Zuzahlungen des Versicherten und seiner Angehörigen zusammengezählt. Für Familien gibt es Kinderfreibeträge, mit denen das Haushaltseinkommen kleiner gerechnet und damit die Grenze, ab der keine Zuzahlungen mehr geleistet werden müssen, schneller erreicht wird. Für jedes Kind werden 3.648 Euro vom jährlichen Haushaltseinkommen abgezogen. Abweichend davon ist für Sozialhilfeempfänger nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands zur Berechnung des Einkommens maßgeblich.

TIPP

Sammeln Sie alle Belege! Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken müssen Ihnen Quittungen über die geleisteten Zuzahlungen ausstellen.

Reichen Sie die Belege schon während des Jahres bei Ihrer Krankenkasse ein, damit schnell festgestellt werden kann, ob Sie Ihre persönliche Belastungsgrenze bereits erreicht haben und keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze bei Zuzahlungen 1 Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens. Welche schweren Krankheiten als chronisch gelten, hat der Gesetzgeber nicht bestimmt. Diese Festlegung erfolgt zwischen Krankenkassen und Ärzten auf Bundesebene. Für jeden chronisch Kranken – gleichgültig, ob er bisher vollständig von allen Zuzahlungen befreit war oder soeben erst erkrankt ist - ist es deshalb ratsam, sofort bei der Krankenkasse nachzufragen, welche Krankheiten als chronisch gelten, um die geringere Belastungsgrenze in Anspruch nehmen zu können.

Wenn Versicherte die Belastungsgrenze vor dem Ende eines Kalenderjahres erreicht haben, muss Ihnen Ihre Krankenkasse eine Bescheinigung ausstellen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr erforderlich sind. Diese Bescheinigung benötigen Sie, weil Ihr Arzt, Ihre Apotheke oder das Krankenhaus, in dem Sie behandelt werden sollen, nicht wissen, wie viel Zuzahlungen Sie im Laufe des Jahres schon geleistet und ob Sie Ihre Belastungsgrenze damit schon erreicht haben. Diesen Kenntnisstand hat ausschließlich Ihre Krankenkasse.



LEISTUNGEN, DIE DIE KRANKENKASSEN NICHT MEHR BEZAHLEN

Das Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz sieht vor, dass einige Leistungen der Krankenkassen, auf die Versicherte bisher einen Anspruch hatten, ab 2004 nicht mehr oder nur noch in Ausnahmefällen gewährt werden.

Diese Leistungen werden ganz gestrichen:

Sterbegeld

Der Zuschuss zu den Bestattungskosten beim Tod eines Versicherten entfällt in Zukunft. Bisher hatten nur Versicherte, die am 01.01.1989 in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert waren, Anspruch auf das Sterbegeld.

Entbindungsgeld

Auch die Zahlung eines einmaligen Entbindungsgeldes in Höhe von 77 € wird ab 2004 gestrichen. Entbindungsgeld erhält derzeit noch, wer keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hat. Alle anderen Leistungen im Zusammenhang mit der Geburt werden von den Krankenkassen nach wie vor bezahlt.

Diese Leistungen werden gestrichen – es gelten aber Ausnahmen:

Sehhilfen/Brillen

Grundsätzlich gilt, dass die Zuschüsse der Krankenkassen zu Brillengläsern oder Kontaktlinsen nicht mehr gezahlt werden. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren und bei Menschen mit schwerer Sehbeeinträchtigung gibt es auch in Zukunft Zuschüsse. Bei welchen schweren Sehbeeinträchtigungen Sie auch weiterhin mit einem Zuschuss rechnen können, sollten Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen, da die notwendigen Richtlinien auf Bundesebene erarbeitet werden.

