ZahnRat 41

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

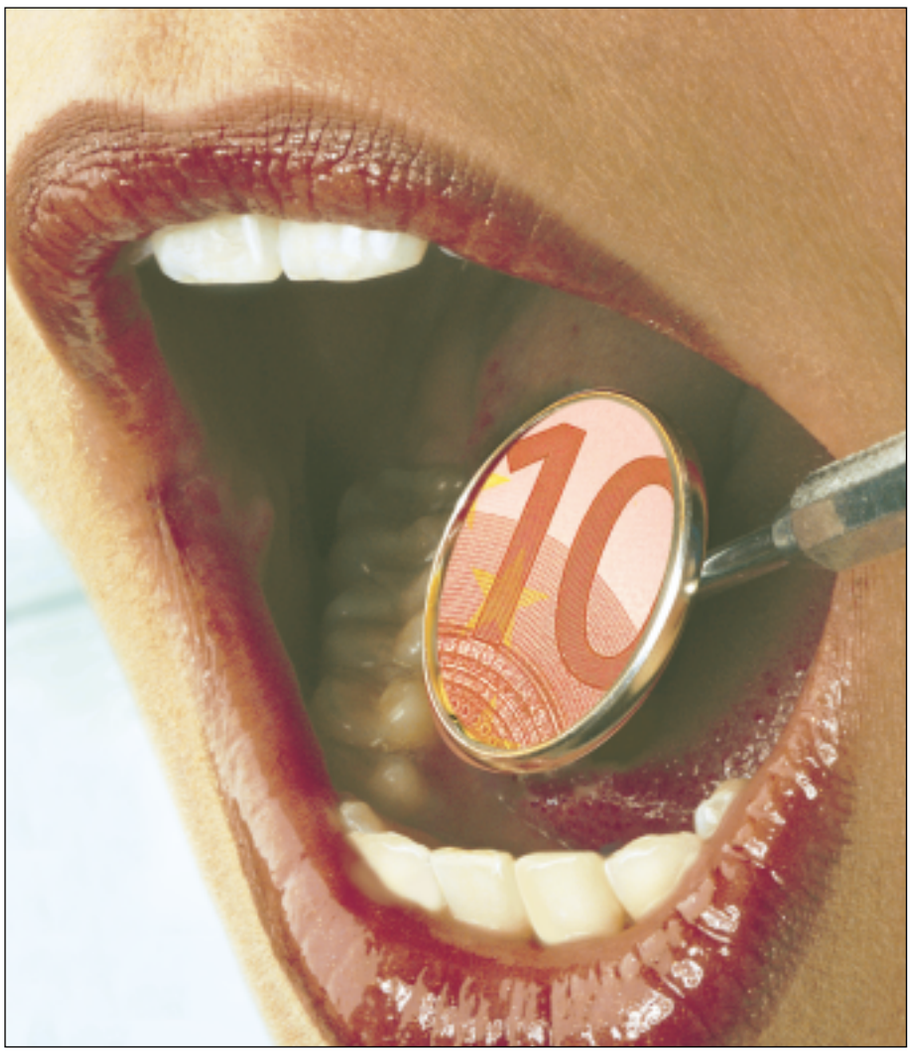
Gesetzeslücke - oder Gesetz zur Lücke?

„Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" verabschiedet

Mit der Zustimmung von Bundestag und Bundesrat ist es sicher: Die Gesundheitsreform ist Gesetz! Aber welche Auswirkungen sie auf jeden Einzelnen hat, muss den meisten Versicherten noch unklar sein. Selbst zu Redaktionsschluss dieses Ratgebers waren Entscheidungen des Gesetzgebers in ihrer praktischen Umsetzung ungeklärt. Die Folge sind verunsicherte Patienten, Ärzte und Zahnärzte.

Getreu dem Motto „Wer weiß, was kommt" wollen viele ihr Gebiss schnell noch sanieren lassen. Die Kassenstatistik zeigt, dass die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen und ganz besonders Zahnersatz bereits in den vergangenen Monaten stark gestiegen ist.

Diese Ausgabe des ZahnRates soll Sie mit den Änderungen vertraut machen, die auf die Patienten und Zahnärzte in der Zahnarztpraxis ab dem Jahr 2004 bzw. ab 2005, bedingt durch neue Abrechnungsregeln in der gesetzlichen Krankenversicherung und das Gesundheitsreformgesetz, zukommen.



