

# **Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004**

**(inkl. der Änderungen zum 1.1. und 1.7.2005)**

---

**pkv-ratgeber**

**Das kommt auf Sie zu**

## **Impressum**

© LexisNexis Deutschland GmbH  
Fachverlag Versicherungen/Immobilien  
Feldstiege 100  
48161 Münster

Stand: 1. Januar 2005

IV. Auflage

unter Mitarbeit von:  
Diplom Betriebswirt Helmut Zermin

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und elektronische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Alle Informationen in diesem Dokument wurden sorgfältig geprüft. Der Verlag kann jedoch keine Haftung für die Richtigkeit und die Befolgung von Empfehlungen übernehmen.

Einleitung	4
1. Die Gründe für die Reform	4
2. Die Auswirkungen für Versicherte und Patienten	4
2.1 Hausärzte werden zu Lotsen	5
2.2 Hausarzt-System für den besseren Überblick	5
2.3 Praxisgebühr von 10 Euro	5
2.4 Rentner werden stärker zur Kasse gebeten	6
2.5 Wahlrecht bei der Kostenerstattung für Versicherte	6
2.6 Kostenerstattung für Versicherte auch bei nicht zugelassenen Leistungserbringern	7
2.7 EU-weite Erstattung von Leistungen	7
2.8 Neue Zuzahlungsregelungen bei Arznei- und Verbandsmitteln	7
2.9 Neue Zuzahlungsregelungen bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	8
2.10 Neue Zuzahlungsregelungen bei Hilfsmitteln	8
2.11 Neue Zuzahlungsregelungen bei Soziotherapie und bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	8
2.12 Höhere Zuzahlungen bei der Stationären Vorsorge und bei Rehabilitation	8
2.13 Neue Zuzahlungsregelungen bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	8
2.14 Höhere und längere Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt	8
2.15 Neue Belastungsgrenzen bei den Zuzahlungen und der Praxisgebühr	9
2.16 Sozialhilfeempfänger werden gleich behandelt	9
2.17 Brillen werden nicht mehr bezahlt	10
2.18 Versicherungsfremde Leistungen aus Steuergeldern	10
2.19 Drastische Leistungskürzungen	10
2.20 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr auf Rezept	10
2.21 Neuer Versichertenbonus bzw. Bonusprogramme	11
2.22 Tarife mit Beitragsrückgewähr und Selbstbehalten für freiwillig Versicherte	11
2.23 Krankenkassen dürfen Ergänzungs- und Zusatztarife anbieten	11
2.24 Ambulante Behandlungen auch in Krankenhäusern	12
2.25 Medizinische Versorgungszentren	12
2.26 Bessere Interessenvertretung der Patienten	12
2.27 Mehr Durchblick mit einer Patientenquittung	12
2.28 Einführung einer Gesundheitskarte	13
2.29 Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose	13
2.30 Finanzierung von Zahnersatz	14
2.31 Versicherte müssen Beitrag zum Krankengeld selbst finanzieren	16
2.32 Neues Zentrum für Qualität	16
3. Die Auswirkungen für die Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte	16
3.1 Krankenkassen müssen ihre Verwaltungskosten begrenzen	16
3.2 Mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen	16
3.3 Direktverträge mit einzelnen Medizinerinnen oder Praxisnetzwerken möglich	16
3.4 Keine Korruption mehr im Gesundheitswesen	17
3.5 Ärzte müssen zur Fortbildung	17
3.6 Qualitätsgeprüfte Ärzte	17
4. Die Auswirkungen für die Apotheker	17
4.1 Apotheker dürfen mehrere Filialen betreiben	17
4.2 Versandhandel bei Medikamenten erlaubt	17
4.3 Apotheker bekommen das gleiche Honorar	18
4.4 Apotheker müssen Generika anbieten	18
4.5 Preise für nicht verschreibungspflichtige Medikamente freigegeben	18
4.6 Preisabstand von importierten Arzneimitteln limitiert	18
5. Die Auswirkungen für die kassenärztlichen Vereinigungen	19
6. Die Chancen der Reform für private Krankenversicherer und deren Vermittler	19
 Anhang 1: Tabelle „Leistungskürzungen im Überblick“	 20
Anhang 2: Tabelle „Zuzahlungen im Überblick“	21

### >> Einleitung

Am 1. Januar 2004 trat das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ in Kraft. Im Laufe des Jahres folgten einige Umsetzungsempfehlungen, sowie weitere Modifikationen im Bezug auf Krankengeld, Zahnersatz und Pflegeversicherung.

Das „GKV-Modernisierungsgesetz“ verschiebt im Wesentlichen die finanziellen Lasten innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und enthält erste Schritte hin zu mehr Eigenverantwortung für gesetzlich Versicherte sowie zur Senkung der Lohnnebenkosten. Mit dieser Broschüre wollen wir Ihnen die Einzelheiten der gesetzlichen Regelungen vorstellen. Sie sollen hierdurch die Möglichkeit bekommen, Ihre Kunden künftig beim Thema „Wechsel von der GKV zur PKV“ und im Bereich Zusatz- und Ergänzungstarife optimal zu beraten.

### >> 1. Die Gründe für die Reform

Am **1. Januar 2004** trat die Reform zur Modernisierung unseres Gesundheitswesens in Kraft. Ausgangspunkt des „Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Modernisierungsgesetz) ist auch weiterhin die Erhaltung des Solidarsystems: Jeder Versicherte soll weiterhin unabhängig von Alter und Einkommen die medizinische Versorgung bekommen, die er braucht. Die Gesundheitsreform verändert jedoch eingefahrene und nicht mehr zeitgemäße Strukturen. Sie verbessert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Zugleich schafft sie mehr Transparenz und bringt einen Wettbewerb um Qualität in Gang. Darüber hinaus sollen aber Patienten künftig besser mitreden können.

Hauptgrund für die nach Angaben aller Parteien größte Sozialreform seit der Wiedervereinigung sind aber gravierende Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Sie soll die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch Kosteneinsparungen ab dem Jahre 2007 um bis zu 20 Milliarden Euro entlasten sowie die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bis 2006 von derzeit durchschnittlich ca. 14,4 Prozent auf 13 Prozent senken.

