

Leitfaden Krankenkasse

1 Ergebnisse der Gesundheitsreform 2004

1.1 Arzt und Zahnarzt

Jede erste Inanspruchnahme des Arztes kostet pro Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro. Auch bei einem Wiederholungsrezept ohne Arztkontakt ist diese Gebühr fällig. Bei einer Überweisung fällt keine erneute Gebühr an.

Keine Gebühr ist erforderlich bei: Check-up 35, Krebsfrüherkennung, Schwangerenvorsorge, Zahnprophylaxe und Schutzimpfungen.

1.2 Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Der Eigenanteil beträgt 10 % des Medikamentenpreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro (Belege sammeln!)

1.3 Heilmittel

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, zuzüglich 10 Euro pro Verordnung.

1.4 Häusliche Krankenpflege

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, zuzüglich 10 Euro pro Verordnung.

1.5 Heilmittel: Rollstühle, Hörgeräte usw.

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro. Eine Ausnahme betrifft Hilfsmittel zum Verbrauch, z.B. Windeln bei Inkontinenz. Hier beträgt die Zuzahlung 10% pro Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.

1.6 Haushaltshilfe

Zugezahlt werden müssen 10% der kalendertäglichen Kosten, pro Tag mindestens 5 und maximal 10 Euro.

1.7 Stationäre Vorsorge und Rehabilitation sowie Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren

Die Zuzahlung beträgt 10 Euro pro Tag.

1.8 Krankenhausbehandlung

Zugezahlt werden müssen 10 Euro täglich für maximal 28 Tage im Kalenderjahr. Somit liegt die maximale Belastung bei 280 Euro jährlich – dies gilt auch bei mehrmaligen Krankenhausaufenthalten.

1.9 Fahrtkosten

Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro pro Fahrt. Wichtig: Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen.

1.10 Sterbegeld

Das Sterbegeld wurde mit der Gesundheitsreform von 2004 gestrichen.

1.11 Sehhilfen

Die Krankenkassen bezahlen nur noch Zuschüsse für Kinder, Jugendliche und Menschen mit sehr starken Sehfehlern.

1.12 Mutterschaftsgeld

Es wird Mutterschaftsgeld gezahlt, das Entbindungsgeld (77 Euro) wurde aus dem Leistungskatalog gestrichen.

1.13 Künstliche Befruchtung

Die Krankenkassen bezahlen für drei Versuche einen Zuschuss incl. Medikamenten von 50%. Der Alterszeitraum liegt bei Frauen zwischen 25 bis 40 Jahren, bei Männern zwischen 25 und 50 Jahren.

1.14 Sterilisation

Kostenübernahme nur bei medizinischer Notwendigkeit.

1.15 Zahnersatz

Seit 2005 ist eine Kostenerstattung nur über eine Zusatzversicherung für Zahnersatz möglich.

2 Welchen Schutz gibt es vor finanzieller Überforderung?

Kinder und Jugendliche sind von allen Zuzahlungen befreit. Für alle anderen Versicherten gilt eine Belastungsgrenze von maximal 2%, für chronisch Kranke von 1% des jährlichen Familienbruttoeinkommens. Die 1%-Grenze gilt auch für die restlichen mitversicherten Familienmitglieder. Die Belastungsgrenze für Sozialhilfe- und Kriegsopferfürsorgeempfänger sowie Heimbewohner, die über Träger der Sozialhilfe- bzw. Kriegsopferfürsorge finanziert werden, liegt bei 1 bzw. 2% des regional unterschiedlichen Regelsatzes für den Haushaltsvorstand.

Bei Überschreitung der Belastungsgrenze erfolgt eine Rückzahlung durch die Krankenkassen. Beim vorzeitigen Erreichen der Belastungsgrenze erfolgt eine Befreiung von Zuzahlungen. Dazu sind die Zuzahlungsquittungen oder ein Nachweisheft bei den Kassen einzureichen.