

INHALT

Interview mit Luc Goutry, dem neuen Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses	Seite 1
Neue Regelung für Rückerstattung Kinesithérapie	Seite 2
Nützliche Reisetips von Ihrer Krankenkasse	Seite 4
Rückerstattung von Grippeimpfstoff	Seite 5
Änderung der Rückerstattung der häuslichen Krankenpflege	Seite 6
Welche Rechte haben Sie als Patient?	Seite 6

INTERVIEW MIT LUC GOUTRY, DEM NEUEN VORSITZENDEN DES VERWALTUNGS-AUSSCHUßES

Die HKIV wird von einem Verwaltungsausschuß geleitet. Darin tagen Vertreter von Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen. Seit kurzem hat der Verwaltungsausschuß einen neuen Vorsitzenden: das westflämische Mitglied der Kammer Luc Goutry. Wir haben uns mit Ihm unterhalten.

Herr Goutry, Willkommen bei der HKIV. Woher kommt Ihr Interesse an Krankenkassen?

Bevor ich Mitglied der Kammer wurde, habe ich selbst 20 Jahre bei einer Krankenkasse gearbeitet. Zu Beginn der 70er Jahre fing ich an, im Sozialdienst zu arbeiten. Während 10 Jahren begleitete ich Menschen bei Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Krankheit oder Behinderung. So habe ich erfahren, welche Probleme durch Krankheit verursacht werden. Diese Periode war mir selbst ebenfalls sehr nützlich, weil ich ständig der Sozialgesetzgebung folgen mußte. Dies hilft mir heute noch bei meiner politischen Arbeit. 1983 wurde ich Mitglied des Vorstandes. Als stellvertretender Direktor war ich für die Sozial- und Wohlfahrtspolitik verantwortlich. Ich beschäftigte mich auch mit der Ausbildung des Personals, und der Rekrutierung von neuen Mitarbeitern. Durch meine Erfahrung bei der Krankenkasse habe ich eine gute Vorstellung der Krankenversicherung und der sozialen Sicherheit entwickelt.

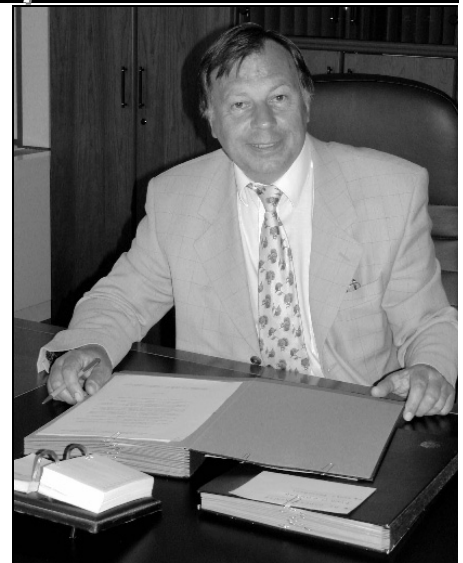
Inzwischen arbeitete ich auch zwei Jahre im Kabinett des Ministers Coens. Bei den Wahlen 1991 stand ich als erster Stellvertreter auf der Liste für die Kammer. Daniel Coens wurde gewählt, starb aber einige Monate später. So bin ich Beginn 1992 in der Kammer als erster Stellvertreter angekommen.

Waren Sie in der Kammer auch mit der Krankenversicherung oder der sozialen Sicherheit beschäftigt?

Seit 1992 bin ich Mitglied des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitsfragen. Ich bin Sprecher in den Bereichen Krankenversicherung, Gesundheit- und Sozialfragen. Im Parlament folge ich intensiv jeder diesbezüglichen gesetzgebenden Arbeit.

Welche Prioritäten bestehen Ihrer Meinung nach in der Zielsetzung der HKIV?