### >> 2. Die Auswirkungen für Versicherte und Patienten

Für Versicherte und Patienten bedeutet die Gesundheitsreform aber wieder einmal drastische Einschnitte beim Versicherungsschutz. Und teilweise deutlich höhere Zuzahlungen (siehe auch Tabellen Seite 21 und 22).

Damit die Lohnnebenkosten gesenkt werden, müssen gesetzlich Versicherte **ab Juli 2005** ihr Krankengeld, das bei längerer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit ab der 7. Woche von den Krankenkassen gezahlt wird, bei den Krankenkassen selbst absichern und dafür einen Sonderbeitrag von 0,5 % zahlen. Ebenso wird für den Zahnersatz ab dem 1. Juli 2005 ein zusätzlicher Beitrag von 0,4 % erhoben.

Bereits ab dem 1.1.2005 müssen Kinderlose einen zusätzlichen Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung leisten. Mit dieser neuen Regelung hat der Gesetzgeber auf ein Urteil

des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 reagiert. Ein Vater von 10 Kindern hatte geklagt, dass die bisherige Regelung gegen den im Grundgesetz verankerten besonderen Schutz von Ehe und Familie verstoße.

In vielen Punkten liefert die Gesundheitsreform aber Verkäufern von privaten Krankenvoll- und Zusatzversicherungen neue Verkaufsargumente, denn bestimmte Leistungen werden mit der Gesundheitsreform in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen.

Im Kern enthält die Gesundheitsreform für **Versicherte** und **Patienten** folgende Eckpunkte:

### 2.1. Hausärzte werden zu Lotsen

Die Hausärzte werden für Patienten künftig zu den Ansprechpartnern und sollen die einzelnen Stationen der Behandlung koordinieren. Dadurch sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden. Wer als Versicherter immer erst zum Hausarzt geht, wird finanziell nicht so stark belastet wie die übrigen Patienten. Als Hausarzt gelten dabei neben den Allgemeinmedizinern auch Kinderärzte und Internisten.

Dadurch soll die Behandlungsqualität verbessert werden und der Hausarzt als Partner der Patientinnen und Patienten eine noch zentralere Stellung als bisher in der gesundheitlichen Versorgung einnehmen. Er ist künftig für Versicherte die erste Anlaufstation und koordiniert die gesamte Behandlung. Er spricht mit seinen Patienten die nächsten Behandlungsschritte ab und berät sie bei Therapie-Entscheidungen und bei der Auswahl von Kliniken und Fachärzten.

### 2.2 Hausarzt-System für den besseren Überblick

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten **seit 2004** eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Denn auch bei der GKV haben die Hausärzte eine ganz besondere Rolle. Dazu können die Kassen mit Hausärzten entsprechende Verträge abschließen. Die beteiligten Ärzte stimmen sich eng untereinander ab und arbeiten zusammen. Wer als Versicherter daran teilnehmen will, verpflichtet sich aber gegenüber seiner Krankenkasse, ausschließlich einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen. Im Gegenzug dazu können Versicherte dann von ihrer Krankenkasse eine Ermäßigung bei den Praxisgebühren oder einen anderen Bonus bekommen (siehe Seite 11).

Die gesetzlichen Krankenkassen informieren Versicherte, welche Hausärzte in ihrer Umgebung in ein Hausarztssystem eingebunden sind. Die freie Arztwahl bleibt natürlich erhalten: Versicherte können auch nach wie vor selbst entscheiden, welchem Arzt sie vertrauen.

### 2.3 Praxisgebühr von 10 Euro

Seit dem **1. Januar 2004** muss jeder Patient bei einem Arzt- und Zahnarztbesuch eine **Praxisgebühr** von 10 Euro pro Quartal bezahlen. Das gilt aber nur für die erstmalige Inanspruchnahme eines Arztes, ganz gleich, ob es sich um einen Haus- oder Facharzt handelt. Wer mehrfach zum selben Arzt oder mit Überweisung zu weiteren Ärzten geht, braucht die Praxisgebühr nicht noch einmal zu bezahlen.

## 06 >> Auswirkungen

Auch wenn Versicherte sich im Krankenhaus ambulant behandeln lassen wollen (siehe Seite 12), zahlen sie diese Praxisgebühr, es sei denn, sie haben eine Überweisung. Damit verwirklicht die GKV das so genannte Hausarztmodell, was bei einigen privaten Krankenversicherern schon Gang und Gebe ist. Hausärzte können ihre Patienten aber zuzahlungsfrei an alle Fachärzte überweisen, also zum Beispiel auch an Gynäkologen oder Augenärzte.

Auch Fachärzte können Versicherte an andere Fachkollegen oder zurück an den Hausarzt überweisen, ohne dass für Versicherte eine erneute Praxisgebühr anfällt. Überweisungen sind aber nur noch innerhalb desselben Quartals gültig. Bei Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (z. B. die Brustkrebs- oder Prostatakrebs-Früherkennung), bei Schutzimpfungen und bei Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt fallen keine Praxisgebühren an. Denn durch die Gesundheitsreform soll auch die Prävention gefördert werden und das Engagement der Versicherten für die eigene Gesundheit gestärkt werden.

Die Praxisgebühr wird fällig, sobald Versicherte eine ärztliche Leistung eines Haus- oder eines Facharztes in Anspruch nehmen. Das ist bereits der Fall, wenn sich Versicherte in der Praxis ein Rezept ausstellen oder Blut abnehmen lassen. Auch wer in Notfällen zum Arzt geht oder ärztliche Leistungen telefonisch in Anspruch nimmt, zahlt eine Praxisgebühr. Dauert eine Behandlung bis in das nachfolgende Quartal, müssen Versicherte nochmals eine Praxisgebühr zahlen. Die Praxisgebühr deckt zwar beliebig viele Behandlungen beim selben Arzt ab, allerdings nur innerhalb eines Quartals.

**Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** sind aber generell von allen Zuzahlungen, also auch der Praxisgebühr, **befreit**. Chronisch Kranke entrichten die normale Praxisgebühr. Sie müssen jedoch jährlich nur maximal **ein Prozent** ihres Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leisten (siehe Seite 9). Versicherte, die sich bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse für die Kostenerstattung entschieden haben (siehe unter Punkt 2.5), zahlen die Praxisgebühr nicht direkt an den behandelnden Arzt, sondern an ihre Krankenkasse.