Fahrkosten

Kosten für die Fahrt zu einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus oder beim niedergelassenen Arzt werden in Zukunft nicht mehr von den Krankenkassen übernommen. Ausnahmen können die Krankenkassen

zinnischen Gründen die Fahrt in einem Taxi oder mit einem anderen Fahrdienst notwendig ist. Um sicher zu gehen, dass Sie in diesem Fall eine Fahrkostenerstattung erhalten, müssen Sie sich aber vorher von Ihrer Krankenkasse eine Genehmigung holen. Auch in Zukunft gilt aber, dass Fahrkosten, die im Rahmen der Verlegung von einer Klinik in eine andere sowie während der stationären Behandlung zur Untersuchung in einer Spezialabteilung einer anderen Klinik und in Notfällen, von den Krankenkassen bezahlt werden.

Arzneimittel

Ab 2004 werden rezeptfreie, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt. Man nennt diese Medikamente auch OTC-Präparate, weil sie „Over The Counter“, also „über den Ladentisch“, ohne Rezept verkauft werden. Auch hierbei gibt es Ausnahmen: Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Entwicklungsstörungen können diese Arzneimittel weiterhin vom Arzt verordnet und bei den Krankenkassen abgerechnet werden. Auch bei der Behandlung von schweren Erkrankungen werden in Zukunft nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel von den Kassen bezahlt, sofern sie vom Arzt verordnet sind. Beispiele hierfür sind Aspirin für Schlaganfallpatienten oder Mistelpräparate zur Krebsbehandlung.

Welche weiteren rezeptfreien Medikamente als Therapiestandard und damit als Leistung der Krankenkassen gelten, wird von Kassen und Ärzten gemeinsam festgelegt. Auch darüber geben Ihnen Ihre Krankenkassen Auskunft, wenn Sie nicht sicher sind, ob die bisher verordneten Arzneimittel noch erstattet werden. Daneben wird die Anzahl der sogenannten nicht-erstattungsfähigen Medikamente erhöht. Schon bisher mussten Präparate gegen Erkältung, Verdauungsprobleme und Reisekrankheiten von den Versicherten selbst bezahlt werden.

Sterilisation

Die Kosten für eine Sterilisation bei Frauen und Männern wird von den Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr übernommen, weil - so die Begründung des Gesetzgebers - die Sterilisation zur persönlichen Lebensplanung der Menschen gehöre. Falls eine Sterilisation aus medizinischen Gründen notwendig ist, zum Beispiel, weil eine Schwangerschaft das Leben der Frau gefährdet, werden die Kosten des Eingriffs auch weiterhin von den Kassen getragen.

Diese Leistung wird nur noch teilweise bezahlt:

Künstliche Befruchtung

Die Krankenkassen übernehmen nur noch eingeschränkt die Kosten für künstliche Befruchtungen. Ab 2004 werden nur noch 50 Prozent der Kosten und für höchstens drei Versuche - früher vier - von den Krankenkassen bezahlt. Die anderen 50 Prozent müssen die Versicherten selbst tragen. Für die Übernahme der Kosten gibt es zudem nun eine Altersbegrenzung. Künftig werden die Krankenkassen nur noch für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahren die Kosten zur Hälfte übernehmen.



NEUE ANGEBOTE DER KASSEN

Mit der Gesundheitsreform können die Gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine Reihe von neuen Angeboten machen. Damit können Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten der Versicherten geschaffen werden oder finanzielle Vorteile für gesunde Menschen entstehen.

Die Angebote eröffnen darüber hinaus den Gesetzlichen Krankenkassen - im Wettbewerb um die Versicherten - neue Möglichkeiten, Mitglieder zu gewinnen beziehungsweise Mitglieder zu halten.

Bonusprogramme

Fast alle Gesetzlichen Krankenkassen werden ab 2004 ihren Versicherten sogenannte Bonusprogramme anbieten. Je nach Ausgestaltung der einzelnen Programme können Versicherte mit gesundheitsförderndem Verhalten Bonuspunkte bekommen. Bei Erreichen einer bestimmten Punktzahl schüttet die Kasse eine Geld- oder Sachprämie aus. Gesundheitsbewusstes Verhalten muss allerdings nachgewiesen werden. Dazu gehören unter anderem Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, die Teilnahme an qualifizierten Präventionsprogrammen (wie Rückenschule), die Erlangung von Sportabzeichen in anerkannten Sportvereinen oder auch der Besuch in qualifizierten Fitnessstudios.

