



Ab 1.1.2004: 10 Euro „Praxisgebühr“ für die Krankenkassen!

Mit Beginn des neuen Jahres tritt das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Damit sind eine Reihe gravierender Änderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung verbunden, von denen Sie als Patient auch betroffen sind.

Am augenscheinlichsten wird dies erst einmal bei der ab dem 1. Januar 2004 in der Praxis zu entrichtenden Zuzahlung von 10 Euro zur ambulanten Behandlung, der sogenannten Praxisgebühr.

Diese 10 Euro sind einmal im Quartal zu zahlen:

- von **jedem** Patienten, der gesetzlich krankenversichert ist,
- bei **jedem Erstkontakt** mit einem Haus- oder Facharzt oder Psychotherapeuten oder im kassenärztlichen Notfalldienst/ Notfallbehandlung am Krankenhaus in diesem Quartal,
- bei jedem Erstkontakt im Quartal in der Zahnarztpraxis.

Diese Zuzahlung ist, so hat es der Gesetzgeber vorgesehen, **vor der Behandlung** zu entrichten. Nur bei medizinischen **Notfällen** kann die Praxisgebühr auch im Nachhinein entrichtet werden.

Nicht zahlen müssen :

- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren,
- Angehörige der freien Heilfürsorge (Polizei, Feuerwehr, Bundesgrenzschutz, Bundeswehr und Zivildienstleistende),
- Patienten, die mit einer Überweisung aus dem aktuellen Quartal kommen,
- Versicherte, die nur eine **reine** Vorsorgeuntersuchung (z.B. Check-up oder Impfleistung) in Anspruch nehmen,
- jene Versicherten, die das Prinzip der Kostenerstattung mit der Krankenkasse vereinbart haben,
- Privatpatienten und
- Patienten mit einer Zuzahlungsbefreiung.

Die in den vergangenen Jahren von den Krankenkassen ausgestellten Zuzahlungsbefreiungen sind allerdings mit dem **1.1.2004 ungültig**. Die Zuzahlungsbefreiung muss von den Krankenkassen im Jahr 2004 neu ausgestellt werden! Der Patient hat dies bei seiner Krankenkasse zu beantragen.

Die vom Patienten gezahlten 10 Euro werden in der Praxis quittiert. Diese Quittung sollte sorgfältig aufgehoben werden.

Der Haus- oder Facharzt kann an einen anderen Haus- oder Facharzt überweisen. Er ist dabei jedoch verpflichtet, solche Überweisungen allein nach medizinischen Kriterien vorzunehmen. Dies wird, ebenso wie die Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, sehr genau geprüft. **Wunschüberweisungen von Patienten sind daher nicht möglich!** Eine Überweisung zum **Zahnarzt** ist ebenfalls nicht möglich.

Wer seinen Haus- oder Facharzt nur wegen der Ausstellung eines Rezeptes aufsucht oder telefonisch konsultiert, hat – wenn es sich um den ersten Kontakt im Quartal handelt – ebenfalls die 10 Euro Praxisgebühr zu bezahlen.

Jeder Patient hat allerdings nach wie vor die freie Arztwahl. Er kann auch **ohne Überweisung** mehrere Ärzte im Quartal aufsuchen. Allerdings muss er in den Fällen auch bei jedem dieser Ärzte die 10 Euro Praxisgebühr entrichten.

Und auch Folgendes sollten alle Patienten wissen:

Die von den Patienten zu entrichtenden 10 Euro sind **kein zusätzliches Geld** für den Arzt. Insofern ist auch der Begriff „Praxisgebühr“ irreführend und falsch. Richtigerweise müsste es „Kassengebühr“ heißen. Jeder Vertragsarzt und Psychotherapeut hat Verständnis für Ihren Ärger über die zum Teil längeren Wartezeiten, die sich aus dem zusätzlichen Verwaltungsaufwand ergeben. Doch der Gesetzgeber hat die ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zum Kassieren verpflichtet.

Wir bitten alle Patientinnen und Patienten um Verständnis für die zu erwartenden Verzögerungen im Praxisablauf, die bei der Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen auftreten werden. - Vielen Dank!



Neue Zuzahlungsregelungen ab dem 1.1.2004

Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Verbandmitteln

Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, mindestens 5 € und maximal 10 € pro Arzneimittel;
in jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels

Beispiele: Medikament 10 €, Zuzahlung 5 €
 Medikament 75 €, Zuzahlung 10 %, also 7,50 €
 Medikament 120 €, Zuzahlung auf Maximalanteil von 10 € begrenzt

Zuzahlungen bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege

Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung (bei häuslicher
Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)

Beispiel: Rezept mit sechs Massagen:
 Zuzahlung 10 Euro plus 10 % der Kosten pro Massage

Zuzahlungen bei Hilfsmitteln

Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), mindestens 5 € ,
maximal 10 €, nicht mehr als die Kosten des Mittels

Ausnahmen: Hilfsmittel, zum Verbrauch (z. B. Windeln bei Inkontinenz):
 Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 € pro Monat

Zuzahlungen bei Soziotherapie, bei Inanspruchnahme Haushaltshilfe

Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten, höchstens 10 €, mindestens 5 €

Zuzahlungen bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation

Zuzahlung von 10 € pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage

Zuzahlungen bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter

Zuzahlung von 10 € pro Tag

Zuzahlungen im Krankenhaus

Zuzahlung von 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr

Zuzahlungen beim Arztbesuch → gesonderte Patienteninformation „Praxisgebühr“



Leistungseinschränkungen ab dem 1.1.2004

Sterbe- und 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

Ausnahmen: Wenn Sterilisation medizinisch notwendig ist, weiterhin Kostenübernahme

Künstliche Befruchtung

Reduzierung von vier auf drei Versuche, Krankenkasse zahlt jeweils 50 %.

Altersbegrenzung: Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, Männer bis 50 Jahre

Sehhilfen / Brillen

keine Beteiligung der Krankenkassen

Ausnahmen: Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie schwer sehbeeinträchtigte Menschen

Fahrkosten

keine Kostenübernahme durch Krankenkassen

Ausnahmen: Bei zwingenden medizinischen Gründen kann Krankenkasse Genehmigung für Kostenübernahme erteilen, z.B. bei Dialysepatienten

Arzneimittel

keine Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Krankenkassen; Arzneimittel, die der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra) werden nicht mehr erstattet

Ausnahmen: Kinder bis zum 12. Lj., Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn Arzneimittel zum Therapiestandard gehören

Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

werden zukünftig über Steuern finanziert. Bei der Inanspruchnahme ändert sich nichts.

Zahnersatz

ab 2005 entscheiden Versicherte, ob Sie Zahnersatz gesetzlich oder privat absichern.

Anmerkung: „befundbezogene Festzuschüsse“; Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst

Krankengeld

ab 2006 Sonderbeitrag von 0,5 % je Versicherten