### 2.4 Rentner werden stärker zur Kasse gebeten

Rentner müssen seit 2004 auf Betriebsrenten und ihre Nebeneinkünfte nicht mehr nur den halben, sondern den vollen Krankenversicherungsbeitrag bezahlen.

### 2.5 Wahlrecht bei der Kostenerstattung für Versicherte

Seit 2004 können sich Versicherte bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse für die Kostenerstattung entscheiden. Dabei strecken sie wie privat Versicherte die Behandlungskosten gegen Rechnung vor und lassen sie sich anschließend von ihrer Kasse erstatten. Sollten sie Kostenerstattung gewählt haben, zahlen sie die Praxisgebühr deshalb nicht an den behandelnden Arzt, sondern an ihre Krankenkasse. An ihre Entscheidung sind Versicherte jedoch ein Jahr gebunden. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten vor einer solchen Entscheidung eingehend beraten.

Versicherte können ihre Wahl aber auch auf den ambulanten Bereich begrenzen. Die Krankenkassen erstatten bei Wahl der Kostenerstattung aber nur auf Grundlage der in der

GKV geltenden Vergütungsregelungen. Daher sind bei Wahl der Kostenerstattung Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen und alle Zuzahlungen mit einzubeziehen.

### 2.6 Kostenerstattung für Versicherte auch bei nicht zugelassenen Leistungserbringern

In Ausnahmefällen können gesetzlich Versicherte **seit 2004** bei „gleichwertiger Qualität“ im Inland sogar auch nicht zugelassene Leistungserbringer (z. B. Heilpraktiker) über eine Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Die Kasse muss es vorher genehmigt haben. Bei ihrer Entscheidung hat die Krankenkasse lediglich medizinische und soziale Aspekte zu berücksichtigen.

### 2.7 EU-weite Erstattung von Leistungen

Grundsätzlich können Versicherte bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat der EU Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Die Kosten werden dann auf Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregelungen erstattet. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist aber nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich.

### 2.8 Neue Zuzahlungsregelungen bei Arznei- und Verbandsmitteln

Bei **Arzneimitteln** und **Verbandsmaterial** wird eine Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arznei- oder Verbandsmittel fällig. In jedem Fall müssen aber nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst dazu bezahlt werden.

#### Beispiel 1:

Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt dann den Mindestanteil von 5 Euro.

#### Beispiel 2:

Wenn das Medikament z. B. 75 Euro kostet, müssen 10 % des Preises, also 7,50 Euro dazu bezahlt werden.

#### Beispiel 3:

Wenn das Medikament 120 Euro kostet, müssen nur 10 Euro dazu bezahlt werden. Denn die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 Euro begrenzt.

### 2.9 Neue Zuzahlungsregelungen bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege

Bei **Heilmitteln** (z. B. Bäder, Bestrahlungen, Massagen, Krankengymnastik, Inhalationen etc.) und **häuslicher Krankenpflege** müssen Patienten seit dem 1. Januar 2004 10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung dazu zahlen.

#### Beispiel:

Verordnet ein Orthopäde beispielsweise nach einem Unfall sechs krankengymnastische Behandlungen, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro krankengymnastischer Behandlung.

Bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung jedoch auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

### 2.10 Neue Zuzahlungsregelungen bei Hilfsmitteln

Bei **Hilfsmitteln** (z. B. Heimdialysegeräte, Hörgeräte, Krankenfahrstühle, orthopädische Schuhe, etc.) beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro. Wenn die Kosten allerdings unter 5 Euro liegen, muss der tatsächliche Preis gezahlt werden.

Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz) beträgt die Zuzahlung 10 % je Verbrauchseinheit (z. B. eine Windelpackung), aber maximal 10 Euro pro Monat.

### 2.11 Neue Zuzahlungsregelungen bei Soziotherapie und bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe

Hier beträgt die Zuzahlung 10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.

### 2.12 Höhere Zuzahlungen bei der Stationären Vorsorge und bei Rehabilitation

Hier beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag. Bei Anschlussheilbehandlungen (AHB) ist die Zuzahlung allerdings auf 28 Tage begrenzt.

### 2.13 Neue Zuzahlungsregelungen bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter

Hier beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag.

### 2.14 Höhere und längere Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag. Dies gilt aber für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Bei stationären Krankenhausaufenthalten

gilt für jeden Versicherten bei den Zuzahlungen aber auch eine Belastungsgrenze von 2 % des Bruttoeinkommens (siehe unten).

### 2.15 Neue Belastungsgrenzen bei den Zuzahlungen und der Praxisgebühr

Bei den Zuzahlungen und der Praxisgebühr gilt für alle Versicherten aber eine Obergrenze. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf **2 % der Bruttoeinnahmen** nicht überschreiten. Für chronisch Kranke (z. B. Diabetiker, TEP-Patienten) gilt eine Grenze von **1 % der Bruttoeinnahmen**. Auf Familien wird durch Kinderfreibeträge von 3.648 Euro pro Kind zusätzlich Rücksicht genommen und auf nicht erwerbstätige Ehegatten mit einem Festbetrag von 4.284 Euro.

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von den Zuzahlungen befreit. Bei Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen wird ein Bonus gewährt.

#### Beispiel 1:

Bei einem Durchschnittsverdienst von 26.400 Euro Bruttoeinkommen liegt bei einem Alleinstehenden die Höchstgrenze der Zuzahlung bei 528 Euro im Jahr.

#### Beispiel 2:

Ein Familienvater mit drei Kindern verdient 26.400 Euro brutto im Jahr. Seine Frau ist nicht erwerbstätig. Für seine drei Kinder kann er einen Freibetrag von insgesamt 10.944 Euro (3.648 Euro pro Kind) geltend machen, für seine nicht erwerbstätige Ehefrau einen Freibetrag von nochmals 4.284 Euro. Um diese Freibeträge reduziert sich sein Einkommen daher auf 11.172 Euro im Jahr. Die Höchstgrenze bei den Zuzahlungen beträgt für ihn und seine Familie also maximal 223 Euro p.a.