Ich lege großen Wert auf den Ausbau eines effizienten Sozialdienstes, der unsere Versicherten bei Schwierigkeiten begleiten kann. Die heutige Gesetzgebung ist so kompliziert, daß viele Leute da nicht mitkommen.



**Luc Goutry (Vorsitzender
Verwaltungsausschuß)**

Eine andere Priorität ist die Kundenfreundlichkeit. Eine Krankenkasse darf keine kühle Verwaltung sein, die nur einen technischen Beistand leistet. Menschen müssen mit Ihren Problemen und Fragen bei Ihrer Krankenkasse Gehör finden können. Es ist wichtig, daß wir über gewissenhafte Mitarbeiter verfügen, die unseren Versicherten auf mitfühlende und zweckmäßige Weise helfen können. Ein dritter wichtiger Punkt ist die sorgfältige Führung der finanziellen Mittel, die uns durch die Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden. Solidarität ist der Motor unseres Sozialversicherungssystems. Dies ist nur möglich, wenn jedermann ganz und gar verantwortungsbewußt handelt.

NEUE REGELUNG FÜR RÜCKERSTATTUNG KINESITHERAPIE

Seit dem vorigen Jahr hat sich die Rückerstattung der Kinesitherapieleistungen drastisch verändert. **Am 1. Mai 2002** trat eine neue Liste von rückzahlbaren Leistungen („Nomenklatur“) in Kraft. **Am 1. Januar 2003** sind noch einige Veränderungen vorgenommen worden. In diesem Artikel finden Sie weitere Informationen über diese neue Regelung. **Ab dem 1. August 2003** gelten einige neue Rückerstattungstarife (siehe Tabelle).

NIEDRIGERE KOSTENBETEILIGUNG FÜR EINIGE KRANKHEITEN

Die Anzahl der Leistungen für die Sie eine Kostenbeteiligung nach dem höchsten Tarif bekommen können wurde für bestimmte Krankheiten eingeschränkt.

Früher wurde ein Unterschied gemacht zwischen schweren Krankheiten, die zur **„E-Liste“** (z. B. Parkinson-Krankheit, multiple Sklerose, Mucoviscidose, ...) gehören, und **„üblichen“** Krankheiten. Für die Rückerstattung der Behandlung von schweren Krankheiten, brauchen Sie die **Genehmigung des Vertrauensarztes**. Diese Genehmigung kann für die maximale Dauer von drei Jahren ausgestellt werden.

Seit dem **1. Mai 2002** werden die früher sogenannten „üblichen“ Krankheiten in zwei Kategorien unterteilt: Krankheiten, die zu funktionellen Einschränkungen führen (die **„F-Liste“**), und einfache **„übliche“** Krankheiten.

Für die **F-Liste** können noch **höchstens 60 Leistungen nach dem höchsten Tarif** zurückgezahlt werden. Für die **üblichen** Krankheiten wird die Rückerstattung **nach der 18ten Sitzung** vermindert. Der Vertrauensarzt kann höchstens **zweimal** pro Jahr seine Genehmigung geben für die Rückerstattung einer **neuen** Serie von 18 Sitzungen nach dem höchsten Tarif. Für jede Genehmigung muß aber eine neue Krankheitsvorliegen, für die Kinesitherapie verschrieben wurde.

HABEN SIE DIE MAXIMALE ANZAHL VON SITZUNGEN ÜBERSCHRITTEN?

Wenn die Serie von 18 Sitzungen (oder 60 für die F-Liste) vorbei ist, **kann und darf** die Behandlung fortgesetzt werden. Dann **vermindert sich jedoch** die Rückerstattung, da sie auf Basis eines (theoretischen) niedrigeren Honorars berechnet wird.