Praxisgebühr wird fällig

Ab 1. Januar 2004 muss die Zahnarztpraxis von jedem Patienten über 18 Jahre, der keine Zuzahlungsbefreiung vorlegt, einmal pro Vierteljahr für die Krankenkassen einen Beitrag von 10 Euro kassieren. So will es der Gesetzgeber, und er nennt es in der Öffentlichkeit: **„Praxisgebühr".** ▶

Patientenzeitung der Zahnärzte

in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Aber die Praxis hat nichts von dem Geld - außer Arbeit. Es wird den Zahnärzten durch die Krankenkassen automatisch vom Honorar abgezogen. Deshalb ist es in Wahrheit eine **„Krankenkassengebühr“.**
Das ist besonders schmerzlich für Patienten, die die Prophylaxe nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ernst nehmen und häufiger in die Zahnarztpraxis kommen.
Zahnärztlicher Widerstand hat zu mindestens erreicht, dass jährlich zwei Vorsorgeuntersuchungen gebührenfrei bleiben. Allerdings nur, wenn neben der Vorsorgeuntersuchung keine weiteren zahnmedizinischen Leistungen (außer Zahnsteinentfernung, Sensibilitätsprüfung, Röntgenuntersuchungen, Erhebung des PSI-Codes) notwendigerweise erbracht werden. Der zeitliche Abstand zwischen den halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen muss jedoch mindestens 4 Monate betragen.
Die Praxisgebühr stellt einen zeitraubenden Verwaltungsaufwand in den Praxen dar - Zeit, die für Behandlungen fehlt.
Und es sei nochmals darauf hingewiesen: **Die 10 Euro sind nicht für den Zahnarzt bestimmt.** Die Gelder, die er per Gesetz einfordern muss, werden den Krankenkassen zufließen. Die Zahnarzt-Praxis wird damit zum Inkasso-Büro der Krankenkassen – und der Zahnarzt trägt das Ausfallrisiko. Bezahlt ein Patient nicht, wird das Honorar des Zahnarztes dennoch um 10 Euro gekürzt.
Die Praxisgebühr ist als Mittel gegen „Doktor-Hopping“ in das Gesundheitsreformgesetz eingebracht worden – also gegen unnötig häufige und wechselnde Arztbesuche. Bei geschätzten 600 Millionen Arztbesuchen pro Jahr in Deutschland ist es auch nachvollziehbar, dass die Regierung die Versicherten zu einem sparsameren Umgang mit (zahn-)ärztlichen Leistungen bewegen will. Eine Praxisgebühr ist dafür aber nicht das richtige Rezept. Erstens ist ein „Doktor-Hopping“ im zahnmedizinischen Bereich überhaupt kein Thema. Zweitens werden Sie als Patient nur weniger im Portemonnaie haben, und alle werden mit noch mehr Verwaltungsaufwand belastet. Dieser Verwaltungsaufwand kostet wiederum Geld nach dem Motto: „Wie gewonnen, so zerronnen!“

Auszüge aus dem GKV-Modernisierungsgesetz:
„§ 28 b (4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.
Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 23 Abs. 9, § 25 und zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.“

„§ 43 b (2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen.
Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83.“

„§ 61 Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“

Patientenquittung

Zahnärzte haben Versicherte auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufigen Kosten zu unterrichten. Als Aufwandspauschale erhält der Zahnarzt von dem Versicherten für die schriftliche Unterrichtung 1 Euro zzgl. Versandkosten. So schreibt es das Gesetz mit Änderung des Sozialgesetzbuches V in § 305 Absatz 1 vor.
Diese Regelung beinhaltet schlicht mehr Papier, mehr Bürokratie und weniger Medizin.

Den Mund jetzt aufmachen – nicht nur bei der Behandlung, sondern auch für die Behandlung – das sollte Ihre Devise sein!

Chipkarte oder Kostenerstattung?

Entgegen der üblichen Praxis, zahnärztliche Leistungen nach Einlesen der Chipkarte in Anspruch zu nehmen, hat der Versicherte jetzt auch die Möglichkeit, diese Leistungen auf eigene Rechnung zu bekommen. Damit steht dem Versicherten – ähnlich einem Privatpatienten – das gesamte Spektrum der modernen Zahnheilkunde zur Verfügung. Nach Einreichen der Kostenrechnung bei der zuständigen Krankenkasse werden dem Patienten die Leistungen erstattet, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung definiert sind.
Leider hat der Gesetzgeber auch hier durch Dirigismus Hürden eingerichtet und behindert so den Zugang zu modernen und hochwertigen Therapiemethoden für „Kassenpatienten“: Der Versicherte muss sich vor dem Entscheid zur so genannten Kostenerstattung von seiner Krankenkasse zwangsberaten lassen. Bei der Wahl der Kostenerstattung gilt diese dann für den gesamten ambulanten Bereich für mindestens ein Jahr.