### 2.16 Sozialhilfeempfänger werden gleich behandelt

Bei gesunden Sozialhilfeempfängern gelten dieselben Zuzahlungen und dieselben Belastungsobergrenzen wie bei allen anderen normal verdienenden Versicherten auch. Ihre Eigenbeteiligung beträgt ebenfalls maximal 2 % ihres jährlichen Einkommens. Als Berechnungsgrundlage gilt dabei der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze (siehe unter Punkt 2.15). Selbst beim Arztbesuch müssen Sozialhilfeempfänger die ganz normale Praxisgebühr entrichten.

#### Generell gilt bei Sozialhilfeempfängern:

Sozialhilfeempfänger, die nicht in der GKV versichert sind, werden GKV-Versicherten gleichgestellt. Die Krankenkassen übernehmen für sie die Aufwendungen für die Krankenbehandlung. Dabei ist wie bei GKV-Versicherten auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu achten. Die Sozialhilfeträger erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 %.

## 10 >> Auswirkungen

### 2.17 Brillen werden nicht mehr bezahlt

Brillen auf Kassenkosten gibt es nur noch für Kinder, Jugendliche und für schwer sehbeeinträchtigte Menschen mit schweren Sehfehlern. Der „Standardbrillenträger“ muss seine Sehhilfe aus eigener Tasche zahlen oder vorsorglich eine private Zusatzversicherung (Ergänzungstarif) bei einem privaten Krankenversicherer abschließen.

### 2.18 Versicherungsfremde Leistungen aus Steuergeldern

Knapp 5 Milliarden Euro pro Jahr geben die Krankenkassen alleine für versicherungsfremde Leistungen aus. Versicherungsfremde Leistungen wurden zum 1. Januar 2004 aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Das Mutterschaftsgeld, Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung sowie das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes werden über eine Erhöhung der Tabaksteuer in drei Stufen um einen Euro pro Schachtel Zigaretten finanziert.

Für Versicherte ändert sich dadurch aber nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkassen abgerechnet werden. Ansprechpartner für gesetzlich versicherte Mütter sind also weiterhin die gesetzlichen Krankenkassen.

### 2.19 Drastische Leistungskürzungen

Das **Sterbegeld** und das **Entbindungsgeld** wurde komplett aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen.

Die **Sterilisation** wird nur noch bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist. Dient eine Sterilisation aber der persönlichen Lebensplanung, gibt es dafür kein Geld mehr von der Krankenkasse und muss künftig selbst finanziert werden.

#### **Bei künstlicher Befruchtung künftig nur noch 3 Versuche**

Die Krankenkassen beteiligen sich auch weiterhin an den Kosten für eine künstliche Befruchtung. Allerdings werden nun nur noch 50 % der Kosten für insgesamt 3 anstatt 4 Versuche übernommen. Anspruch haben Frauen zwischen 25 und 40 Jahren sowie Männer bis 50 Jahre.

#### **Fahrkosten werden nicht mehr erstattet**

Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten zur ambulanten Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.

Nur wenn es einen zwingenden medizinischen Grund gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten ausnahmsweise übernehmen.

### 2.20 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr auf Rezept

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden nicht mehr per Rezept ausgegeben und somit auch nicht mehr von der Kasse übernommen. Auch Medikamente zur Verbesserung der privaten Lebensführung werden **seit 2004** nicht mehr bezahlt. Dazu zäh-

len Mittel gegen Potenzschwäche oder Impotenz (z. B. Viagra), zur Raucherentwöhnung und Abmagerung, Appetit-Hemmer oder Haarwuchsmittel.

Versicherte müssen dadurch alle nicht verschreibungspflichtigen Medikamente jetzt grundsätzlich selbst bezahlen. Ausgenommen davon bleiben aber Kinder unter 12 Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und Schwerstkranke. Sie bekommen beispielsweise unverzichtbare nicht verschreibungspflichtige Wirkstoffe für die Behandlung von schwer wiegenden Erkrankungen wie Krebs oder Herzinfarkt weiter bezahlt. Dann gelten aber auch die gleichen Zuzahlungsregelungen wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln (siehe Seite 22).

### **2.21 Neuer Versichertenbonus bzw. Bonusprogramme**

Die Krankenkassen können ihren Versicherten, wie die privaten Krankenversicherer, einen Bonus gewähren, wenn sie etwas für ihre eigene Gesundheit tun und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Aber auch Versicherte, die sich in ein Hausarztssystem (siehe Seite 5) einschreiben, an Präventions- oder speziellen Chronikerprogrammen teilnehmen, können von ihrer Krankenkasse einen Bonus bekommen.

Über die konkrete Ausgestaltung dieser Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell entscheiden. Sie kann dabei als Belohnung eine Ermäßigung bei den Zuzahlungen oder der Praxisgebühr oder aber eine Beitragsermäßigung oder sogar andere Prämien gewähren. Jede Krankenkasse bietet daher andere Bonussysteme an. Versicherte können sich aber individuell für diejenige Krankenkasse entscheiden, die die attraktivsten Angebote macht.

### **2.22 Tarife mit Beitragsrückgewähr und Selbstbehalten für freiwillig Versicherte**

Die Krankenkassen dürfen ihren Versicherten jetzt sogar Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anbieten.

### **2.23 Krankenkassen dürfen Ergänzungs- und Zusatztarife anbieten**

Die Krankenkassen dürfen ihren Versicherten in Kooperation mit den privaten Krankenversicherern auch günstige Ergänzungs- und Zusatztarife anbieten. Von dieser Möglichkeit haben Anfang 2004 zahlreiche Krankenkassen und PKV-Unternehmen Gebrauch gemacht. Es wurden neue Zusatztarife auf den Markt gebracht, die nun über die gesetzlichen Krankenkassen vertrieben werden.

Diese Vermittlung von durch PKV-Unternehmen angebotenen Zusatzversicherungen durch die GKV ist aber nach Auffassung des PKV-Verbandes eindeutig ein Schritt in die falsche Richtung. Jede Vermittlung von Zusatzangeboten durch die GKV sei ein Eingriff in einen funktionierenden Markt für Zusatzversicherungen, der bei der PKV seit Jahrzehnten erfolgreich funktioniere. Auch bei den Vermittlern der PKV-Unternehmen kamen berechtigte Sorgen auf, dass mit dieser neuen Regelung ihr potenzieller Kundenkreis weiter

## 12 >> Auswirkungen

reduziert wird. Einige private Krankenversicherer sprachen sich nicht zuletzt aus diesem Grund gegen eine Kooperation aus.