Jede Krankenkasse hat die Möglichkeit, ihr eigenes Bonusprogramm anzubieten. Deswegen kann es sehr unterschiedlich sein, mit welchem gesundheitsbewussten Verhalten, mit welchen Impfungen oder mit welchen sportlichen Betätigungen die Versicherten Bonuspunkte erhalten können. Auch ist die Höhe der Geldprämie beziehungsweise die Art der Sachprämie von Kasse zu Kasse verschieden.

TIPP

Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, mit welchen gesundheitsbewussten Maßnahmen Sie Bonuspunkte sammeln können! Aber stellen Sie nicht das Sammeln von Bonuspunkten in den Vordergrund, sondern die Leistungen Ihrer Krankenkasse, die Sie zur Gesunderhaltung brauchen.

Fest steht allerdings: Wer Sport betreibt und sich gesund ernährt, ohne dass dies durch eine ‚beglaubigte‘ Stelle bestätigt wird, erhält keinen Bonus von der Kasse, sondern bleibt hoffentlich gesund. Aber auch, wer krank ist, soll in den Genuss von Boni kommen. Der Gesetzgeber hat mit der Reform festgeschrieben, dass chronisch Kranke, die sich in qualifizierte Behandlungsprogramme einschreiben oder kranke Versicherte, die sich an integrierten (vernetzten) Versorgungsmodellen beteiligen, einen Bonus ihrer Krankenkasse erhalten sollen. Auch dafür werden die Kassen in Zukunft eigene Bonusprogramme anbieten.

Kostenerstattung

Ab 2004 haben alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, die Kostenerstattung zu wählen. Das heißt: Nicht mehr Ihre Krankenkasse, sondern Sie begleichen die Rechnung des Arztes, des Krankenhauses oder Sie bezahlen die Medikamente. Später können Sie sich dann die Kosten von Ihrer Kasse zurückholen. Wichtig dabei zu wissen: Die Gesetzliche Krankenkasse zahlt nur die Kosten an Sie zurück, die Sie für die einzelne medizinische Leistung an Arzt, Klinik oder Apotheke überwiesen hätte. Außerdem stellt die Kasse Ihnen eine Verwaltungsgebühr in Rechnung.

Krankenkassen haben mit allen niedergelassenen Ärzten, mit allen Krankenhäusern, mit der Pharmaindustrie und den Apotheken Verträge geschlossen, die die Kosten für alle Leistungen und Medikamente festlegen. Alle medizinischen Einrichtungen müssen sich an diese Preise halten, die sie mit dem Vertragspartner Krankenkasse vereinbart haben.

Wählen Sie die Kostenerstattung, sind Sie als Patient automatisch selbst der Vertragspartner des Arztes, des Krankenhauses sowie der Apotheke und nicht mehr Ihre Krankenkasse. Deshalb kann es passieren, dass Ihnen höhere Preise in Rechnung gestellt werden, für die Sie in der Zahlungspflicht sind und nicht Ihre Krankenkasse. In der Gesundheitsversorgung sind allerdings höhere Preise keine Gewähr für eine bessere Behandlung und niedrigere Preise kein Zeichen für schlechtere Qualität.

TIPP

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse ausführlich über die Vor- und Nachteile der Kostenerstattung. Es spricht vieles dafür, dass das Sachleistungsprinzip, bei dem Sie mit der Abrechnung der medizinischen Leistungen nichts zu tun haben, wesentlich günstiger für Sie ist. Bei Kostenerstattung hat Ihre Krankenkasse keinen Einfluss mehr auf die Qualität der medizinischen Leistungen. Deshalb sollten Sie nur sehr zurückhaltend von diesem Angebot Gebrauch machen.

TIPP

Prüfen Sie trotzdem das Zusatzversicherungsangebot der privaten Krankenkasse genau! Brauchen Sie diese Zusatzversicherung wirklich? Auch bei Vermittlung durch

Ihre Gesetzliche Krankenkasse bleiben die Privatversicherer bei Risikoprämien, die für Frauen höhere Tarife vorsehen als für

Männer. Auch die übliche Gesundheitsprüfung, nach der Ihre Prämie ausgestaltet wird, muss nach wie vor erbracht werden.