Achtung: das **Honorar**, das der Kinesitherapeut **nach 18 oder 60 Sitzungen** tatsächlich verlangt, ist von ihm **frei** festgelegt. Falls der Kinesitherapeut dasselbe Honorar verlangt, wie für die vorherigen Sitzungen, wird der Eigenanteil des Patienten größer. **Bei zusätzlichen Sitzungen gilt nur ein beschränkter Teil Ihrer Selbstbeteiligung offiziell als Eigenanteil.**

In der vorigen Nummer¹ dieser Zeitschrift erklärten wir bereits, daß der **zu berechnende Höchstbetrag** bewirkt, daß die Haushalte jährlich nicht mehr als einen bestimmten Betrag für die Eigenbeteiligung ausgeben. **Bei der Berechnung dieser Eigenanteile wird jedoch der offiziell niedrigere Eigenanteil der zusätzlichen Kinesitzungen nicht berücksichtigt.** Hier gelten die Eigenanteile für die ersten 18 (oder 60) Sitzungen einfach weiter.

ERWEITERUNG UND AUFTEILUNG DER F-LISTE

Am **1. Januar 2003** wurde die **F-Liste** um einige **neue Krankheiten erweitert**. Einige Beispiele: die Erweiterung der postoperativen Störungen im Rahmen der Neurochirurgie, die teilweise oder totale Brustentfernung, das sogenannte „Frozen Shoulder“-Syndrom (Schultersteife), die Rehabilitation der Beckenbodenmuskeln bei der Behandlung von Inkontinenz.

Die **F-Liste** wurde in zwei getrennte Listen **aufgeteilt**: eine Liste für die **akuten** Krankheiten und eine Liste für die **chronischen** Krankheiten.

PERINATALE KINESITHERAPIE

Perinatale Kinesitherapie wird bei **Schwangerschaft** verschrieben.

Höchstens **9 Sitzungen** dürfen erstattet werden (1 pro Tag). Die Behandlungen während des Krankenhausaufenthalts werden jedoch beim Zusammenrechnen der 9 Sitzungen nicht miteinbezogen.

Wenn diese perinatalen Sitzungen **vor oder bis zu 10 Tagen nach der Entbindung** geleistet werden, erhalten auch Selbständige eine Rückerstattung für diese Sitzungen (im Rahmen der Pflichtversicherung).

WIEVIEL LEISTUNGEN DARF EIN ARZT AUF EINMAL VERSCHREIBEN?

Was die Krankheiten der **E- oder F-Listen** betrifft, können maximal **30 Sitzungen** auf einmal verschrieben werden. Für die **üblichen** Krankheiten ist diese Anzahl auf **9** beschränkt.

¹ HKIV-Info Nr. 1, April 2003, S. 2.

RÜCKZAHLUNGSTARIFE

In unten erwähnter Tabelle finden Sie die am häufigsten geleisteten Rückzahlungen². Diese Liste ist nicht vollständig. Die Beträge sind seit dem **1. August 2003** anwendbar.

