



Aktuelle Fragen zur Gesundheitsreform, auf die sich die Regierung und Opposition in Berlin geeinigt haben

Frage:

Die Politiker haben sich auf die Eckpunkte der Gesundheitsreform geeinigt. Wie geht es nun weiter mit der Reform?

Antwort:

Die veröffentlichten Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind sozusagen der Rahmen für das Gesetz, das nun geschrieben und anschließend vom Bundestag und Bundesrat beschlossen werden muss. Dies wird wahrscheinlich Ende September geschehen. Die Änderungen im Gesundheitswesen treten aber erst zum 1. Januar 2004 in Kraft, einige Änderungen, wie zum Beispiel beim Zahnersatz erst ab 2005 oder beim Krankengeld sogar erst 2007. Bis dahin bleibt alles beim alten.

Frage:

Zehn Euro Praxisgebühr pro Quartal und höhere Zuzahlungen kommen auf die Patienten zu. Ist da nicht zu befürchten, dass die Patienten wegbleiben?

Antwort:

Die Praxisgebühr beim Arztbesuch ist vor allem für Patienten mit niedrigem Einkommen eine starke Belastung. Hoffentlich werden notwendige Konsultationen des Arztes deshalb nicht verschoben. Wie sich die Praxisgebühr auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirkt, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall steigt der bürokratische Aufwand für den Arzt zur Abrechnung der Praxisgebühr.

Frage:

Ab wann muss der Patient mit der Geldbörse zum Arzt kommen?

Antwort:

Alle Regelungen zur geplanten Gesundheitsreform treten frühestens zum 1. Januar 2004 in Kraft. Bis dahin bleibt alles beim alten. Ob die Praxisgebühr tatsächlich bar an den Arzt bezahlt werden soll, ist noch nicht klar.

Frage:

Zehn Prozent Zuzahlungen sollen bei allen Leistungen erhoben werden. Heißt das, dass der Patient mit erst die Praxisgebühr zahlt und danach noch seinen Anteil für die einzelnen Untersuchungen?

Antwort:

Die Gebühr soll bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal erhoben werden. Weitere Zuzahlungen für die Untersuchung beim Arzt soll es nicht geben. Wird der Patient für weitere Untersuchungen an einen anderen Arzt überwiesen, sollen ebenfalls keine Praxisgebühr und keine weiteren Kosten für Untersuchungen anfallen. Aber: Geht ein Patient ab nächstem Jahr hintereinander ohne Überweisung zu mehreren Ärzten, dann sollen auch jedes mal die 10 Euro Praxisgebühr gezahlt werden. So ist es jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt aus den Vorstellungen der Politiker herauszulesen.

Frage:

Sind Zuzahlungen auch für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen vorgesehen?

Antwort:

Hier gilt die gleiche Regel wie beim normalen Arztbesuch. Nur für den ersten Besuch beim Arzt im Quartal sollen zehn Euro erhoben werden, unabhängig davon, ob eine Behandlung, eine Vorsorgeuntersuchung oder eine Impfung erfolgt. Allerdings müssen auch heute schon die Kosten für einige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen vom Patienten selbst bezahlt werden. Dies betrifft zum Beispiel Impfungen zur Vorbereitung auf Auslandsreisen.

Frage:

Auch beim Facharzt muss "Eintritt" gezahlt werden, wenn der Patient keine Überweisung vom Hausarzt vorweisen kann. Gilt das ebenso beispielsweise für den Brillenträger beim Augenarzt?

Antwort:

Nach den jetzt vorliegenden Informationen sind keine Ausnahmen für Augenärzte oder auch Frauenärzte geplant, was ja eigentlich sinnvoll wäre. Vielleicht wird hier noch einmal nachgebessert.

Frage:

Die Ärzte haben seit Monaten davor gewarnt, dass man bald nicht mehr den Arzt seiner Wahl aufsuchen darf. Werden Patienten nun wirklich bei ihrer Krankenkasse fragen müssen, wer sie behandeln darf?

Antwort:

Nein. Jeder Patient kann auch weiterhin selbst entscheiden, zu welchem Arzt er geht. Wer allerdings einen weiteren Arzt ohne Überweisung aufsucht, muss jedes Mal die so genannte Praxisgebühr bezahlen. Die Gesamtverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung - als Zusammenschluss der niedergelassenen Ärzte - für die ambulante medizinische Versorgung bleibt erhalten. Es erfolgt keine Zersplitterung durch Einzelverträge von Krankenkassen mit ausgesuchten Ärzten. Alle Arztgruppen bleiben unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung vereint.