Sie und der Zahnarzt sind die Partner für Ihre Zahngesundheit. Der Zahnarzt berät Sie über die medizinischen Möglichkeiten. Entscheiden müssen Sie.

Neue Abrechnungsbestimmungen für zahnärztliche Behandlungen ab 1.1.2004 für gesetzlich Versicherte

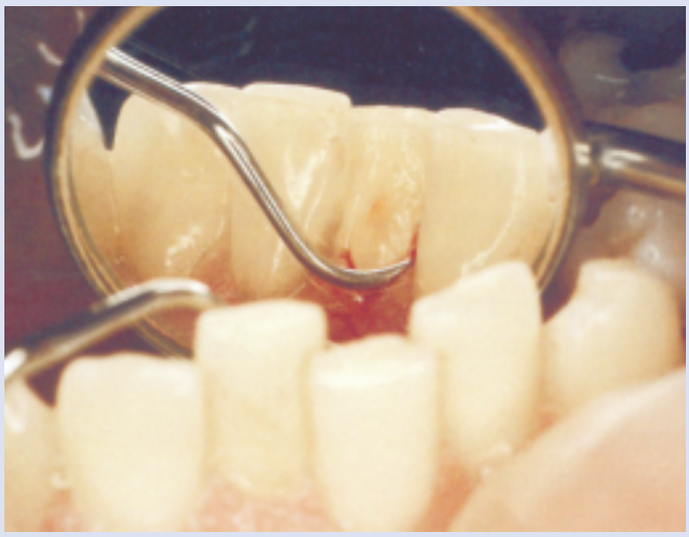
Krankenkassen und Zahnärzte standen vor der gesetzlich fixierten Verpflichtung, mit einer definierten Geldmenge (Budget) ein Abrechnungssystem zu schaffen, mit dem es möglich sein sollte, moderne zahnmedizinische Behandlungsmethoden innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Dass man mit begrenzten Mitteln natürlich nur begrenzte Leistungen erbringen kann, konterkarierte dieses Ziel. Der Gesetzesauftrag konnte nur dahingehend realisiert werden, dass der alte Bewertungsmaßstab (BEMA) umrelationiert wurde. Es wurden einige Leistungen umbeschrieben, entfernt oder in ihrer Abrechenbarkeit verändert. Die Honorare für zahnerhaltende Maßnahmen werden erhöht, während Honorare für kieferorthopädische Leistungen und Zahnersatz zukünftig geringer ausfallen.

Es ist auch der Verlust von gewohnten zahnmedizinischen Leistungen, die fortan der Patient selbst tragen muss, festzustellen. Dies können Einzelleistungen sein, aber auch Leistungen innerhalb eines Behandlungskomplexes, d.h., ihr Zahnarzt wird in Zukunft öfter als bisher gewohnt über die Zuzahlungspflicht bei der Behandlung entsprechender Krankheitsbilder informieren müssen.

Hier einige für die Patienten wichtigen Veränderungen:

Das Entfernen von Zahnstein wird von der gesetzlichen Krankenversicherung nur noch einmal im Kalenderjahr getragen. Notwendige weitere Behandlungen müssen den Patienten privat in Rechnung gestellt werden. Ihr Zahnarzt wird Sie in diesem Zusammenhang über die Notwendigkeit und den Umfang prophylaktischer Behandlungen aufklären. Besondere Beachtung sollte die Durchführung professioneller Zahnreinigungen durch den Zahnarzt oder eine speziell fortgebildete Zahnarzthelferin finden. Es ist die effektivste Form der Zahn- und Mundhygiene.

Die systematische Behandlung des erkrankten Zahnhalteapparates (Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) nimmt heute einen breiten Raum in der zahnärztlichen Behandlung in Deutschland ein. Im Gegensatz zur Kariesbehandlung, die erfreulicherweise rückläufig ist, gewinnt die Behandlung des Zahnhalteapparates auch in Hinblick auf den älter werdenden Patienten immer mehr an Bedeutung. Letztendlich ist sie auch Voraussetzung für die erfolgreiche Zahnersatzbehandlung.
Ein Frühwarnsystem zur Erkennung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates stellt dabei das Prüfen und Notieren von parodontalen Befunden (Taschentiefen, Blutungsneigung usw.) dar. Zukünftig kann einmal in zwei Jahren die Erfassung eines parodontalen Screening-Index (PSI-Code) über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden.