Leistung	Honorare	Berechtigte mit Vorzugsregelung ³		Berechtigte ohne Vorzugsregelung			
		Leistungserbringer MIT oder OHNE Vereinbarung		Leistungserbringer MIT Vereinbarung		Leistungserbringer OHNE Vereinbarung ⁴	
		Rückerstattung	Eigenanteil	Rückerstattung	Eigenanteil	Rückerstattung	Eigenanteil
Leistungen im Sprechzimmer des Kinesitherapeuten (Sitzung von 30 Minuten)							
Übliche Krankheit: max. 18 Sitzungen	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
Übliche Krankheit: > 18 Sitzungen	frei ⁵	6,97	abhängig vom berechneten Honorar	5,49	abhängig vom berechneten Honorar	4,12	abhängig vom berechneten Honorar
F-Liste: max. 60 Sitzungen	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
F-Liste: > 60 Sitzungen	frei ⁵	6,97	abhängig vom berechneten Honorar	5,49	abhängig vom berechneten Honorar	4,12	abhängig vom berechneten Honorar
E-Liste:	15,57	14,24	1,33	12,18	3,39	9,14	6,43
Perinatal	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
Leistungen im Haus des Berechtigten (Sitzung von 30 Minuten)							
Übliche Krankheit: max. 18 Sitzungen	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
Übliche Krankheit: > 18 Sitzungen	frei ⁵	6,76	abhängig vom berechneten Honorar	5,07	abhängig vom berechneten Honorar	3,81	abhängig vom berechneten Honorar
F-Liste: max. 60 Sitzungen	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
F-Liste: > 60 Sitzungen	frei ⁵	6,76	abhängig vom berechneten Honorar	5,07	abhängig vom berechneten Honorar	3,81	abhängig vom berechneten Honorar
E-Liste	14,27	12,85	1,42	10,71	3,56	8,04	6,23
Perinatal	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
Leistungen in einem Alten- und Behindertenheim (Sitzung von 20 Minuten)							
Übliche Krankheit: max. 18 Sitzungen	10,47	8,38	2,09	6,29	4,18	4,72	5,75
Übliche Krankheit: > 18 Sitzungen	frei ⁵	4,16	abhängig vom berechneten Honorar	3,12	abhängig vom berechneten Honorar	2,34	abhängig vom berechneten Honorar
F-Liste: max. 60 Sitzungen	9,41	7,53	1,88	5,65	3,76	4,24	5,17
F-Liste: > 60 Sitzungen	frei ⁵	4,16	abhängig vom berechneten Honorar	3,12	abhängig vom berechneten Honorar	2,34	abhängig vom berechneten Honorar
E-Liste	9,41	8,47	0,94	7,06	2,35	5,30	4,11
Leistungen an im Krankenhaus aufgenommenen Berechtigten (Sitzung von 30 Minuten)							
Übliche Krankheit: max. 18 Sitzungen	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
E-Liste	14,27	12,85	1,42	10,71	3,56	8,04	6,23
Perinatal	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53

² Die Tabelle erwähnt die Rückerstattung zum normalen Satz, abgesehen von der E-Liste, die immer zum außergewöhnlichen Satz (d. h. eine ermäßigte Selbstbeteiligung) zurückgezahlt wird.

³ Begünstigte der Vorzugsregelung sind u. a. Witwer/Wiwen, Invalide, Pensionierte und Waisen mit niedrigen Einkommen, Nutznießer des Integrationseinkommens, Empfänger einer Beihilfe für Behinderte.

⁴ Die Rückzahlungstarife gelten nur wenn der Leistungserbringer die Vereinbarung zwischen den Versicherungsträgern und den Kinesitherapeuten anerkannt hat. Wenn der Kinesitherapeut die Vereinbarung nicht anerkannt hat, wird die normale Kostenbeteiligung um 25 Prozent vermindert.

⁵ Wenn der Kinesitherapeut die Vereinbarung zwischen den Versicherungsträgern und den Kinesitherapeuten anerkannt hat, darf er für jede Behandlung nach Überschreiten der maximalen Anzahl an Kine-Sitzungen höchstens das gleiche Honorar verlangen, das er für die ersten 18 od. 60 Sitzungen berechnet hat.

NÜTZLICHE REISETIPS VON IHRER KRANKENKASSE



Bevor Sie ins Ausland reisen, nehmen Sie am besten Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf. Ihre Rechte sind von Ihrem Gesundheitszustand, von der Pflegeart, vom Aufenthaltsort und von den Gründen Ihres Aufenthaltes in dem Staat, wo die Pflege geleistet wurde, abhängig.

Welche Gesundheitspflegekosten erstattet Ihre Krankenkasse? Wie gesagt hängt die Antwort auf diese Frage u. a. von dem Land ab, wohin Sie sich begeben.

Es gibt 3 Kategorien von Ländern:

- Mitgliedstaaten der Europäischen Union (E.U.)⁶ und des Europäischen Wirtschaftsraumes (E.W.R.)⁷;
- Staaten mit denen Belgien ein **bilaterales Abkommen**⁸ abgeschlossen hat;
- Staaten mit denen **kein Abkommen**⁹ besteht.

