

**Die Gesundheitsreform: Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen –  
die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick**

**Vereinfachte Zuzahlungsregeln**

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent 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 für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden.

Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten.

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen.

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 3.648 Euro) und gegebenenfalls den Freibetrag für den Ehepartner (4.410 Euro).

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

**Befreiung für Kinder und Jugendliche**

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch von nicht volljährigen Versicherten zu entrichten ist.

**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.

**Versorgungsbezüge**

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und auf Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen. Dies gilt auch für versicherungspflichtige Beschäftigte, die über solche Einnahmen verfügen.

**Zuzahlungsbefreiungen**

Seit dem 1. Januar 2004 gelten die alten Befreiungen nicht mehr. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt nach Antrag die jeweilige Kasse für das Kalenderjahr eine Befreiung aus.

<b>Zuzahlungen</b>			
<b>Was sich ändert</b>	<b>Wie es sich ändert</b>	<b>Ausnahmen</b>	<b>Anmerkungen</b>
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.	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 2 Mal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	10 Euro pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10 Euro nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind. Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit.
... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Mittel. Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.		<i>Beispiele:</i> Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro.  Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent vom Preis, also 7,50 Euro.  Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal 10 Euro begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).		<i>Beispiel:</i> Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Massagekosten.

<b>Zuzahlungen (Fortsetzung)</b>			
<b>Was sich ändert</b>	<b>Wie es sich ändert</b>	<b>Ausnahmen</b>	<b>Anmerkungen</b>
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10 Prozent 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. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10 Prozent pro Tag, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		
zusätzlicher Beitragssatz	Ab dem 1. Juli 2005 wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen erhoben. Gleichzeitig werden die Beitragssätze um 0,9 Prozent abgesenkt. Das bedeutet für die gesetzlich Versicherten eine Mehrbelastung von 0,45 Prozentpunkten.	Bezieher von Arbeitslosengeld II und mitversicherte Familienangehörige zahlen den zusätzlichen Beitragssatz nicht.	

<b>Leistungen der Krankenkasse</b>			
<b>Was sich ändert</b>	<b>Wie es sich ändert</b>	<b>Ausnahmen</b>	<b>Anmerkungen</b>
nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.	Ausnahmen: Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, mind. 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments.  Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.
Lifestyle-Präparate	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.		
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 genehmigten Fahrkosten müssen 10 Prozent, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen. Die Zuzahlung ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Fahrkosten.
Sehhilfen / Brillen	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr.	Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.	
Künstliche Befruchtung	Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 Prozent bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.		

<b>Leistungen der Krankenkasse (Fortsetzung)</b>			
<b>Was sich ändert</b>	<b>Wie es sich ändert</b>	<b>Ausnahmen</b>	<b>Anmerkungen</b>
Sterilisation	Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.	Ausnahme: Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.	
Sterbegeld Entbindungsgeld	Wurden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.		
Mutterschaftsgeld Empfängnisverhütung Schwangerschaftsabbruch Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Für die Versicherten hat sich nichts geändert, da sie diese Leistungen auch weiterhin von der Krankenkasse erhalten.		
beim Zahnersatz	Seit dem 1. Januar 2005 zahlen die Krankenkassen Festzuschüsse zu den Kosten von Zahnersatz, d.h. die Zuzahlung orientiert sich am Befund, nicht an der Behandlungsmethode. Die Härtefall- und Bonusregelungen gelten auch weiterhin.		Der Versicherte kann sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.