Das Entfernen von Zahnstein wird von der gesetzlichen Krankenversicherung nur noch einmal im Kalenderjahr getragen. Zahnstein entsteht aus nicht entferntem weichen Zahnbelag, in den sich Kalziumkristalle aus dem Speichel einlagern und ihn mit der Zeit verhärten. Derartige, mit der Zahnbürste nicht mehr entfernbare harte Beläge sind Lebensraum einer Überzahl von für die Zahn- und Mundgesundheit schädlichen Bakterienkolonien.
Ab 2004 müssen Patienten vermehrt das Angebot der professionellen Zahnreinigung auf eigene Kosten nutzen, um Karies und Parodontitis vorzubeugen.

Zahnmedizinisch sinnvoll ist die gesetzliche Vorgabe, dass eine Behandlung des erkrankten Zahnhalteapparates zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur durchgeführt werden darf, wenn folgende Kriterien von Seiten des Patienten erfüllt sind:

1. Die Zähne müssen frei von Zahnstein sein.
2. Reizfaktoren, wie z.B. defekte Füllungen, überstehende Füllungs- und Kronenränder, müssen beseitigt sein.
3. Gute Mundhygiene und Motivation zur Zahngesundheit müssen vorhanden sein.

Somit ergibt sich für den gesetzlich versicherten Patienten die privat bezahlte Vorbehandlung als Zugangsberechtigung für eine kassenfinanzierte systematische Behandlung des Zahnhalteapparates.

Im Rahmen der Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung nunmehr das Versiegeln des ersten großen Mahlzahnes auch vor dem 6. Lebensjahr. Prophylaktische Leistungen für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko werden ab 2004 ausgeweitet.

Professionelle Zahnreinigung hilft, Ihre Zähne ein Leben lang zu erhalten.

Versiegelter Backenzahn
Zukünftig ist das Versiegeln des ersten großen Mahlzahnes auch vor dem 6. Lebensjahr abrechenbar.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung folgende Veränderungen:

Die Kombination von festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz durch Geschiebe ist innerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges gestrichen worden. Ebenso ist in Zukunft die Reparatur an vorhandenen Geschiebeelementen keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse.

Gegossene Einlagefüllungen als Brückenanker können nicht mehr im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden.
Einzelkronen und Kronen als Brückenanker innerhalb der Verblendgrenzen erhalten eine zahnfarbene Verblendung lediglich an der den Lippen bzw. den Wangen zugewandten Seite. An den Frontzähnen kann zusätzlich die Schneidekante verblendet werden.
Wünscht der Patient darüber hinaus die Verblendung weiterer Flächen, wie z.B. der Kaufläche, ist dies eine Privatleistung.

Anspruch haben Versicherte ab dem Jahr 2004 auf so genannte Klebebrücken bei Verlust eines Zahnes im Frontzahnbereich, allerdings nur im Alter zwischen 14 und 20 Jahren.

Die neuen Versorgungsrichtlinien sehen außerdem eine enger gestaltete Begutachtungspflicht für den Versicherten bei der Versorgung mit Zahnersatz vor.

Beispiel für die Kombination von festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz durch ein Geschiebe.

Voll verblendete Metallkeramikbrücke im Seitenzahnbereich; für eine vollständige Verblendung muss privat zugezahlt werden.

Was bringt das Jahr 2005?

Ab 2005 soll der Zahnersatz aus dem solidarisch finanzierten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert werden, d.h., er wird nicht länger aus Ihrem Krankenkassenbeitrag finanziert. Damit will der Gesetzgeber den Kassenbeitrag um ca. 0,3 Prozentpunkte senken.
Als Zahnersatz gelten dabei Brücken, Kronen, Prothesen sowie kombinierter Zahnersatz.
Die Zahnersatzversicherung wird Ihnen von Ihrer Krankenkasse als obligatorische Zusatzleistung angeboten.
Alternativ hat der Versicherte die Möglichkeit, sich und seine familienversicherten Angehörigen für den Bereich Zahnersatz bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzusichern. In diesem Fall entfällt für den gesetzlich Versicherten und die familienversicherten Angehörigen dauerhaft der Leistungsanspruch für Zahnersatz aus der gesetzlichen Krankenversicherung.
An die Stelle der bisherigen prozentualen Bezuschussung zum Zahnersatz treten Festzuschüsse, die nach der Gesetzesbegründung auf so genannte prothetische Regelversorgungen abstellen. D.h., unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Versorgung wird dem Versicherten zukünftig ein Festzuschuss gewährt, der sich auf die Regelversorgung bezieht.