### 2.24 Ambulante Behandlungen auch in Krankenhäusern

Auch die Krankenhäuser können im ambulanten Bereich hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten. Auch die fachärztliche Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke kann von den Krankenhäusern übernommen werden.

Damit soll für Patienten das ewige Hin und Her zwischen möglicherweise notwendigen Krankenhausaufenthalten und regelmäßigem Besuch beim niedergelassenen Facharzt entfallen.

### 2.25 Medizinische Versorgungszentren

Die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und anderen Heilberuflern wird gezielt gefördert, denn eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie ist im Interesse der Patientinnen und Patienten. In medizinischen Versorgungszentren arbeiten alle an der Behandlung Beteiligten eng zusammen. So werden die Medikamente besser abgestimmt, Doppeluntersuchungen werden vermieden. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das: Hier erhalten sie besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand. Der Weg zur Gesundheit wird kürzer.

### 2.26 Bessere Interessenvertretung der Patienten

Die Berücksichtigung der Patienteninteressen wird in allen Gremien zur Pflicht, in denen über wichtige Anliegen mit Bedeutung für Patientinnen und Patienten entschieden wird. Die organisierten Patienteninteressen, das heißt Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeorganisationen, werden also unmittelbar in Entscheidungsprozesse einbezogen. Zum Beispiel, wenn es um die Frage geht, ob neue Therapien oder Arzneimittel geeignet sind und von der Krankenkasse bezahlt werden sollen.

#### **Patientenbeauftragter**

Ein Patientenbeauftragter soll auf Bundesebene in allen politischen Gremien dafür sorgen, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten stärker beachtet werden. Er soll auch ein zentrales Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein. Im Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen soll er die Belange von Patienten in die Öffentlichkeit bringen. Außerdem fungiert er als Ombudsmann. Denn alle Versicherten können sich mit Anfragen oder Beschwerden an ihn wenden. Patientinnen und Patienten bekommen dadurch eine Lobby.

### 2.27 Mehr Durchblick mit einer Patientenquittung

Die „Arbeitsgruppe Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“ schätzt, dass bis zu 20 Prozent der Ärzte regelmäßig oder unregelmäßig unkorrekt abrechnen. Patientinnen und Patienten werden daher nun besser durchschauen können, welche Leistungen ein Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Sie können sich seit dem 1. Januar 2004 entweder nach

jedem Arzt- oder Krankenhausbesuch oder aber einmal pro Quartal vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Patientenquittung ausstellen lassen. Sie erhält in detaillierter und verständlicher Form eine genaue Kosten- und Leistungsinformation.

Auf dieser Patientenquittung sind alle Leistungen und Kosten aufgelistet, die der behandelnde Arzt bei der Krankenkasse abrechnet. So haben Versicherte einen besseren Überblick über die erfolgten Behandlungen und eine gute Grundlage für die weiteren Therapiesprache mit dem Arzt.

### **2.28 Einführung einer Gesundheitskarte**

Erst **ab 2006** wird die bisherige Krankenversicherungskarte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Nach dem heutigen Stand der Dinge scheint eine flächendeckende Einführung jedoch erst nach 2006 realisierbar zu sein. Neben den Versichertendaten enthält diese Karte alle notwendigen Informationen, die zur Ausgabe eines elektronischen Rezeptes erforderlich sind. Auch Behandlungen, Überweisungen und Rezepte sollen darauf gespeichert werden.

Wer möchte, kann darauf auf freiwilliger Basis zusätzlich Gesundheitsdaten speichern lassen. Diese reichen dann von der Dokumentation eingenommener Arzneimittel bis zu Notfall-Informationen wie Blutgruppe, Allergien oder chronischen Erkrankungen.

Die Gesundheitskarte schafft die Grundlagen für die Vernetzung von über 70 Millionen Versicherten, 270.000 Ärzten, 77.000 Zahnärzten, über 2.000 Krankenhäusern, rund 22.000 Apotheken und mehr als 300 Krankenkassen.

### **2.29 Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose**

Seit dem 1. Januar 2005 müssen Kinderlose einen zusätzlichen Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung leisten.

Dieser Anteil ist allein vom Mitglied zu tragen und beträgt 0,25 % der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Kinderlose zahlen demnach statt bisher 0,85 % seit Januar 1,1 % Beitrag an die Pflegekassen. Der Beitragssatz für Eltern bleibt hingegen gleich.

Für bestimmte Personen hat der Gesetzgeber jedoch Ausnahmen von der Beitragspflicht geschaffen. So müssen Mitglieder ohne Kinder, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden, Wehr- und Zivildienstleistende, Mitglieder, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Mitglieder, die das Arbeitslosengeld II erhalten, den Zusatzbeitrag nicht leisten.

Die Elternschaft muss bei der abführenden Stelle in geeigneter Form, z. B. mittels Geburtsurkunde oder Kindergeldbescheid, nachgewiesen werden. In vielen Fällen ergibt sich für den Arbeitgeber die Elternschaft aber bereits aus der Eintragung auf der Lohnsteuerkarte. Ein Kind löst bei beiden Eltern eine Zuschlagsfreiheit aus. Neben leiblichen und Adoptivkindern führen auch Stief- und Pflegekinder zu einer Zuschlagsbefreiung.

## 14 >> Auswirkungen

Diese neue Regelung beruht auf einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, wonach die bisherige Regelung gegen das Grundrecht zum Schutz von Ehe und Familie verstößt. Die Beiträge zur Pflegeversicherung müssen für kinderlose Versicherte höher sein, als für Versicherte mit Kindern. Auf Grund der finanziellen Lage der Pflegeversicherung konnte der Beitragssatz für Eltern jedoch nicht gesenkt werden.

### 2.30 Finanzierung von Zahnersatz

Durch das "Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz" vom 1.10.2004 wurde das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) geändert. Auswirkungen hat dies sowohl in leistungs- als auch in beitragsrechtlicher Hinsicht.