Beachten Sie auch, dass bei einem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse das günstigere Zusatzversicherungsangebot nicht mehr gilt. Sie zahlen dann bei der privaten Krankenkasse einen höheren Tarif.

Zusatzversicherungen

Ab 2004 haben Gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, für ihre Versicherten Vereinbarungen über Zusatzversicherungen mit privaten Krankenkassen abzuschließen. Solche Zusatzversicherungen für eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus, für die medizinische Versorgung im Ausland oder für Zuschüsse bei Brillen und Zahnersatz bieten alle privaten Versicherungsunternehmen jedem Einzelnen an. Der Gesetzgeber wollte aber, dass Gesetzliche Krankenkassen wegen der hohen Anzahl der Versicherten günstigere Verträge vermitteln können als es der Einzelne vermag. Frei nach dem Motto: Wer viel kauft, erhält Rabatt. Einige Krankenkassen haben Vereinbarungen mit privaten Kassen getroffen, nach denen Versicherte einer bestimmten Gesetzlichen Krankenkasse bei einer bestimmten privaten Kasse einen günstigeren Versicherungstarif erhalten. Diese Tarife können um 4 bis 5 Prozent unter den gängigen Prämien liegen.

NEUE ANGEBOTE FÜR FREIWILLIG VERSICHERTE



Selbstbehalt

Für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig versichert sind, weil sie wegen der Höhe ihres Einkommens nicht zwangsläufig in einer Gesetzlichen Kasse versichert sein müssen, wird es ab 2004 die Möglichkeit des sogenannten Selbstbehalts geben. Vorausgesetzt, Ihre Krankenkasse macht Ihnen ein solches Angebot. Nicht alle Kassen werden dies tun. Wählt man einen Selbstbehalt, muss dies vor Jahresbeginn erfolgen. Im darauffolgenden Jahr muss für alle medizinischen Leistungen ein Selbstbehalt, also eine Eigenleistung, in einer von der Kasse festgelegten Höhe erfolgen. Erst danach wird die Kasse alle Kosten ohne Selbstbeteiligung übernehmen.

Wird der Versicherte nicht krank und fallen somit keine Kosten an, muss er auch keine Eigenbeteiligung leisten. Die Krankenkasse kann dann, als Belohnung, einen gewissen Betrag an die Versicherten ausschütten. Der Selbstbehalt ist somit eigentlich ein Bonus für Gesunde, da Kranke keinen Gewinn erwarten dürfen. Das Angebot des Selbstbehalts kann nur freiwillig Versicherten, die auch noch die Kostenerstattung wählen, gemacht werden.

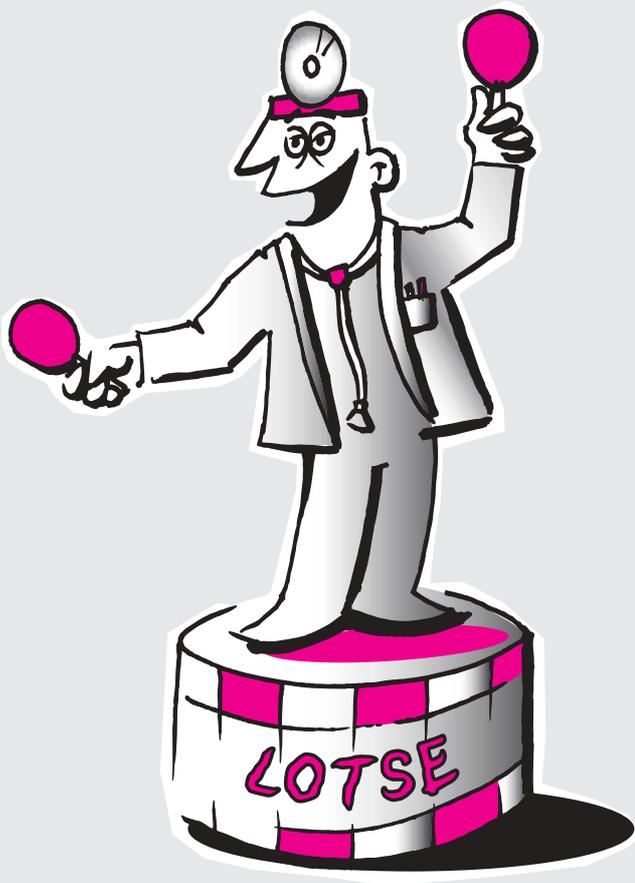
Beitragsrückgewähr

Ein weiteres neues Angebot richtet sich ebenfalls an gesunde Versicherte. Die Rückzahlung eines Teils des Krankenkassenbeitrags (Beitragsrückgewähr) am Ende eines Jahres kann dann erfolgen, wenn der Versicherte in diesem Zeitraum keine medizinische Hilfeleistung in Anspruch nehmen musste – also, wenn er gesund geblieben ist. Auch dieses Angebot richtet sich nur an freiwillige Versicherte, die die Kostenerstattung gewählt haben.

TIPP

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse genau über die Vor- und Nachteile dieser neuen Angebote! Denn, wer in einem Jahr gesund war, kann im nächsten Jahr erkranken und zahlt dann drauf.





NEUE VERSORGUNGS- ANGEBOTE DER KRANKENKASSEN

Ihre Krankenkasse kann Ihnen eine Reihe neuer Leistungen anbieten. Einige davon stehen bereits seit mehreren Jahren im Gesetzbuch, wurden aber wegen komplizierter Verfahrensregelungen bisher nicht angewandt. Der Gesetzgeber hat deshalb die Vorschriften vereinfacht. Die neuen Leistungen sollen zu mehr Behandlungsqualität führen. Dazu gehören:

- Medizinische Versorgungszentren oder Polikliniken
- Hausarztssystem
- Integrierte Versorgung
- Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten
- Facharztbehandlung im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen

Es lohnt sich, sich über die einzelnen Angebote genau zu informieren. Denn deren Güte kann stark variieren.

Medizinische Versorgungszentren oder Polikliniken

Ärzte, Therapeuten und Pflegedienste können künftig in einem medizinischen Versorgungszentrum ambulante Versorgung anbieten. Das ist eine Alternative zur Einzelpraxis. Sie sparen sich lange Wege und mehrfache Terminvereinbarungen. Ärzte können ihr Wissen untereinander austauschen, sich miteinander beraten. Fehler werden vermieden. Das gibt Ihnen mehr Sicherheit.

Hausarztssystem

Jede Krankenkasse bietet Ihnen in Zukunft ein Hausarztssystem an. Grundgedanke ist: Der Hausarzt übernimmt eine Art Lotsenfunktion für Sie. Bei ihm laufen alle Informationen zusammen, die für Ihre Gesundheit wichtig sind. Er ist immer Ihre erste Anlaufstelle und soll Sie qualifiziert durch das Versorgungssystem leiten. Das soll es Ihnen leichter machen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden. Daneben bieten einige Krankenkassen einen Bonus an, wenn Sie regelmäßig zuerst den Hausarzt aufsuchen.

TIPP

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welche Medizinischen Versorgungszentren es in Ihrer Region bereits gibt.

TIPP

Informieren Sie sich genau über das Hausarztprogramm Ihrer Krankenkasse. Achten Sie dabei nicht nur auf den Bonus, sondern darauf, dass Ihre Krankenkasse mit besonders ausgebildeten Hausärzten Verträge abgeschlossen hat. Ihre Entscheidung zur Teilnahme am Hausarztprogramm ist freiwillig. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob auch Ihr Hausarzt daran teilnimmt. Macht er es nicht, fragen Sie nach dem Grund.

TIPP

Fragen Sie genau nach, welche Angebote es bei Ihrer Krankenkasse gibt. Da der Gesetzgeber weitgehend Freiheit bei der Gestaltung der Integrierten Versorgung ermöglicht, kann deren Qualität sehr unterschiedlich sein. Im Zweifel lassen Sie sich von Ihrer Krankenkasse oder von unabhängiger Seite (Verbraucherzentrale, Patientenstelle oder Sozialverband) beraten.

Integrierte Versorgung

Bei der integrierten Versorgung sollen alle erforderlichen Leistungen der Vorsorge und Behandlung von Erkrankungen aufeinander abgestimmt werden. Die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird verstärkt. Aufwändige Schnittstellen sollen entfallen. Insgesamt wird damit eine umfassende Versorgung ohne belastende und teure Doppeluntersuchungen ermöglicht. Die Teilnahme an diesen Angeboten ist für Versicherte freiwillig. Zunächst wird es nur wenige Angebote mit dieser Versorgungsform geben und nicht bei allen steht die Qualität im Mittelpunkt.

Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten

Die Behandlung chronischer Erkrankungen ist zwar teuer, aber bisher nicht besonders gut. Ärzte, Therapeuten und Pflegende sollen in die Lage versetzt werden, auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse die bestmögliche Behandlung anzubieten. Rat und Hilfe wird Ihnen durch die ständige Weiterentwicklung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke gegeben.

Die Patientinnen und Patienten erhalten eine fachgerechte Behandlung und werden an erforderliche Untersuchungstermine erinnert. Bisher gibt es solche Programme für Diabetiker und Patientinnen mit Brust-

krebs. Startbereit ist auch ein Programm für schwere Herzerkrankungen und in Vorbereitung sind Behandlungsprogramme für Lungenerkrankungen. Weitere sollen in den nächsten Jahren folgen.

Die Krankenkassen können mit Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen Verträge zur Behandlung chronisch Kranker auf der Grundlage dieser Programme abschließen. Für die Patientinnen und Patienten ist die Teilnahme daran freiwillig. Die Verträge müssen vom Bundesversicherungsamt genehmigt werden. Dadurch soll eine hohe Qualität gewährleistet bleiben.

Facharztbehandlung im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen

Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Diese Leistungen werden in einem Katalog aufgeführt, der später durch Ärzte und Krankenkassen gemeinsam auf Bundesebene ergänzt wird. Im Katalog sind unter anderem enthalten:

- spezielle schmerztherapeutische Behandlungen
- Krebserkrankungen

TIPP

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die angebotenen Behandlungsprogramme in Ihrer Region. Falls für Sie oder Ihre Angehörigen die Teilnahme an einem dieser Programme in Frage kommt, lassen Sie sich eine genaue Beschreibung geben. Lassen Sie sich nicht von der Teilnahme an diesen, in der Regel guten, Chronikerprogrammen abhalten. Es gibt leider noch immer eine kleine Zahl von Ärzten, die solche Programme als „Kochbuchmedizin“ ablehnen. Dies ist nicht gerechtfertigt.

TIPP

Informieren Sie sich für welche Behandlungen Ihre Krankenkasse mit welchen Krankenhäusern Verträge ausgehandelt hat.

TIPP

Informieren Sie sich in jedem Fall vorher, welche Kosten insgesamt für Sie im Ausland anfallen und welche Beträge wirklich erstattet werden. Achten Sie besonders auch auf die Qualität der Leistungen und auf Gewährleistungspflichten. Deshalb sollten Sie nur sehr zurückhaltend von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

- AIDS
- schweres Rheuma
- schwere Herzschwäche
- angeborene Skelett- und Muskelerkrankungen
- Anfallsleiden
- Folgeschäden Frühgeborener

Auch gesetzlich Versicherte können - wie bisher bereits Privatpatienten – bei besonders komplizierten Erkrankungen die Spezialistin oder den Spezialisten im Krankenhaus aufsuchen. Das geht aber nur dann, wenn ein solcher Vertrag über die Inanspruchnahme hochspezialisierter Leistungen zwischen Ihrer Krankenkasse und dem Krankenhaus geschlossen ist.

