



**H  
A  
N  
D  
R  
E  
I  
C  
H  
U  
N  
G**

**DIE AUSWIRKUNGEN  
DER GESUNDHEITSREFORM  
IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN  
DER  
ARBEITERWOHLFAHRT  
BEZIRKSVERBAND MITTELRHEIN e.V.**

|   |    |
|---|----|
| <i>Vorwort</i>                            | 3  |
| <i>Apotheke</i>                           | 5  |
| <i>Befreiung</i>                          | 5  |
| <i>Belastungsgrenze</i>                   | 5  |
| <i>Beschwerde</i>                         | 6  |
| <i>Brillen</i>                            | 7  |
| <i>Chronisch Kranke</i>                   | 8  |
| <i>Fahrtkosten (ambulante Behandlung)</i> | 9  |
| <i>Heilmittel</i>                         | 10 |
| <i>Hilfsmittel</i>                        | 10 |
| <i>Krankenhaus</i>                        | 11 |
| <i>Medikamente</i>                        | 11 |
| <i>Praxisgebühr</i>                       | 12 |
| <i>Zuzahlungsregelungen</i>               | 13 |

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

*wie Ihnen allen bekannt ist, will der Gesetzgeber mit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) mehr als 10 Mrd. Euro Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung realisieren.*

*Diese Einsparungen sollen sowohl über eine neue Lastenverteilung als auch über eine Leistungsstruktur für alle Bürgerinnen und Bürger erreicht werden. Noch immer bestehen Unklarheiten bei der Umsetzung des Gesetzes und einige Regelungen sind noch offen. Fest stehen aber mittlerweile zwei nicht unwesentliche Folgen des Gesetzes.*

*Zum einen entstehen den Bewohnerinnen und Bewohnern unserer Einrichtungen höhere Kosten für Arztbesuche, Medikamente und Hilfsmittel. Zum anderen ist der Verwaltungsaufwand in unseren Heimen gestiegen. Die Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrein will mit dieser Handreichung nicht nur die Bewohnerinnen und Bewohner der Alten- und Seniorenzentren informieren, sondern mit der nachfolgenden Zusammenstellung auch ein Wegweiser durch die Regelungen und Auswirkungen der Gesundheitsreform für Angehörige, Betreuer, ehrenamtliche Helfer und sonstige Vertrauenspersonen sein.*

*Mit dem nun folgenden Wegweiser wollen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen, die mit der Gesundheitsreform entstanden sind, erläutern.*

*Sollten noch Fragen offen sein, wenden Sie sich vertrauensvoll an die Einrichtungsleitungen, Pflegeleitungen und VerwaltungsmitarbeiterInnen in den Alten- und Seniorenzentren vor Ort.*

*Freundliche Grüße*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Johnsen'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'A' and a long, sweeping underline.

*Andreas Johnsen*

*Geschäftsführer*

*Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V.*

## **APOTHEKE**

Zuzahlungen zu Arzneimitteln müssen von der Apotheke erhoben werden. Sie kommen aber nicht den Apotheken, sondern in voller Höhe den Krankenkassen zugute.

- Bisher berechnete sich die Zuzahlung nach der Packungsgröße  
Es gibt kleine (N1)  
mittlere (N2)  
und große (N3) Packungen.
  
- Ab 1. Januar 2004 ist die Zuzahlung direkt abhängig vom Arzneimittelpreis, nicht mehr von der Packungsgröße.

## **Befreiung**

Seit 1.1.2004 sind nur noch Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren von Zuzahlungen befreit.

## **Belastungsgrenze**

1. Die Belastungsgrenze ist im Normalfall bei zwei Prozent des Brutto-Jahreseinkommens erreicht.  
Chronisch Kranke zahlen ein Prozent.

Ändern sich die Jahresbrutto-Einkünfte im Verlaufe des Jahres stark, kann mit der Kasse eine neue Belastungsgrenze vereinbart werden.