#### **Neue Zuschussregelungen ab 1. Januar 2005**

Die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten des Zahnersatzes orientiert sich zukünftig am Befund. Abhängig vom jeweiligen Befund ergeben sich unterschiedliche Therapiemöglichkeiten. Die Regelversorgung beschreibt, wie eine "ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung" bei dem jeweiligen Befund aussieht. Wählen die Versicherten eine Regelversorgung mit Zahnersatz, so entspricht ihr Eigenanteil in etwa der bisherigen Höhe.

Verbesserungen bietet die Neuregelung für Patienten, die eine andere als die Regelversorgung oder eine komplett andere Lösung wünschen. Nach bisherigem Recht war es den Krankenkassen nicht möglich, die Kosten für einzelne Versorgungsformen, welche nicht in ihrem Leistungskatalog aufgeführt waren, zu übernehmen. Wer eine solche Versorgungsform gewählt hatte, erhielt bisher gar keinen Zuschuss. Dadurch, dass künftig der Zuschuss pro Befund gezahlt wird, erhalten diese Versicherten nach der neuen Regelung trotzdem den Festzuschuss, unabhängig davon, welche Versorgung sie tatsächlich gewählt haben.

Die so genannten befundorientierten Festzuschüsse orientieren sich also nicht mehr an den Kosten der Behandlung, sondern an der Ausgangssituation im Gebiss - dem Befund. Bei gleicher Ausgangssituation erhalten die Versicherten nun einen gleichen Zuschuss.

#### **Bekannte Bonusregelung**

Bei der Bonusregelung ergeben sich für die Versicherten keine Änderungen. Die Höhe des Festzuschusses der Krankenkassen beträgt 50 % der Kosten für die Regelversorgung. Der Zuschuss erhöht sich auf 60 %, wenn der Versicherte in den letzten fünf Jahren die Vorsorgeuntersuchungen wenigstens einmal im Kalenderjahr wahrgenommen hat. Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres müssen diese Vorsorgeuntersuchungen einmal im Kalenderhalbjahr besucht haben, um in den Genuss des Bonus zu kommen. Die Zahnärzte bescheinigen diese Termine im so genannten Bonusheft. Wurden in den letzten zehn Kalenderjahren mindestens einmal jährlich (Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Kalenderhalbjahr) die Vorsorgeuntersuchungen eingehalten, erhöht sich der Bonus auf 65 %.

#### **Zusatzbeitrag für Mitglieder zum 1. Juli 2005**

Zur weiteren Finanzierung des Zahnersatzes ist von allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse ab dem 1. Juli 2005 ein einkommensabhängiger Beitrag in Höhe von 0,4 %

ihres Bruttoarbeitsentgeltes aufzubringen. Ebenso wird für das Krankengeld ein zusätzlicher Beitrag von 0,5 % erhoben (siehe Seite 16). Die Arbeitgeber beteiligen sich nicht an diesen Kosten. Ausgenommen von dem Sonderbeitrag sind Bezieher des Arbeitslosengeldes II und mitversicherte Familienangehörige.

Im Gegenzug werden die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, ihren Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte zum 1. Juli 2005 zu senken. Diese Senkung ist sowohl für Arbeitgeber wie auch für Arbeitnehmer von Vorteil, da der allgemeine Beitragssatz weiterhin je zu Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen wird. Nur der Sonderbeitrag zur Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld ist allein vom Mitglied zu zahlen. Dies bedeutet, dass auch die Senkung des Beitragssatzes in Höhe von jeweils 0,45 % Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu Gute kommt.

Unter Berücksichtigung des zusätzlichen Beitrags und der Beitragssatzsenkung ergibt sich unter dem Strich also für die Versicherten eine Mehrbelastung von 0,45 %. Da die Beiträge maximal nur bis zu einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (2005 = 3.525 Euro/Monat) berücksichtigt werden, zahlt ein Versicherter demnach maximal 15,86 Euro im Monat mehr. Für den Arbeitgeber ergibt sich dagegen pro Beschäftigtem eine maximale Entlastung in gleicher Höhe (0,45 % oder 15,86 Euro). Die Beiträge werden wie bisher vom Arbeitgeber vom Lohn/Gehalt einbehalten und zusammen mit den anderen Beiträgen an die Krankenkasse überwiesen.

Ziele dieser Maßnahmen sind es, die Lohnnebenkosten zu senken, die Arbeitgeber zu entlasten und so langfristig Arbeitsplätze in Deutschland zu erhalten. Nach den Berechnungen der Bundesregierung sollen die Arbeitgeber und Rentenversicherer dadurch bereits im Jahr 2005 um bis zu 2,3 Milliarden Euro und ab 2006 um rund 4,5 Milliarden Euro entlastet werden.

### **Überforderungsklausel bei Zahnersatz**

Die Krankenkasse übernimmt bei einer unzumutbaren Belastung des Versicherten die Kosten bis zur Höhe des doppelten Festzuschusses, aber maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 966 Euro nicht übersteigen, der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt oder ähnliche Leistungen erhält. Die Einkünfte der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen werden hinzugerechnet. Die Belastungsgrenze erhöht sich für den ersten Angehörigen um 362,25 Euro, für jeden weiteren um 241,50 Euro. Allerdings erfolgt eine vollständige Kostenübernahme durch die Krankenkasse nur dann, wenn der Gebisszustand regelmäßige Pflege erkennen lässt und die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch genommen wurden.

Außerdem erstattet die Krankenkasse bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Betrag, soweit die Festzuschüsse in Höhe von 50 % das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden Einnahmegrenze (für Alleinstehende 966,00 Euro, 1. Haushaltsangehörige 362,25 Euro, jeder weitere Haushaltsangehörige 241,50 Euro) übersteigen, maximal aber 100 % des Regelversorgungsbetrages bzw. die tatsächlichen Kosten.

## 16 >> Auswirkungen

### 2.31 Versicherte müssen Beitrag zum Krankengeld selbst finanzieren

Das Krankengeld wird bei längerer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit ab der 7. Woche von der Krankenkasse gezahlt. Das bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch finanzierte Krankengeld müssen ab dem 1. Juli 2005 allein die Versicherten finanzieren. Das Krankengeld bleibt zwar in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Versicherten müssen aber die Kosten von derzeit 7,6 Milliarden Euro ab Juli 2005 über einen Zusatzbeitrag allein zahlen. Dazu müssen sie an ihre gesetzliche Krankenkasse künftig einen Sonderbeitrag von 0,5 % zusätzlich zum Beitragssatz leisten.