Soweit darf es nicht kommen! Zahnlücken muss heute und auch in Zukunft dank moderner Zahnheilkunde niemand mehr haben.

Die Inhalte der prothetischen Regelversorgungen werden allerdings erst im Laufe des Jahres 2004 durch einen gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.
Geplant ist, dass die Festzuschüsse 50 % der Beträge für die festzulegenden Regelversorgungen ausmachen werden. Diese Festzuschüsse können durch Bonusregelungen um bis zu 30 % erhöht werden.
Wählt der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als die Regelversorgung vorgibt, muss er die Mehrkosten selbst tragen.

Außerdem müssen Patient und Krankenkassen über Herstellungsort bzw. Herstellungsland der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen informiert werden.

Zukunftsvision: „Gläserne Patienten?“

Das „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ liefert auf 471 Seiten Bestimmungen und Verordnungen, die immensen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und in den Praxen der Gesundheitsberufe produzieren. Das Ziel, Kosten zugunsten der medizinischen Behandlung einzusparen und Versicherte vor steigenden Krankenkassenbeiträgen zu schützen, wird mit Sicherheit nicht erreicht. Im Gegenteil, notwendige Mittel für notwendige medizinische Maßnahmen werden für die Verwaltung dieses „Modernisierungsgesetzes“ gebunden.
Aber keine Angst, die Bundesgesundheitsministerin hat Sie im Auge. Ihre bisherige Krankenversicherungskarte wird laut Gesundheitsmodernisierungsgesetz bis zum 1. Januar 2006 von einer „intelligenten Gesundheitskarte“ abgelöst werden. Mit dieser wird die Speicherung aller persönlichen Krankheiten, Behandlungen, Überweisungen durch Ärzte, Rezepte und Notfalldaten möglich. Ob dieses Vorhaben im Umgang mit sehr sensiblen Daten dem Datenschutz und dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten über die weitere Verwendung seiner Gesundheitsdaten entspricht, wird die Zukunft zeigen.
Sicher ist aber, dass dieses „Modernisierungsgesetz“ sehr bald von dem nächsten Gesetz abgelöst wird. Hoffentlich nicht zu spät.

Impressum

ZahnRat 41
2. Auflage
Dezember/2003

Herausgeber
Landeszahnärztekammer Brandenburg
Landeszahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Landeszahnärztekammer Sachsen
Landeszahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Landeszahnärztekammer Thüringen

Verlag
Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen
Telefon (0 35 25) 7 18 60, Telefax 71 86 12
E-Mail: satztechnik. meissen@t-online.de

Verantwortlich für den Inhalt
Dipl.-Stom. Gerald Flemming

Redaktion
Dipl.-Stom. Gerald Flemming,
Konrad Curth

Abbildungen:
ZahnRat-Archiv
AG Keramik in der Zahnheilkunde

Gesamtherstellung, Druck und Versand
Satztechnik Meißen GmbH
Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meißen

Die Patientenzeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

© Copyright by Landeszahnärztekammer Sachsen
ISSN 1435-2508
Nachbestellungen der Patientenzeitung sind über den Verlag möglich.
Telefon (03525) 71 86 26, Telefax (03525) 71 86 10
e-mail: Satztechnik.Fiedler@t-online.de

Patientenberatungsstellen

Landeszahnärztekammer Brandenburg
Parzellenstraße 94, 03046 Cottbus
Telefon: (03 55) 38 14 80
Internet: www.lzkb.de

Landeszahnärztekammer Sachsen
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
Telefon: (03 51) 80 66-2 57/-2 56
Internet: www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Landeszahnärztekammer Thüringen
Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
Telefon: (03 61) 74 32-0
Internet: www.lzkth.de

Landeszahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Telefon: (03 85) 59 10 80
Internet: www.zaekmv.de

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Große Diesdorfer Straße 162,
39110 Magdeburg
Telefon: (03 91) 73 93 90
Internet: www.zahnaerzte-sah.de

Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen - Die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Stand: 27.11.2003

Prozentuale Zuzahlung
Grundsätzlich wird künftig bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 EUR, mindestens 5 EUR. Wenn die Kosten unter 5 EUR liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsobergrenzen
Alle Zuzahlungen werden künftig für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2% der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen. Auf Familien wird durch Kinderfreibeträge zusätzlich Rücksicht genommen. Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