2. Bei Beziehern der Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Bemessungsgrundlage.

*Bei einem Regelsatz von 296 Euro pro Monat bzw. 3 552 Euro im Jahr beläuft sich somit die Belastungsgrenze auf 71,04 Euro bzw. 35,52 Euro.*

*Heimbewohner, die Sozialhilfe erhalten, werden aufgrund der Barbetragsregelung besonders belastet.*

*Im Extremfall führt die Zuzahlungsregelung zu einer fast vollständigen Inanspruchnahme des Barbetrages im ersten Quartal des Jahres.*

*Wann die Belastungshöchstgrenze erreicht ist, muss der Versicherte überwachen, also der Bewohner selbst. Ist sie erreicht, kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Befreiung gestellt werden.*

*Die Heime werden diese Überwachung für die Bewohner kaum vornehmen können, da sie keinen umfassenden Einblick in die Einkommenssituation ihrer Bewohner haben.*

### **Beschwerden aber wie???**

*Was tun, wenn man ungerechtfertigt Praxisgebühr bezahlen muss?*

- *Quittung aufheben und Rückerstattung von der Krankenkasse verlangen.*
- *Wenn das erfolglos bleibt, sollte man sich beschweren:*

*Mitglieder einer bundesweiten Kasse tun dies beim Bundesaufsichtsamt der Krankenkassen;*

*Mitglieder von Regionalkassen beim Sozialministerium des Landes, in dem die Kasse ihren Hauptsitz hat.*

- *Wenn auch das nicht hilft: Jeder hat das Recht, vor dem Bundessozialgericht zu klagen - kostenlos.*
- *Darüber hinaus:  
Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung Frau Helga Kühn-Mengel informieren:  
Anschrift:*

***Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten der Bundesregierung  
Frau Helga Kühn-Mengel  
11017 Berlin***

### **Brillen**

*Patientinnen und Patienten müssen auch künftig nicht für die Verordnung einer Brille zahlen.*

*Die Versicherten haben Anspruch auf eine Diagnose und eine ärztliche Behandlung. Dazu gehört auch die Feststellung der Sehschärfe und gegebenenfalls die Verordnung einer Brille. Das ist Teil der ambulanten Behandlung.*

*Zwar ist es richtig, dass zukünftig die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich keine Zuschüsse zu Sehhilfen mehr bezahlt, die ärztliche Diagnoseleistung über die Notwendigkeit einer Brillenverordnung und die Sehschärfestimmung durch den Augenarzt bleibt weiterhin Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.*

*Die Feststellung der Sehschärfe (Refraktion) ist keine speziell ärztliche Tätigkeit, sondern eine handwerkliche. In der Praxis bedeutet dies, dass auch Optiker die Sehschärfe feststellen dürfen.*

## Chronisch Kranke

*Versicherte, die als Person mit schwerwiegenden chronischen Krankheiten definiert werden, müssen maximal ein Prozent ihres Gehaltes für Praxisgebühr, Medikamente etc. zuzahlen. Nach obigem Beschluss können Patienten, die ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurden als chronisch kranke Menschen eingestuft werden. Zusätzlich muss eines der folgenden Merkmale vorhanden sein.*

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB XI vor.*
- Es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60% nach § 30 BVG vor oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60%.*
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung ein lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung zu erwarten ist.*

*Der Antrag muss bei der jeweils zuständigen Krankenkasse gestellt werden. Ggf. fordert diese dann ein ärztliches Attest ein.*

## Fahrtkosten (ambulante Behandlung)

Grundsätzlich werden Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung von den Kassen nicht übernommen. Ausnahmen müssen vorher vom Arzt verordnet und von der Kasse genehmigt werden.

Die Ausnahmen gelten für:

- *Patienten, die zu Dialyse-, Strahlenbehandlungen oder Chemotherapien fahren müssen, bekommen diese Kosten erstattet. Auch in anderen Fällen können Fahrten genehmigt werden. Dazu müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:*

*Der Patient muss wegen einer Krankheit häufig über einen längeren Zeitraum behandelt werden.*

*Die Behandlung oder die Krankheit beeinträchtigen den Patienten derart, dass eine Beförderung unerlässlich ist, um „Schaden an Leib und Leben“ zu vermeiden.*

