

Mitgliederinformation

Aktuelles aus dem Sozialrecht

Hausarztssystem

Die Hausärzte nehmen eine zentrale Rolle bei der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten ein. Sie sind in der Regel der wichtigste und erste Ansprechpartner, insbesondere für ältere und kranke Menschen, und können für die Patienten eine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem wahrnehmen. Durch die langjährige Verbindung kennen die Hausärzte die Krankengeschichte sowie das soziale und familiäre Umfeld ihrer Patienten. Ihnen obliegt eine besondere Vertrauensstellung.

Mit der Gesundheitsreform sind die gesetzlichen Krankenkassen ab 2004 verpflichtet worden, neben der normalen hausärztlichen Versorgung ihren Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten. Das bedeutet: Patientinnen und Patienten können sich künftig für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt, so dass dieser stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Der Hausarzt, der die individuelle Situation seiner Patienten kennt, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten.

Für die Versicherten ist die Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform freiwillig. Wenn sie sich dafür entscheiden, müssen sie sich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, Fachärzte nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Die Versicherten sind an die Wahl des Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden, ein Wechsel soll nur aus wichtigem Grund, zum Beispiel bei stark gestörtem Vertrauensverhältnis, erfolgen. Für die Teilnahme am Hausarztssystem können die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus gewähren, zum Beispiel eine Erstattung der Praxisgebühr. Die Versicherten sollten sich an ihre gesetzliche Krankenkasse wenden.

Quelle: BMGS

Hörgeräte: Was zahlt die Krankenkasse?

Neue bundesweit einheitliche Festbeträge

Wer Hörgeräte nutzen möchte, um besser hören zu können, bekommt einen Zuschuss von der Krankenkasse. Daran hat auch die Gesundheitsreform nichts geändert. Bisher gab es in allen Bundesländern unterschiedliche Beträge. Doch seit dem 1. Januar ist dieser Festbetrag bundesweit gleich: Die Kassen beteiligen sich mit 421,28 Euro an den Kosten für ein Hörgerät. Wenn eine beidseitige Versorgung angezeigt ist, werden auch zwei Hörgeräte verordnet. Das zweite Hörgerät bezuschussen die Kassen mit 337,02 Euro, so dass insgesamt 758,30 Euro gezahlt werden. Dieser Festbetrag ist unabhängig davon, ob man sich für Hinter-dem-Ohr- oder Im-Ohr-Geräte entscheidet. Wenn Kosten über den Festbetrag hinausgehen, trägt sie der Versicherte selbst.

Die Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Kassen ist eine Verordnung des HNO-Arztes. Nach der Anpassung der Hörgeräte durch den Hörgeräte-Akustiker überprüft der HNO-Arzt das Hören mit den neuen Geräten. Wenn die Hörgeräte-Versorgung erfolgreich war und dem Patienten zu besserem Hören verholfen hat, zahlen die Krankenkassen ihren Anteil. Der Hörgeräte-Akustiker überprüft die Hörsysteme in den folgenden Jahren regelmäßig. Diese Gerätewartung und viele Serviceleistungen sind im Kaufpreis enthalten.

(Presse-Service Gutes Hören)

Zahnersatz - befundbezogene Festzuschüsse

An die Stelle des bisherigen prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz treten ab Januar 2005 befundbezogene Festzuschüsse. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinische Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse wird sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren.

Die Regelversorgung orientiert sich dabei an medizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen. Das beinhaltet eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund ist insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Die jeweiligen Befunde hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt.

Die bundeseinheitlichen Festzuschüsse umfassen 50% der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung getrennt festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Ist zum Beispiel für einen bestimmten Befund ein Betrag von 200 Euro festgelegt worden, so bekommt der Versicherte, bei dem der Zahnarzt diesen Befund stellt, einen Festzuschuss von 100 Euro.

Bonus

Die Bonusregelungen bleiben in bisherigem Umfang erhalten, werden allerdings an das Festzuschuss-System angepasst. Die Bonusregelung ermöglicht es, dass sich der jeweiligen Regelversorgung die Festzuschüsse für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres, die ihre Zähne mindestens fünf Jahre regelmäßig gepflegt haben - also die erforderliche zahnärztliche Untersuchung mindestens einmal in jedem Kalenderjahr ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben - auf 60% der jeweiligen Regelversorgung erhöhen. Das heißt der Festzuschuss erhöht sich in diesem Fall auf 120 Euro.

Die Festzuschüsse erhöhen sich auf 65% der jeweiligen Regelversorgung - in diesem Fall also auf 130 Euro, wenn Versicherte ihre Zähne in den letzten zehn Jahren regelmäßig gepflegt und die erforderliche zahnärztliche Untersuchung mindestens einmal in jedem Kalenderjahr ohne Unterbrechung in Anspruch genommen haben.

Quelle: BMGS 1/2005

Veröffentlicht in Tinnitus-Forum 2/2005