

„...allen Opfer verlangen“

Ulla Schmidt setzt bei unserer Telefonaktion zur **Gesundheitsreform** konkrete Information gegen Verunsicherung. Für die chronisch Kranken wird noch nach einer Lösung gesucht. Protest bei den Rentnern wegen höherer Kassenbeiträge.

AACHEN. Die Gesundheitsministerin kam krank: Schwere Bronchitis. Bis vor ein paar Tagen hatte sie hohes Fieber, muss immer noch Antibiotika schlucken. Der Arzt verordnete ihr Bettruhe. Doch Absagen kam für Ulla Schmidt nicht in Frage. Und so hielt sie gestern eine „Sprechstunde“ für die Leser unserer Zeitung ab, beantwortete geduldig Fragen rund um die Gesundheitsreform.

Die tritt morgen in Kraft, doch noch sind viele Bürger unsicher, was sie erwartet.

Die meisten Leserfragen drehen sich um die neuen Zuzahlungen – und die Angst vor allem chronisch Kranker und alter Menschen vor finanzieller Überforderung. Ein 70-jähriger Rentner klagte: „Meine Frau und ich haben zusammen 1200 Euro im Monat und sind chronisch krank, wie soll

ich denn noch leben bei all den neuen Belastungen?“ Die Ministerin erklärte, beruhigte, hörte zu und rechnete vor. „Keine Sorge, sie zahlen maximal 144 Euro im Jahr zu, den Rest übernimmt die Kasse, weil für Chroniker eine maximale Belastung von einem Prozent des Bruttoeinkommens für alle Zuzahlungen – inklusive Krankenhausaufenthalt – gilt.“ (siehe auch: „Wieviel Zuzahlung ist zumutbar“). Die Ministerin empfahl: Bei den Kassen nach Quittungsheften fragen und darin alle Zuzahlungen beim Arzt oder in der Apotheke für verordnete Arzneien eintragen lassen. Sobald die Obergrenze erreicht ist, stellt die Kasse eine Befreiungsbescheinigung aus. Viele Anrufer äußerten ihre Sorge, künftig nicht mehr als chronisch krank zu gelten. Denn bis Ende Januar erarbeiten Ärzte und Kassen neue Maßstäbe, nach denen leichtere Fälle künftig möglicherweise nicht mehr anerkannt werden. Einer ersten Version, nach der Erwerbsunfähigkeit und Schwerbehinderung bis 70 Prozent als Kriterien genannt wurden, erteilte das Ministerium eine Absage. Jetzt wird eine neue Lösung gesucht. Bis dahin gilt: Ärzte und Kassen entscheiden im Einzelfall. Und Ulla Schmidt beschwichtigte: „Klassische Chroniker wie Diabetiker, Rheumatiker oder Asthmatiker werden dies auch bleiben, dafür Sorge ich. Wer allerdings sechs bis acht Wochen im Jahr unter Heuschnupfen leidet, kann nicht als dauernd chronisch krank gelten.“

Wieviel Zuzahlung ist zumutbar?

- ▶ Für Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen – vom Arztbesuch über Arzneien bis zum Krankenhausaufenthalt – gilt eine Obergrenze von zwei Prozent der Jahres-Bruttoeinnahmen. Dabei werden auch Miet- und Kapitalerträge sowie Einkünfte aus Betriebsrenten etc. eingerechnet. Bei chronisch Kranken – die bisher keine Zuzahlung kannten – liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent.
- ▶ Für Eltern verringern sich die Belastungsobergrenzen je Kind um 3648 Euro, für den Ehepartner kommt noch ein Freibetrag von 4347 Euro hinzu. Ein Beispiel: Ein Familienvater verdient 40 000 Euro brutto im Jahr. Hinzu kommen 2000 Euro aus

Miet- und Kapitaleinnahmen. Für die Ehefrau und das Kleinkind können insgesamt 7995 Euro Freibeträge abgezogen werden. Das ergibt 34005 Euro Jahres-Bruttoeinnahmen und damit rund 680 Euro als Obergrenze für Zuzahlungen in der Familie. Was darüber hinausgeht, zahlt die Kasse. Ist der Vater chronisch krank, müsste er maximal 340 Euro zuzahlen.

- ▶ Bei Sozialhilfeempfängern gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Belastungsobergrenze bei Zuzahlungen: Das heißt ein Sozialhilfeempfänger zahlt im Jahr rund 76 Euro, ein chronisch kranker Sozialhilfeempfänger 38 Euro zu.

Die Gesundheitsreform:

Was sich 2004 für die Patienten ändert

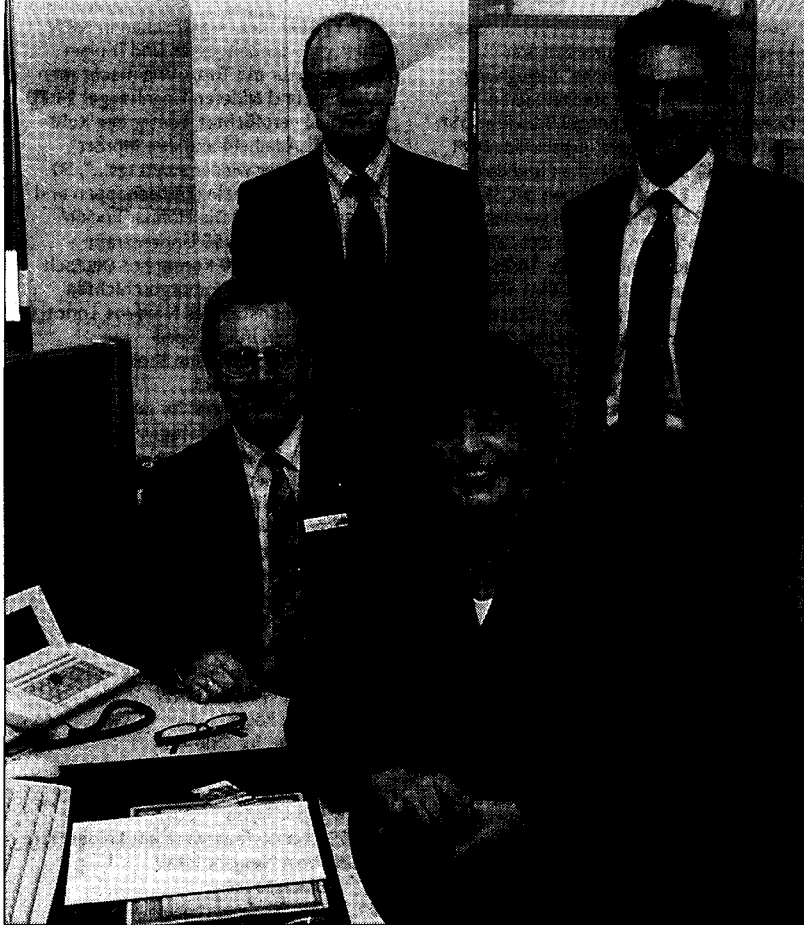
Für alle Arzneien und Hilfsmittel	10 %, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro	Höhere Zuzahlungen
Praxisgebühr für Arztbesuche	10 Euro je Quartal (außer Überweisung, Vorsorge, Früherkennung, Schutzimpfung)	
Häusliche Krankenpflege und Heilmittel	10 Euro je Verordnung + 10 % der Kosten	
Für alle Zuzahlungen	Höchstgrenze 2 % des Bruttoeinkommens (chronisch Kranke 1 %) Kinder und Jugendliche sind von Zuzahlungen befreit	
Krankenhaus, stationäre Rehabilitation	10 Euro/Tag, max. 28 Tage	
Zusätzliche Versicherungen		
<ul style="list-style-type: none"> • Zahnersatz ab 2005 • Krankengeld ab 2006 		
<ul style="list-style-type: none"> • Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung • Sterbegeld • Sterilisation aus nicht-medizinischen Gründen • Entbindungsgeld • Zuschüsse für Sehhilfen (Ausnahme schwer Sehbehinderte) • Künstliche Befruchtung wird eingeschränkt bezahlt • Viele rezeptfreie Medikamente werden nicht mehr erstattet 		
■ Krankenkassen können Bonus-Modelle anbieten		
gestrichen!		

Grafik: AZ · AN, Quelle: dpa 8903

„Beiträge sinken“

Ebenfalls noch nicht festgelegt sind die Krankheiten und Therapien, bei denen auch künftig ausnahmsweise von den Kassen rezeptfreie Arzneien erstattet werden, obwohl dies generell nicht mehr der Fall ist. Die Ärzte und die Kassen erstellen dazu eine Liste. Als Kriterium gilt, dass das Produkt zum Therapie-Standard gehört. Das gilt etwa auch für Aspirin bei bestimmten Krebserkrankungen. Auch hier der Rat: Den Einzelfall mit der Kasse klären.

Viel Empörung bekam die Ministerin von den Rentnern zu hören. Der Grund: Wer monatliche Leistungen aus Betriebsrenten oder Direktversicherungen bekommt, muss künftig darauf den vollen Kassenbeitragsatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze



Hatten am Lesertelefon alle Hände voll zu tun: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Günther Merkens (AOK Rheinland, links dahinter), Wolfgang Schuldzinski (Verbraucherzentrale NRW, hinten links) und Matthias von Schwanenflügel (Sozialministerium). Foto: Piltzner

(3487,50 Euro) zahlen, also doppelt soviel wie bisher. Bei einer Einmalzahlung aus einer Direktversicherung wird ebenfalls der volle Kassenbeitrag, gestreckt auf zehn Jahre fällig, – bisher zahlten die Empfänger solcher Einmalzahlungen gar nichts an die Kassen. Schmidt: „In harten Zeiten muss man von allen Opfer verlangen – von den Jungen wie den Alten.“

Der Sozialverband Vdk will klagen. Strittig ist, ob es zulässig sein kann, auf Einkommen, auf die bereits Steuern und Sozialabgaben entrichtet worden sind, nochmals Kassenbeiträge zu erheben. Wolfgang Schuldzinski von der Verbraucherzentrale NRW riet: Betroffene sollten auf jeden Fall die Musterklagen, die jetzt unter Berufung auf Bestandsschutz anlaufen, abwarten. Sollte die Kas-

se die Beiträge abbuchen, auf jeden Fall Widerspruch einlegen.

Viele Anrufer machten ihrem Unmut über die „Ungerechtigkeit der Reform“ Luft. Nach dem Motto: Die Kleinen werden geschröpft, die Großen lässt man laufen. Hier warb Ulla Schmidt um Verständnis: „Die Reformen sind nötig, und alle werden belastet – aber nur entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.“ Die kranke Gesundheitsministerin ging nicht ohne zwei Versprechen für das neue Jahr: „Die Versorgung wird durch die Reform nicht schlechter, sondern besser. Außerdem werden die Kassenbeiträge sinken.“ Und: „Die Belastungen der Gesundheitsreform werden wirkungsgleich 2004 auch auf Beamte und Politiker übertragen.“ (ing/gep/Kö)

Bürgertelefon, Info-Service, Internet

- ▶ Auf große Resonanz stieß die gestrige Telefon-Aktion unserer Zeitung mit der Gesundheitsministerin und drei weiteren Experten. Wegen des ungewöhnlich starken Interesses kamen allerdings viele Anrufer nicht durch. Hier weitere Möglichkeiten zur Information:
- ▶ Bürgertelefon zum Nulltarif beim Bundesgesundheitsministerium (montags bis donnerstags von 8 bis 20 Uhr): 0800 151515-9 (Versicherung und Gesundheitsreform),

0800 151515-2 (Informationen für Behinderte),
0800 151515-8 (Pflegeversicherung).

- ▶ Info-Service der AOK Rheinland (montags bis freitags 7 bis 22 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen 9 bis 17 Uhr) ebenfalls zum Nulltarif: 0800 0 326326

Informationen im Internet:
www.die-gesundheitsreform.de
www.bmgs.bund.de

Was passiert mit der Homöopathie?

Ärzte mit Schwerpunkt Homöopathie befürchten, dass sie pflanzliche Arznei künftig nicht mehr auf Kassenrezept verordnen können?

Antwort: In der Regel werden rezeptfreie Präparate nicht mehr erstattet. Die Ärzte müssen sich in konkreten Fällen mit den jeweiligen Kassen besprechen, was als verschreibungspflichtig eingeordnet wird.

Fahrtkostenerstattung für Schwerkranke?

Wird für den Transport von Schwerkranken künftig keine Fahrtkostenerstattung gewährt?

Antwort: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrtkosten übernehmen.

Was geschieht mit der Quartalsverordnung?

Kann eine Quartalsverordnung für Inkontinenzprodukte weiterhin ausgestellt werden?

Antwort: Ja, allerdings erfolgt künftig die Zuzahlung pro Monat bei einem maximalen Betrag von zehn Euro auf den Monat bezogen.

Praxisgebühr und Hausarztprogramme

Wenn ich zu einer Notfallbehandlung ins Krankenhaus muss, ist dann auch die Praxisgebühr fällig?

Antwort: Ja. Wenn Sie im selben Quartal noch einmal den Hausarzt wegen einer anderen Erkrankung konsultieren müssen, sind erneut zehn Euro fällig; denn Klinikärzte dürfen nicht überweisen. Sollten Sie zudem noch wegen Beschwerden den Zahnarzt aufsuchen, müssen Sie erneut die Praxisgebühr zahlen. Bei Vorsorgeuntersuchungen, Kontrolle beim Zahnarzt und Schutzimpfungen allerdings entfällt sie. Im übrigen kann auch ein Facharzt zuzahlungsfrei zum Facharzt überweisen.

Grundsätzlich gilt: Wer als Patient die Praxisgebühr sparen will, sollte auf so genannte „Hausarztmodelle“ seiner Krankenkasse achten. Sie basieren darauf, dass Kassenmitglieder immer zuerst den Hausarzt konsultieren. Im Gegenzug werden Zuzahlungen vermindert oder die Praxisgebühr erlassen.