- *Auch für Patienten mit Seh- oder Gehbehinderungen gilt diese Regelung - allerdings nur unter gewissen Umständen. Voraussetzung ist ein Behindertenausweis mit einem der folgenden Kürzel:*

*aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)*

*Bl (Blind)*

*H (Hilflos)*

*oder die Pflegestufe II oder III.*

*Auch den genannten Situationen „vergleichbare Umstände und Behandlungen“ reichen aus, um Fahrtkosten bezahlt zu bekommen.*

*So kann die Fahrt auch dann in Anspruch genommen werden, wenn kein Schwerbehindertenausweis vorliegt.*

- Fahrten zu einer ambulanten Operation bzw. zur Vor- oder Nachbehandlung dazu
- Fahrten zu vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden werden kann.

Für alle fahrtkostenbefreiten Patienten gilt aber auch: jeweils 5 oder 10 Euro Zuzahlung zu jeder Hin- und Rückfahrt.

### **Heilmittel**

Heilmittel sind beispielsweise: Krankengymnastik, Ergotherapie, Massagen.

Bei Heilmitteln beträgt die Zuzahlung:

10% der Kosten des Mittels oder der Leistung plus 10 Euro je Verordnung.

### **Hilfsmittel**

Die Höhe der Zuzahlungen richtet sich danach, ob es sich um Hilfsmittel handelt, die zum Verbrauch bestimmt sind oder nicht.

Bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Hörgerät, Rollstuhl) beträgt die Zuzahlung:

10% des Abgabepreises, mindestens aber 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro je Indikation

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B.: Stoma, Ernährungs sonden, Teststreifen) beträgt die Zuzahlung:

- 10% je Verbrauchseinheit, höchstens jedoch 10 Euro pro Monat

## **Krankenhaus**

*Patienten müssen bei einer stationären Behandlung zehn Euro pro Tag bezahlen, maximal jedoch für 28 Tage im Jahr. Auch der Tag der Entlassung zählt.*

## **Medikamente**

*Warum gibt es kein rezeptpflichtiges Medikament unter 5 Euro mehr?*

*Seit Januar 2004 gelten neue Zuzahlungsregelungen. Zehn Prozent der Kosten für rezeptpflichtige Arzneimittel müssen Patienten selbst bezahlen - mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Laut Gesetz darf die Zuzahlung den Preis des Medikamentes nicht übersteigen.*

*In der Praxis gibt es aber keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel mehr unter fünf Euro. Das liegt an der Reform der Arzneimittelpreisverordnung:*

*Bis Ende 2003 erhielten die Apotheken für ihre Beratungsleistung einen bestimmten Prozentsatz vom Verkaufspreis.*

*Jetzt bekommen die Apotheker von den Krankenkassen für jedes Jahr von den Krankenkassen für jedes verkaufte rezeptpflichtige Mittel eine feste Beratungsgebühr in Höhe von 8,10 Euro.*

*Dadurch sparen die Krankenkassen im Bereich teurer Medikamente sehr viel Geld.*

*Dagegen sind die bisher sehr günstigen Medikamente teurer geworden; es greift immer eine Mindestzuzahlung von fünf Euro.*

*Verschreibungspflichtige Medikamente ( wie etwa Erkältungs- oder Schmerzmittel ) werden grundsätzlich nicht mehr von den Krankenkassen erstattet.*

*Ausnahmen gibt es nur bei Verordnungen für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr und bei der Behandlung von schwerwiegenden Krankheiten, sofern das Medikament zum Therapiestandard gehört.*

*Eine entsprechende Medikamentenliste enthält rezeptfreie Präparate, die unter bestimmten Bedingungen von den Krankenkassen gezahlt werden müssen.*

### **Praxisgebühr**

*Versicherte müssen je Arzt und Quartal 10 Euro Praxisgebühr entrichten. Bezahlt werden muss vor der Behandlung! Einige Ärzte bieten auch die Abbuchung per EC-Karte an.*