Befreiung für Kinder und Jugendliche
Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

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 Hausarztsystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
Zuzahlungen:			
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 EUR pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt **Anmerkung der Redaktion ZahnRat: ◄ Halbjährlich eine Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt.**	**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, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	**10 EUR pro Quartal bedeutet:** egal, wie oft man zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten man (mit Überweisung) geht: man zahlt insgesamt nicht mehr als 10 EUR Praxisgebühr innerhalb eines Quartals Für den Zahnarztbesuch ist eine separate Praxisgebühr von 10 € pro Quartal fällig.
... bei Arzneimitteln und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.		**Beispiele:** Ein Medikament kostet 10 EUR. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 EUR. Ein Medikament kostet 75 EUR. Die Zuzahlung beträgt 10% vom Preis, also 7,50 EUR. Ein Medikament kostet 120 EUR. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 EUR begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zuzüglich 10 EUR 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 EUR für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage.
.. bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR . In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels	**Ausnahme:** Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 EUR pro Monat.	
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 EUR und mindestens 5 EUR		
.. bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 EUR pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert 9 Tage.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
Leistungen der Krankenkasse			
Sterbegeld 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	**Ausnahme:** 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 werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen	**Ausnahme:** Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen	
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.	Die genehmigungsfähigen besonderen Ausnahmefälle werden künftig durch den gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt.
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.	**Ausnahmen:** 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 Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Werden zukünftig 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 künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 EUR pro Packung erhöht.
... beim Zahnersatz	Bis Ende 2004 gilt der Versicherungsschutz in der jetzigen Form. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Das bedeutet: Die Versicherten zahlen für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, der automatisch zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag abgeführt wird. Die Versicherten können sich auch entscheiden, den Zahnersatz privat zu versichern. Ab 2005 werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt.	**Anmerkung der Redaktion ZahnRat: Nicht jede medizinisch anerkannte Versorgungsform, sondern nur die im Regelleistungskatalog aufgeführten, können bezuschusst werden.**	Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber heute nichts ändern. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der monatliche Beitrag für den Zahnersatz voraussichtlich unter 10 Euro liegen, mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag. Befundbezogene Festzuschüsse bedeutet: Maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige, die in der Mehrzahl der Fälle angewandt wird. Dadurch können die Versicherten sich zukünftig für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.
.. beim Krankengeld	Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% erhoben		Quelle: Bundesgesundheitsministerium

Der medizinische Schutz für Zahnfleisch und Zähne

morgens aronal®

Tagsüber wird durch Essen und Trinken die Aktivität der Plaquebakterien erhöht.

- Mit aronal® werden bakterielle Beläge (Plaque) morgens gründlich und schonend entfernt.
- aronal® mit Vitamin A schützt vor Zahnfleischbluten und -entzündungen. Empfindliches Zahnfleisch bleibt dann straff und fest, die Voraussetzung für den natürlichen Halt der Zähne.
- **morgens aronal®** stärkt und schützt das Zahnfleisch und sorgt für saubere Zähne und frischen Atem für den Tag.

abends elmex®

elmex® schützt und mineralisiert die Zähne mit besonders wirksamem Aminfluorid.

- Es verbindet sich schnell mit dem Zahnschmelz und macht ihn widerstandsfähiger gegen Karies.
- Dieser Schutz wird mit zunehmender Einwirkungsdauer verstärkt. Weil nachts weniger Speichel gebildet wird, kann das Aminfluorid lange Zeit einwirken.
- **abends elmex®** härtet die Zähne und sorgt über Nacht für einen wirksamen Kariesschutz.

Zahnfleischschutz mit Vitamin A

Kariesschutz mit Aminfluorid

Spezialisten für Zahngesundheit
Klinisch geprüft und wissenschaftlich anerkannt.
Fragen Sie Ihren Zahnarzt.

GABA Beratungsservice: ☎ 0800 / 8 85 63 51
montags bis freitags 9⁰⁰ bis 12⁰⁰ Uhr • Internet: www.elmex.de

Mundgesundheit

durch Aktivierung der natürlichen Mundflora
ohne zusätzliche Belastung des Organismus

Floracit erhalten Sie in Apotheken.

Elastén GmbH (Floracit)

Postfach 1347 · D-21453 Reinbek · Telefax 0 40/72 76 09 24 · E-Mail: Elasten@t-online.de