⁶ Die folgenden Länder sind Mitglied der Europäischen Union: Frankreich, Spanien, Großbritannien, Deutschland, Italien, Österreich, Dänemark, Portugal, Luxemburg, die Niederlande, Irland, Griechenland, Finnland, Schweden und Belgien.

⁷ Der Europäische Wirtschaftsraum umfaßt die EU-Länder und drei andere Länder: Norwegen, Island und Liechtenstein.

⁸ Ein bilaterales Abkommen ist ein Abkommen, das zwischen zwei Ländern abgeschlossen worden ist. Belgien hat mit folgenden Ländern ein bilaterales Abkommen abgeschlossen: Algerien, Marokko, Tunesien, Türkei, Polen, San Marino, Kroatien, Serbien, Montenegro, Mazedonien, Slowenien und Bosnien-Herzegowina.

MITGLIEDSTAATEN DER EUROPÄISCHEN UNION UND DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMES

Allgemeine Regel: wer in einem der Mitgliedstaaten der E.U. oder des E.W.R. versichert ist, hat in allen anderen Mitgliedstaaten der E.U. und des E.W.R. Anspruch auf **DRINGEND NOTWENDIGE Gesundheitspflege** und auf dieselbe Rückerstattung wie in dem Land wo er/sie sich aufhält.

Ein Belgier der z. B. nach Spanien reist, hat also denselben Anspruch auf Rückerstattung wie ein Spanier. Auch eine Person, die z. B. die chinesische Staatsangehörigkeit besitzt, jedoch in **Belgien versichert** ist, hat dieselben Rechte wie ein Spanier, wenn sie in Spanien auf Reisen ist.

Es bestehen **2 wichtige Ausnahmen** zur allgemeinen Regel:

- **Dänemark:** in Dänemark gilt diese allgemeine Regel **NICHT für Personen, die nicht die Staatsangehörigkeit des Mitgliedstaates der E.U. oder des E.W.R. haben, in dem sie versichert sind.** Ein Beispiel: für denjenigen, der die chinesische Staatsangehörigkeit besitzt, jedoch in Belgien versichert ist, gilt diese allgemeine Regel in Dänemark nicht. Diese Person hat also während ihres Aufenthaltes in Dänemark keinen Anspruch auf Rückerstattung der Gesundheitspflege.

- **Norwegen, Island und Liechtenstein:** in diesen drei Ländern gilt diese allgemeine Regel **NICHT für Personen, die nicht die Staatsangehörigkeit des Mitgliedstaates der E.U. oder des E.W.R. haben, in dem sie versichert sind.** Ein Beispiel: für denjenigen, der die chinesische Staatsangehörigkeit besitzt, jedoch in Belgien versichert ist, gilt die allgemeine Regel in diesen 3 Ländern nicht. Diese Person hat also während ihres Aufenthaltes in Norwegen, Island und Liechtenstein keinen Anspruch auf Rückerstattung der Gesundheitspflege.

Anmerkung: die Schweiz ist kein Mitgliedstaat der E.U. oder des E.W.R., aber hat eine **Vereinbarung** mit der E.U. abgeschlossen. Aufgrund dieser Vereinbarung hat jemand, der die Staatsangehörigkeit eines E.U.-Mitgliedstaates besitzt und in der Schweiz auf Reisen ist, Anspruch auf Rückerstattung der Gesundheitspflege.

⁹ **Das sind** all jene **Länder**, die weder zur ersten noch zur zweiten Kategorie gehören.

Beantragen Sie ein E-111 Formular bei Ihrem Regionaldienst bevor Sie in eines dieser Länder reisen. Vergessen Sie nicht mitzuteilen, in welches Land Sie reisen und für welchen Zeitraum. Achtung: das E-111 Formular für **Selbständige** gilt nur für einen dringenden Krankenhausaufenthalt.