### 2.32 Neues Zentrum für Qualität

Zur Verbesserung der Patientenrechte ist vom Staat das unabhängige privatrechtliche „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ eingerichtet worden. Als eine Art „Stiftung Warentest für das Gesundheitswesen“ informiert es Versicherte über Nutzen und Qualität von Medikamenten und Behandlungen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln wird es nicht mehr geben. Weitere Informationen halten die Internetseiten des Instituts unter <http://www.iqwig.de> parat.

## >> 3. Die Auswirkungen für die Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte

### 3.1 Krankenkassen müssen ihre Verwaltungskosten begrenzen

Die 350 gesetzlichen Krankenkassen müssen nun ihre Verwaltungskosten begrenzen. Sollten diese Kosten pro Mitglied um mehr als 10 % über dem Durchschnitt liegen, werden sie „eingefroren“. Außerdem wird die Höhe der Verwaltungskosten bis 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Zusätzlich müssen sie regelmäßig die Höhe ihrer Ausgaben und der Vorstandsgehälter veröffentlichen. So haben die Versicherten einen besseren Überblick, wofür ihre Beiträge von der Krankenkasse verwendet werden.

### 3.2 Mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen

Krankenkassen sollen sich leichter zusammenschließen können. Damit soll die Zahl von heute noch 350 Krankenkassen verringert werden. Fusionen bedürfen der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen handeln wie bisher die Verträge für Ärzte und Kliniken aus. Die Krankenkassen haben künftig jedoch mehr Mitspracherecht.

### 3.3 Direktverträge mit einzelnen Medizinern oder Praxisnetzwerken möglich

Das Monopol der kassenärztlichen Vereinigungen wird aufgebrochen. Fachärzte oder Praxisnetzwerke können (z. B. beim Hausarztssystem) auch Einzelverträge mit den Krankenkassen aushandeln.

### **3.4 Keine Korruption mehr im Gesundheitswesen**

Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen müssen stärker gegen Korruption im Gesundheitswesen vorgehen. Auf Landes- und Bundesebene sollen sie entsprechende Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten einrichten. Denn die wenigen schwarzen Schafe schaden der gesetzlichen Krankenversicherung und damit den Patientinnen und Patienten.

### **3.5 Ärzte müssen zur Fortbildung**

Ärzte werden zur Fortbildung verpflichtet. Wer keinen Nachweis erbringt, muss Vergütungsabschläge hinnehmen. Wer sich weigert, regelmäßig zur Fortbildung zu gehen, muss mit dem Zulassungszug rechnen. Die Fortbildungen müssen aber unabhängig von wirtschaftlichen Interessen und der Pharma-Industrie sein. So werden künftig beispielsweise produktbezogene Veranstaltungen der Pharma-Industrie nicht mehr als Fortbildung anerkannt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen künftig die Einhaltung dieser Fortbildungsverpflichtungen überprüfen.

### **3.6 Qualitätsgeprüfte Ärzte**

In allen Arztpraxen wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Danach muss jede Ärztin und jeder Arzt seine Praxisabläufe nach bestimmten Qualitätsvorgaben überprüfen. Außerdem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nicht nur kontinuierlich die Qualität in den Arztpraxen zu kontrollieren und zu verbessern, sondern über diese Maßnahmen auch regelmäßig zu berichten. Denn Patientinnen und Patienten können in der Regel nur schwer beurteilen, auf welchem qualitativen Niveau der behandelnde Arzt arbeitet. Sie sind auf subjektive Eindrücke angewiesen, da es keine allgemeinen Standards gibt.

## **>> 4. Die Auswirkungen für die Apotheker**

### **4.1 Apotheker dürfen mehrere Filialen betreiben**

Um den Wettbewerb beim Medikamentenhandel anzukurbeln, dürfen Apotheken bis zu drei Filialen haben. Fremde Apotheken dürfen nicht übernommen werden. Das Fremdbesitzverbot bleibt bestehen.

### **4.2 Versandhandel bei Medikamenten erlaubt**

Wie in anderen europäischen Staaten längst üblich, ist der Versandhandel von apothekenpflichtigen Arzneimitteln nun auch in Deutschland erlaubt. Seit dem 1. Januar 2004 können sich sowohl privat als auch gesetzlich Versicherte Medikamente per Telefonanruf oder Internet von ihrer Apotheke nach Hause bestellen. Davon profitiert vor allem jeder, der berufstätig ist oder dessen Mobilität eingeschränkt ist. Für Versandapotheken gelten dabei die gleichen hohen Maßstäbe im Hinblick auf Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit wie in der Apotheke vor Ort.

### 4.3 Apotheker bekommen das gleiche Honorar

Seit dem **1. Januar 2004** erhalten Apotheker stets das gleiche Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis pro verkauftem Medikament, und zwar unabhängig von dessen Preis und Packungsgröße. Dass ein Apotheker umso mehr verdient, je teurer das verkaufte Medikament ist, gilt dann bei gesetzlich Versicherten nicht mehr. In Zukunft wird er bei gesetzlich Versicherten das Gleiche verdienen, auch wenn er ein preiswerteres Medikament verkauft.

### 4.4 Apotheker müssen Generika anbieten

Apotheker sind seit dem **1. Januar 2004** verpflichtet, Versicherten wirkungsgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel – so genannte Generika – auszuhändigen, wenn der Arzt statt eines speziellen Medikaments nur einen Wirkstoff verschrieben hat. Generika sind zwar billiger als die Originalpräparate, das liegt jedoch nicht daran, dass bei der Herstellung gespart wurde; Generika enthalten die identischen Wirkstoffe. Der günstige Preis geht darauf zurück, dass der Hersteller keine eigene Forschung betreiben musste, sondern davon profitiert, dass der Patentschutz für ein bewährtes Arzneimittel abgelaufen ist. Generika sind vor ihrer Zulassung unter den gleichen strengen Kriterien geprüft und untersucht worden wie jedes andere zugelassene Medikament auch.

Das Gleiche gilt, wenn der Arzt nicht ausdrücklich ausschließt, das verordnete Medikament durch ein anderes zu ersetzen. Durch diese so genannte Aut-idem-Regelung erhalten Versicherte ein qualitativ gleichwertiges Arzneimittel, müssen aber weniger dazuzahlen, da sich die Zuzahlung nach dem Preis des Arzneimittels richtet. Deshalb lohnt es sich für Versicherte, den Arzt und den Apotheker auf die Aut-idem-Regelung anzusprechen. Denn diese Aut-idem-Regelung wird vereinfacht.

### 4.5 Preise für nicht verschreibungspflichtige Medikamente freigegeben

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind seit Januar 2004 freigegeben. Jeder Apotheker entscheidet selbst, wie preiswert er seine Produkte anbietet. Und durch die Wahl der Apotheke entscheiden Versicherte, was sie von den jeweiligen Preisen halten. Schließlich macht es einen Unterschied, ob Versicherte für ein Kopfschmerzmittel 3,20 Euro oder 4,10 Euro bezahlen. Der Wettbewerb um den Apothekenkunden ist deshalb nicht nur ein Wettbewerb um die beste Beratungsqualität, sondern auch um den günstigsten Preis.

### 4.6 Preisabstand von importierten Arzneimitteln limitiert

Der Preisabstand eines importierten Arzneimittels, zu dessen Abgabe der Apotheker verpflichtet ist, wurde auf 15 % bzw. mindestens 15 Euro festgesetzt.

### >> 5. Die Auswirkungen für die kassenärztlichen Vereinigungen

#### **Weniger Bürokratie bei Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Organisationsstruktur der insgesamt 23 Kassenärztlichen Vereinigungen wird gestrafft. Die Vertreterversammlung wird verkleinert. Haben kassenärztliche Vereinigungen innerhalb eines Bundeslandes weniger als 10.000 Mitglieder, werden sie zusammengelegt; dadurch wird ihre Gesamtzahl auf 17 oder 18 schrumpfen. Auf diese Weise reduziert sich der Verwaltungsaufwand. Die so eingesparten finanziellen Mittel können für ihren eigentlichen Zweck eingesetzt werden, nämlich die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.

### >> 6. Die Chancen der Reform für private Krankenversicherer und deren Vermittler

Durch die Gesundheitsreform müssen besonders Arbeitnehmer die Hauptlast der Kosten tragen. Insbesondere die Beitragszuschläge für Zahnersatz und Krankengeld und die – zumindest anfänglich – komplizierten Zuzahlungsregelungen bei einem Arztbesuch oder bei Arzneimitteln mindern die Akzeptanz der Reform. Besonders die Berechnung der Zuzahlungen und deren Grenzen erfordern einen bürokratischen Aufwand, der nicht zu den Kernbereichen der medizinischen Versorgung zu zählen ist.

Für die privaten Krankenversicherer ist die Reform eine gute und eine schlechte Nachricht. Denn je mehr die gesetzlichen Krankenkassen ihre Leistungen kürzen, umso bessere Geschäfte machen die privaten Krankenversicherer. Gesetzlich Krankenversicherten bieten die privaten Krankenversicherer Zusatzkrankenversicherungen für die stationäre Krankenhausbehandlung und so genannte Ergänzungspolicen an, die die Lücken der Gesundheitsreform stopfen sollen.

Mit einem Boom ist daher bei Zusatzpolicen für die stationäre Krankenhausbehandlung und bei Krankenhaustagegeld-Policen zu rechnen. Denn auch die Zuzahlungen bei einer Krankenhausbehandlung sind angestiegen (siehe Seite 22).

>> Anhang 1:

**Leistungskürzungen im Überblick**

Leistung	Änderung seit 1.1.2004	Ausnahmen	Anmerkungen
- Sterbegeld - Entbindungsgeld	Aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.		
- Sterilisation	Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung vom Versicherten selbst finanziert werden.	<b>Ausnahme:</b> 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 beteiligen sich die Krankenkassen daran nicht mehr.	<b>Ausnahme:</b> Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.	
- Fahrkosten	Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	<b>Ausnahme:</b> Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.	Bei genehmigten Fahrten 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.

## 21 >> Anhang 2

- 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.	<b>Ausnahmen:</b> 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 - Schwangerschaftsabbruch	Werden nun 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 aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 Euro pro Packung erhöht.
... beim Zahnersatz	Zur Finanzierung des Zahnersatzes wird ab dem <b>1. Juli 2005</b> von allen Mitgliedern ein zusätzlicher Beitrag von 0,4 % ihres Bruttoarbeitsentgelts erhoben. Die Arbeitgeber beteiligen sich nicht an diesen Kosten.	Bezieher von Arbeitslosengeld II und mitversicherte Familienangehörige sind von der Erhebung des zusätzlichen Sonderbeitragsatzes ausgenommen.	Die so genannten befundorientierten Festzuschüsse orientieren sich nicht mehr an den Kosten der Behandlung, sondern an der Ausgangssituation im Gebiss - dem Befund. Bei gleicher Ausgangssituation erhalten die Versicherten in Zukunft einen gleichen Zuschuss.
... beim Krankengeld	<b>Ab Juli 2005</b> wird von den Mitgliedern ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 % erhoben, den er ebenfalls alleine tragen muss.		

## >> Anhang 2

### Neue Zuzahlungen im Überblick

Leistung	Zuzahlung seit 2004	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt.	<b>Überweisungen:</b> Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.  <b>Vorsorge:</b> Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	10 Euro pro Quartal bedeutet: Egal, wie oft der Versicherte zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten er mit Überweisung geht: Er zahlt insgesamt nicht mehr als 10 Euro Praxisgebühr innerhalb eines Quartals.

## 22 >> Anhang 2

... bei Arzneimitteln und Verbandsmaterial	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.		Beispiele: Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro.  Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 Euro.  Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 Euro begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 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 % der Kosten pro Massage.
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, orthopädische Schuhe, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	<b>Ausnahme:</b> Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin



---

**Continentale  
Krankenversicherung a.G.  
pkv-ratgeber**

Ruhrallee 92-94  
44139 Dortmund  
[info@pkv-ratgeber.de](mailto:info@pkv-ratgeber.de)  
[www.pkv-ratgeber.de](http://www.pkv-ratgeber.de)