Leistungen im Ausland

Grundsätzlich können alle ambulanten Leistungen jetzt auch in anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft in Anspruch genommen werden. In diesem Fall werden Ihnen die Kosten für die Leistungen erstattet, die Sie auch im Inland von Ihrer Kasse beanspruchen können. Dabei ersetzt Ihnen die Kasse die Kosten, die Ihnen tatsächlich entstanden sind – aber nur bis zu der Höhe, die Ihre Kasse im Inland bezahlt hätte. Krankenhausbehandlung im Ausland muss vorher bei Ihrer Kasse beantragt werden. In allen anderen Fällen genügt es, nach der Behandlung die Rechnung bei Ihrer Kasse einzureichen.



ÄNDERUNG DER FINANZIERUNG

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens werden erstmalig in der Geschichte der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ganze Leistungsbereiche aus der von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam getragenen paritätischen Finanzierung herausgenommen. Die Absicherung des Zahnersatzes und des Krankengeldes muss in Zukunft allein von den Versicherten bezahlt werden – Arbeitgeber sind nicht mehr daran beteiligt

Zahnersatz

Ab Januar 2005 müssen Versicherte die Versorgung mit Zahnersatz allein finanzieren. Der Gesetzgeber hat allerdings vorgesehen, dass jeder, der in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, eine Zusatzversicherung für Zahnersatz abschließen muss. Die Versicherten haben dabei die Wahl, eine solche Versicherung bei ihrer Gesetzlichen Kasse oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Diese Wahlmöglichkeit besteht jedoch nur einmal:

Wenn Sie sich für eine Absicherung des Zahnersatzes bei einer privaten Versicherung entscheiden, können Sie später eine Zahnersatzversicherung nicht mehr in einer Gesetzlichen Krankenkasse bekommen.

Die Zusatzversicherung Zahnersatz muss nicht für jedes Familienmitglied abgeschlossen werden. Es ist vorgesehen, dass die Familienmitversicherung auch für die Zusatzversicherung gilt. Das heißt, wenn ein Mitglied der Familie bei einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, erhalten auch die Familienmitglieder einen kompletten Versicherungsschutz, solange sie nicht selbst erwerbstätig oder krankenversichert sind. Bleibt man in der Gesetzlichen Krankenversicherung, ändert sich in der zahnärztlichen Praxis nichts. Die Kasse übernimmt weiterhin den gesetzlichen Zuschuss für den Zahnersatz, den jeder Einzelne durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erhöhen kann.

Krankengeld

Ab dem 1. Januar 2006 müssen alle Mitglieder – auch Rentner, die in einer Gesetzlichen Krankenkasse versichert sind - das Krankengeld alleine, also ohne den Arbeitgeberbeitrag, finanzieren. Die Arbeitgeber bezahlen nur noch bis Ende 2005 diese Leistung zur Hälfte mit. Ab 2006 wird von den Versicherten ein sogenannter Sonderbeitrag erhoben, der 0,5 Prozent des Bruttoeinkommens betragen wird. Damit steigt

TIPP

Warten Sie mit dem Abschluss einer Zahnersatz-Zusatzversicherung! Obwohl alle privaten Krankenversicherungen bereits jetzt schon Zusatzversicherungen für Zahnersatz anbieten, ist es ratsam, auf das Angebot der Gesetzlichen Krankenkassen zu warten. Nach den bisherigen Erkenntnissen werden die Gesetzlichen Kassen einen deutlich günstigeren Tarif für die Zusatzversicherung anbieten als die privaten Kassen. Der Gesetzgeber hat darüber hinaus festgelegt, dass die Gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Tarif anbieten müssen.

TIPP

Zur künftigen Absicherung des Krankengeldes müssen Sie keine zusätzliche Versicherung abschließen – weder bei der Gesetzlichen noch bei der privaten Krankenversicherung.

allein der Versicherungsbeitrag für die Mitglieder. Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 2.000 € zahlt der Beschäftigte 10 € pro Monat mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung als sein Arbeitgeber. An den Voraussetzungen zum Erhalt des Krankengeldes nach Beendigung der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ändert sich nichts. Auch bleiben Bezugsdauer und Höhe des Krankengeldes von der gesetzlichen Neuregelung unberührt.

Beiträge aus Betriebsrenten, Versorgungsbezügen und selbstständiger Arbeit

Für Rentner kann der Beitrag kräftig steigen. Für Rentner der BfA oder der LVA bleibt es beim hälftigen Beitragsatz für die Rentner. Die andere Hälfte zahlt der Rentenversicherungsträger.

Wer darüber hinaus oder ausschließlich Versorgungsbezüge, Betriebsrenten oder eine Pension erhält oder als Rentner zusätzlich einer selbstständigen Tätigkeit nachgeht, muss daraus den vollen Beitragsatz zahlen. Daraus können sich erhebliche Mehrbelastungen für Rentner ergeben. Diese sind auch von allen Parteien so gewollt.



RAT UND HILFE

erhalten Sie natürlich bei Ihrer Krankenkasse. Sie kann Ihnen Informationen über alle Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen.

Daneben stehen Ihnen die Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenkassen gerne mit Informationen und Hilfe zur Seite, wenn es um Probleme geht, die Sie als Versicherter oder als Patient haben. Ihre Krankenkasse nennt Ihnen gerne Ihre Ansprechpartner in der Selbstverwaltung.

Patientenberatung bieten unter anderem folgende Organisationen an. Einige unterhalten auch örtliche Büros. Die jeweiligen Kontaktinformationen können Sie über E-Mail, telefonisch oder schriftlich beim jeweiligen Bundesverband anfordern.

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemein-
schaften Medizingeschädigter in Deutschland
e.V. (BAG der NGM in Deutschland e.V.)**

Schloßstr. 37
41541 Dormagen
Telefon: 0 21 33 / 4 67 53
Telefax: 0 21 33 / 24 49 55
E-Mail: info@bag-notgemeinschaften.de

**Geschäftsstelle der BAG der
PatientInnenstellen**

Gesundheitsladen München e.V.
Auenstr. 31
80469 München
Telefon: 089 / 772565
Telefax: 089 / 7250474
E-Mail: muenchen@patientenstellen.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für
Behinderte e.V.**

Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 31006-0
Telefax: 0211 / 31006-48
E-Mail info@bagh.de

**Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben
Deutschland e.V. - ISL**

Bundesgeschäftsstelle
Hermann-Pistor-Str. 1
07745 Jena
Telefon: 03641 / 23 47 95
Telefax: 03641 / 39 62 52
E-Mail: info@isl-ev.org

Sozialverband Deutschland SoVD

Bundesgeschäftsstelle
Stralauer Str. 63
10179 Berlin
Telefon: 030 / 72 62 22 - 0
Telefax : 030 / 72 62 22 - 311
E-Mail: contact@sozialverband.de

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4 a
53175 Bonn
Telefon: 02 28 / 8 20 93-0
Telefax: 02 28 / 8 20 93-43
E-Mail: kontakt@vdk.de

Volkssolidarität Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Alte Schönhauser Straße 16
10119 Berlin-Mitte
Telefon: 030 / 27 89 70
Telefax: 030 / 275 939 59
E-Mail: bundesverband@volkssolidaritaet.de

Der Paritätische Wohlfahrtsverband – DPWW

Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Telefon: 030 / 3024636-0
Telefax: 030 / 3024636-110

vzbv - Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
E-Mail: info@vzbv.de

Internetangebote der Gewerkschaften

DGB Netzwerk Gesundheit:

<http://netzwerk-gesundheit-web.de/> - hier finden Sie alle Anschriften der Verbände, Organisationen und Gewerkschaften, die sich gemeinsam für eine gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle einsetzen.

Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand –

DGB: <http://www.dgb.de>

IG Bauen-Agrar-Umwelt, - IG BAU:

<http://igbau.de>

IG Bergbau, Chemie, Energie – IG BCE:

<http://igbce.de>

Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft – GEW:

<http://gew.de>

IG Metall:

<http://igmetall.de/gesundheitsreform>

Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten – NGG:

<http://ngg.net>

Gewerkschaft der Polizei - GdP:

<http://www.gdp.de>

TRANSNET:

<http://www.transnet.org>

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di:

<http://www.verdi.de/gesundheitsreform>