STAATEN MIT DENEN BELGIEN EIN BILATERALES ABKOMMEN ABGESCHLOSSEN HAT

Wenn Sie in eines der Länder reisen, mit denen Belgien ein **bilaterales Abkommen** abgeschlossen hat, wird Ihre Gesundheitspflege durch das betreffende Abkommen geregelt. **Diese Abkommen unterscheiden sich voneinander**. Ihre Rechte verändern sich also je nach dem Land, wohin Sie reisen.

Bevor Sie ins Ausland reisen, nehmen Sie am besten Kontakt mit Ihrem Regionaldienst auf. Unser Personal wird Ihnen gern eine nähere Erklärung über das Abkommen abgeben, das Belgien mit diesem Land abgeschlossen hat.

STAATEN MIT DENEN KEIN ABKOMMEN BESTEHT

Prinzipiell wird die Gesundheitspflege, die Sie in **Ländern außerhalb des E.W.R.** und mit denen Belgien **kein Abkommen** abgeschlossen hat, erhalten könnten, von der Kranken- und Invalidenversicherung **nicht zurückgezahlt**.

Es bestehen jedoch **Ausnahmen**, die es ermöglichen, eine Erstattung für bestimmte Behandlungen zu erhalten.

- bei **dringendem Krankenhausaufenthalt**;
- wenn der **Vertrauensarzt** die **Genehmigung** für Gesundheitspflege in einem bestimmten Land gegeben hat.

Es bestehen noch **andere Ausnahmen**. Ihr Regionaldienst wird Ihnen gern hierzu Informationen erteilen.

Die Rückzahlungen erfolgen ausschließlich nach dem belgischen Tarif¹⁰.

Bitten Sie den Leistungserbringer in jedem Fall darum, Ihnen eine Rechnung auszuhändigen, worauf alle Details zur geleisteten Pflege erwähnt sind. Bewahren Sie diese Rechnung gut auf und händigen Sie sie Ihrem Regionaldienst aus.

¹⁰ Ein Beispiel: Falls Sie in den Vereinigten Staaten für eine ärztliche Leistung 2500 Euro bezahlen, während dieselbe Leistung in Belgien nur 500 Euro gekostet hätte, dann wird Ihr Anspruch auf Rückerstattung auf Basis der Leistung in Belgien berechnet, also 500 Euro. Mit anderen Worten erfolgt die Rückerstattung als wäre die ärztliche Pflege in Belgien geleistet worden.

RÜCKERSTATTUNG VON GRIPPEIMPSTOFF



Jährlich werden ungefähr 100 Millionen Menschen mit den Grippe-Viren angesteckt. Bei älteren Menschen treten oft ernsthafte oder sogar tödliche Komplikationen auf.

WER KANN SICH IMPFEN LASSEN?

Jeder, der es wünscht, kann sich gegen den Grippe-Virus impfen lassen. Bestimmte Kategorien von Menschen bekommen den Impfstoff zum Teil **von der Krankenversicherung zurückgezahlt**. Sie brauchen nur über eine **ärztliche Verordnung** zu verfügen. Wenn Sie eine der folgenden Bedingungen erfüllen, haben Sie Anrecht auf die Rückerstattung des Grippeimpfstoffes :

- Mehr als **65** Jahre alt sein
- Ein **Herz- oder Blutgefäßleiden** haben
- Eine **Lungenerkrankung** haben
- **Diabetespatient** sein
- Viele **Kontakte mit Risikopersonen** (z.B. Pflegepersonal eines Altenheimes) haben

WANN SOLLTEN SIE SICH AM BESTEN IMPFEN LASSEN?

Am besten lassen Sie sich im September oder Oktober impfen. Wenn Sie zu lange warten, ist der Virus vielleicht bereits aktiv.

ÄNDERUNG DER RÜCKERSTATTUNG DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE

Seit dem **1. Juli 2003** ist die Rückerstattung für die häusliche Krankenpflege verändert worden. Die neue Regelung entspricht besser den Erwartungen des Patienten. Der Rückerstattung der häuslichen Krankenpflege wird einen höheren Stellenwert zugeordnet. Es wird jetzt der Selbstregulierung für Diabetiker mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

SELBSTREGULIERUNG FÜR DIABETESPATIENTEN

Während eines **5-Stündigen Versorgungsprogramms** lernen die Diabetiker, sich Insulininjektionen selbst zu verabreichen (**Selbstregulierung**) und gewissen **Lebensregeln** nachzukommen. Die Ausbildung wird von einem **Referenzkrankenschwäger** gegeben. Dieser Krankenschwäger führt auch eine **Akte**.

Diese Maßnahme gilt für etwa **40.000 Diabetiker**, die **nicht** in den Genuß der **Konvention für Selbstregulierung** kommen. Achtung: nur Patienten, bei denen **eine dauernde Insulinbehandlung seit dem 1. April 2003 eingeleitet wurde**, kommen in Betracht für die Selbstregulierung.

Für Diabetespatienten, die sich diese Injektionen nicht selbst verabreichen können, kann der **gewöhnlich behandelnde Krankenschwäger ein Überwachungshonorar für Betreuung ausstellen**. Dies gilt für **alle** Diabetespatienten.

Wie in der vorigen Nummer dieser Zeitschrift mitgeteilt, können Diabetespatienten seit dem 1. März 2003 Ihren Hausarzt darum bitten, einen **Diabetespaß** zu verschreiben. Diese neue Maßnahme für Krankenschwäger ergänzt den Diabetespaß. Patienten, die noch keinen Diabetespaß besitzen, sollten diesen bei Ihrem Arzt beantragen.

VERSORGUNG VON WUNDEN

Seit dem 1. Juli 2003 sind neue Rückzahlungen für die **Versorgung von Wunden** möglich. Ein Unterschied wird gemacht zwischen den folgenden Arten:

- **spezifische** Wunden ;
- **komplexe** Wunden ;
- **einfache** Wunden.

Die **Referenzkrankenschwäger** für spezifische Wundpflege können jedoch ein Pauschalhonorar für Hausbesuch oder Beratung attestieren. Dies ist nur auf Antrag des **gewöhnlich behandelnden** Krankenschwägers möglich. Der Referenzkrankenschwäger muß dem verordnendem Arzt Bericht erstatten.

ANDERE LEISTUNGEN

Neue Rückzahlungen sind für die Auswechslung des Heparin-Lock (Heparin-Plombe) bei Kathetern anwendbar.

Die Kodenummern für die Verabreichung von Arzneimittelinjektionen werden anders definiert: sie werden je nach Verabreichungsart (intravenös, intramuskulär, subkutan oder hypodermal) aufgeteilt.

Ihr Krankenschwäger oder Ihr Regionaldienst kann Ihnen weitere Informationen über die neue Regelung für Krankenpflege erteilen.

WELCHE RECHTE HABEN SIE ALS PATIENT?

Können Sie ohne Ihre Zustimmung operiert werden? Muß Ihr Arzt Ihnen alle Informationen mitteilen? Darf jemand ohne Ihre Zustimmung bei einer Behandlung oder Untersuchung anwesend sein, der dafür nicht unentbehrlich ist?

Seit dem 6. Oktober 2002 besteht ein Gesetz, das Ihre Rechte als Patient deutlich bestimmt. Dieses Gesetz soll eine **bessere Beziehung zwischen Arzt und Patient** herstellen. Eine Antwort auf diese und noch viele anderen Fragen finden Sie in der Broschüre "Ihre Rechte als Patient". Sie können diese Broschüre bei Ihrem Regionaldienst erhalten.