*Ausnahme:*

*Es handelt sich um einen Notfall. Dann muss im Nachhinein bezahlt werden.*

*Wird ein Patient von einem Arzt an einen anderen überwiesen, ist keine erneute Gebühr fällig. Das gilt auch für Gynäkologen und Augenärzte. Allerdings muss Überweisung und Arztbesuch im gleichen Quartal erfolgen. Anders ist es beim Zahnarzt: Hier muss jeweils beim ersten Besuch im Quartal die Gebühr entrichtet werden - unabhängig von allen Überweisungen.*

*Allerdings braucht der Versicherte für zwei jährliche Kontrolluntersuchungen keine 10 Euro zu bezahlen.*

*Die Praxisgebühr wird auch fällig, wenn nur ein Rezept oder telefonischer Rat gewünscht wird.*

*Die Praxisgebühr wird auch für Folgerezepte ( z.B. chronisch Kranke ) jeweils im neuen Quartal fällig.*

*Psychotherapeuten, die keine Ärzte sind, können wie Ärzte beim Erstbesuch eine Quittung über die entrichtete Praxisgebühr von zehn Euro ausstellen.*

*Die Quittung reicht auch, wenn nach einem Notarztbesuch am folgenden Tag ein Facharzt besucht wird.*

*Wofür wird keine Praxisgebühr verlangt?*

- Schutzimpfungen*
- jährliche Vorsorgeuntersuchung auf Krebs. (bei Frauen ab Beginn des 20. Lebensjahrs; bei Männern ab Beginn des 45. Lebensjahrs)*
- zweijährliche Untersuchung zur Früherkennung von Diabetes (Zucker) sowie Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und der Nieren. (ab vollendetem 35. Lebensjahr)*
- zwei mal jährlich Kontrolle beim Zahnarzt*
- bei Laboruntersuchungen: Entnahme gegen Ende eines Quartals, Analyse erst im neuen Quartal*
- bei planbaren Notfällen: z.B. ärztlich angeratener Verbandswechsel am Wochenende durch den Notdienst.*

### **Zuzahlungsregelungen**

*Ab 01. Januar 2004 gibt es für erwachsene Versicherte grundsätzlich keine Krankenkassenleistungen mehr ohne Zuzahlung. Für die Zuzahlungsverpflichtung für Er-*

wachsene bis zur Belastungsgrenze gibt es keine Ausnahmen.

Bei den Zuzahlungen kann es im Einzelfall zu erheblichen Kumulationen (Anhäufungen) kommen. Beispielsweise wird die sogenannte Praxisgebühr beim Haus- oder Facharzt bzw. Zahnarzt auf die Behandlung beim Psychotherapeuten angerechnet.

Muss ein Patient z.B. in einem Kalenderquartal sowohl den Hausarzt, wie einen Zahnarzt, wie einen Psychotherapeuten aufsuchen, hat er jeweils beim Hausarzt, beim Zahnarzt und beim Psychotherapeuten die Praxisgebühr von 10,-- Euro zu entrichten.

Hinzu kommen beispielsweise Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Physiotherapie, stationärer Krankenhausbehandlung und Häuslicher Krankenpflege, ebenso bei Arznei- und Verbandsmitteln sowie Hilfs- und Heilmitteln.

Es gibt drei verschiedene Zuzahlungsregelungen:

### **10,00 Euro**

bei ambulanter Behandlung von Ärzten, Zahnärzten Psychotherapeuten pro Kalenderquartal (sogenannte Praxisgebühr)

- bei Krankenhausaufenthalten sowie bei
- Leistungen in stationären und medizinischen Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation kalendertäglich, teilweise mit zeitlicher Begrenzung.

**10 Prozent des Preises, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) bei**

- *Arznei- und Verbandsmitteln*
- *Fahrtkosten*

**10 Prozent der Kosten plus 10,00 Euro je Verordnung**

- *Heilmittel*

|                     |   |
|---------------------|---|
| Herausgeber:        | Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V. Rhonestr. 2a, 50742 Köln            |
| Verantwortlich:     | Andreas Johnsen, Geschäftsführer Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e.V.    |
| Konzepterarbeitung: | Bernd Knoepfler, Referent für teil- und vollstationäre Altenhilfe, AWO BV Mittelrhein |
| Layout:             | Klaudia Schierer, AWO BV Mittelrhein  |
| Erstellung:         | 01.04.2004  |