Frage:

Für chronisch Kranke, Sozialhilfeempfänger und Geringverdiener soll es Sonderregelungen bei den Zuzahlungen für Arztbesuche, Medikamente und Klinikaufenthalte geben. Woher aber weiß der Arzt, wer betroffen ist? Wie behält er die Übersicht?

Antwort:

Das Problem haben Ärzte heute schon. Die Arztschwester muss z.B. die Bescheinigung über die Zuzahlungsbefreiung, die von der Krankenkasse ausgestellt wird, überprüfen. Hoffentlich werden hier einfachere Regelungen gefunden, zum Beispiel durch das Speichern der Angaben auf der Chipkarte. Dies ist eine Aufgabe der Krankenkassen, die eine echte Entlastung für die Arztpraxen wäre.

Frage:

Wie verrechnet der Arzt die Praxisgebühr? Welche Hilfe erhält er bei der Bewältigung dieser zusätzlichen Verwaltungsaufgabe?

Antwort:

Die Politiker haben sich dazu noch nicht geäußert. Wir als Kassenärztliche Vereinigung werden alles tun, dass nicht noch mehr Bürokratie für den Arzt und den Patienten entsteht. Tatsache ist allerdings, dass es sich bei der Praxisgebühr um Mehreinnahmen für die Krankenkassen handelt, und nicht um zusätzliche Einnahmen des Arztes. Diese Mehreinnahmen werden wahrscheinlich vom zusätzlichen bürokratischen Aufwand aufgebraucht werden, egal wo dieser anfällt.

Frage:

Zuschüsse für Sehhilfen wird es nur noch für Kinder sowie schwer Sehbeeinträchtigte geben. Wer zählt dazu?

Antwort:

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sollen generell von Zuzahlungen befreit werden. Hier ist also das Alter ausschlaggebend. Wie allerdings eine schwere Sehbeeinträchtigung von einer leichten abgegrenzt werden soll, kann man zur Zeit noch nicht sagen. Dies wird wahrscheinlich durch das Gesetz im Herbst geregelt.

Frage:

Dialysepatienten und Rollstuhlfahrer haben in unserem Flächenland bislang häufig ein Taxi auf Kassenkosten genutzt, um zur Behandlung zu gelangen. Stimmt es, dass Krankenkassen diese Fahrtkosten nun nicht mehr erstatten sollen?

Antwort:

Es ist richtig, dass Fahrten mit dem Taxi oder Mietwagen nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt werden sollen. Allerdings soll es Ausnahmen geben, die von der Krankenkasse genehmigt werden müssen, so dass Rollstuhlfahrer, Dialysepatienten und andere, die auf das Taxi angewiesen sind, auch weiterhin ihren Arzt aufsuchen können. Ohne diese Ausnahmen müssten die Ärzte ja noch mehr Hausbesuche machen, was bei der Arbeitsbelastung und den weiten Wegen in unserem Flächenland nicht zu schaffen ist.

Frage:

Versicherte sollen zukünftig auf Wunsch eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form erhalten können. Was wird da drauf stehen und vom wem erhält man diese Patientenquittung?

Antwort:

Die Patientenquittung soll alle durchgeführten Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen enthalten und die hierfür angefallenen Kosten. Das ist ein Schritt in Richtung Patientenbeteiligung und Steigerung von Kostenbewusstsein, der nur begrüßt werden kann. Die Politiker wollen allerdings, dass diese Aufstellung direkt vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus an den Patienten gegeben wird. Wir werden uns dafür einsetzen, dass die Ärzte dadurch nicht noch mehr Zeit verlieren, die sie dringend für die Betreuung der nächsten Patienten brauchen. Außerdem braucht man feste Preise für die einzelnen Leistungen, sonst würden die Patienten mitgeteilt bekommen, wie viele Punkte der Arzt verbraucht hat.

Frage:

Wird durch diese Reform der Anzahl der Krankenkassen reduziert?

Antwort:

Es wäre tatsächlich möglich, durch zumindest teilweise Zusammenlegung der über 300 Krankenkassen eine Reduzierung der Kosten ohne Nachteil für die Versicherten zu realisieren. Dies wurde leider bisher nicht getan. Hier kann und muss die Politik noch nachbessern.

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern