

Wegweiser Gesundheitsreform - Praxisgebühr, Zuzahlungen und weitere Neuregelungen





Adolf Bauer
Präsident Sozialverband Deutschland

Vorwort

Mit dieser Broschüre möchten wir Sie darüber informieren, was sich durch die Gesundheitsreformen für die Patienten und Versicherten geändert hat.

Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen Patientinnen und Patienten die Praxisgebühr und höhere Zuzahlungen zu Medikamenten bezahlen. Das hat für viele zu hohen finanziellen Belastungen geführt. Dieser Ratgeber hilft Ihnen, zu prüfen, ob Sie sich teilweise von den Zuzahlungen befreien lassen können.

Die Broschüre informiert auch über Neuregelungen, die mit der Gesundheitsreform 2007 eingeführt worden sind. Dazu zählen Änderungen bei Hilfsmitteln und die verschärfte Chronikerregelung, aber auch Positives wie der Anspruch auf Eltern-Kind-Kuren oder andere zusätzliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 führt zu weiteren einseitigen Belastungen für Versicherte und Patienten, wenn Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Dies hat der SoVD scharf kritisiert. Wir fordern, dass sich die Gesundheitsversorgung der gesetzlich Krankenversicherten durch den Gesundheitsfonds nicht verschlechtern darf.

Der SoVD tritt für eine solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung ein.

Wir setzen uns für die Interessen der Patienten und Versicherten ein.

Dieser Ratgeber soll Ihnen helfen, Ihre Rechte in Anspruch zu nehmen.

Adolf Bauer

Präsident des Sozialverband Deutschland e.V.

Inhalt

Praxisgebühr und Zuzahlungen im Gesundheitswesen	4
Die Grundregel	4
Zuzahlungen beim Besuch einer Ärztin bzw. eines Arztes	4
Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel	4
Zuzahlungen für Fahrten zur medizinischen Behandlung	5
Zuzahlungen bei Heilmitteln	5
Zuzahlungen für Hilfsmittel	5
Zuzahlungen zur Haushaltshilfe	6
Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung	6
Zuzahlungen bei Anschlussrehabilitation	6
Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege	6
Teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht	7
Mit der Gesundheitsreform 2004 ist eine vollständige Befreiung von der Zuzahlungspflicht entfallen	7
Antrag auf teilweise Befreiung von Zuzahlungen	7
So können Sie feststellen, ob Sie die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht erfüllen	7
Chronikerregelung	7
Verschärfung der so genannten Chronikerregelung ab 2008	8
Antrag auf Befreiung der Zuzahlungspflicht	9
Tarife und besondere Versorgungsformen	11
Hausarztmodelle und Chronikerprogramme	11
Wahltarife	11
Erweiterte Leistungen durch die Gesundheitsreform 2007	12
Rehabilitation und Eltern-Kind-Kuren	12
Palliativmedizin	12
Häusliche Krankenpflege	12
Impfungen	12
Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss	13

Arzneimittel _____	14
Ambulante Behandlung im Krankenhaus _____	14
Einschränkung der Leistungen durch die Gesundheitsreformen _____	15
Rezeptfreie Medikamente _____	15
Komplikationen nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings _____	15
Hilfsmittel _____	15
Sehhilfen _____	16
Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger _____	18
Gesundheitsfonds 2009 _____	19
Funktionsweise des Gesundheitsfonds _____	19
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich _____	19
Sonderbeitrag von 0,9 Prozent _____	19
Zusatzbeitrag oder Prämie _____	20
Krankenkassenwechsel und Sonderkündigungsrecht _____	20





Praxisgebühr und Zuzahlungen im Gesundheitswesen

Die Grundregel

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen müssen für Medikamente, Arztbesuche, Krankengymnastik, Ergotherapie usw. zuzahlen. Für die Höhe der Zuzahlung gilt als Grundregel: Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich zehn Prozent der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro.

- Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, ist der tatsächliche Preis zu zahlen.
- Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von den Zuzahlungen befreit. Ausnahmsweise müssen sie aber bei Fahrkosten und beim Zahnersatz zuzahlen.

Zuzahlungen beim Besuch einer Ärztin bzw. eines Arztes

Beim Besuch einer Arzt- oder Zahnarztpraxis fällt einmal im Quartal die Praxisgebühr von 10 Euro an. Sie ist vor Behandlungsbeginn zu zahlen. Auch für Notfallbehandlungen in den Rettungseinrichtungen der Krankenhäuser bzw. die Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notdienstes muss die Praxisgebühr bezahlt werden. Für die weiteren notwendigen Praxisbesuche in demselben Quartal bei derselben Ärztin bzw. demselben Arzt wird keine weitere Gebühr fällig. Das Aufsuchen weiterer Ärztinnen bzw. Ärzte in dem betreffenden Quartal ist gebührenfrei, wenn Sie eine Überweisung zu dieser Ärztin bzw. zu diesem Arzt vorlegen können.

Ausnahmen von der Praxisgebührenpflicht gelten für zahnärztliche Kontrollbesuche, für Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und zur Krebsfrüherkennung sowie für Schutzimpfungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen gezahlt werden. Diese sind von der Praxisgebühr ausgenommen. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr müssen die Praxisgebühr nicht zahlen.

Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel

Für Arznei- und Verbandmittel werden Zuzahlungen von 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel erhoben. In keinem Fall dürfen die Zuzahlungen jedoch höher sein als die Kosten des Mittels selbst. Ausnahmsweise sind Versicherte bei der Verordnung besonders preisgünstiger Arzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung befreit.

Eine Liste dieser Arzneimittel können Sie im Internet unter https://www.gkv-spitzenverband.de/Befreiungsliste_Arzneimittel_Versicherte.gkvnet einsehen.

Ihrer Apotheke sind die zuzahlungsfreien Medikamente ebenfalls bekannt.

Mehrkosten, die über den Festbetrag der Verordnung hinausgehen, muss der Versicherte selbst bezahlen.

Kosten für Verordnungen, die auf dem sog. grünen Rezept (Privatrezept) erfolgen, muss der Versicherte ebenfalls selbst tragen. Das grüne Rezept dient dazu, für den Patienten kenntlich zu machen, dass die Anwendung des Medikamentes zwar medizinisch geboten ist, die Kosten jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von den Zuzahlungen befreit.

Zuzahlungen für Fahrten zur medizinischen Behandlung

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von den Kassen übernommen. Die Kosten für Rettungsfahrten, Krankentransporte oder Taxifahrten zum Krankenhaus werden von den Krankenkassen nur noch in besonderen Ausnahmefällen übernommen, und wenn diese aus medizinischen Gründen notwendig sind. Versicherte müssen dann zu den Fahrten zuzahlen. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro je Fahrt.

Ausnahmsweise fällt bei (ambulanter und stationärer) medizinischer Rehabilitation keine Zuzahlung für die Fahrtkosten an. Die Kassen zahlen im Ausnahmefall bei Dialysebehandlung, Strahlentherapie und Chemotherapie. Dies gilt auch für Schwerbehinderte mit den Merkzeichen aG, BI und H bzw. bei den Pflegestufen II und III. Bei vergleichbar schweren Erkrankungen ist eine Fahrkostenübernahme möglich. Die Fahrkostenübernahme muss allerdings vorab von der Krankenkasse genehmigt werden.

Zuzahlungen bei Heilmitteln

Für Heilmittel fällt eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten des Heilmittels an. Zusätzlich müssen pro Verordnung 10 Euro gezahlt werden. Beispiel: Wenn auf einem Rezept viermal Krankengymnastik verordnet wurde, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für dieses Rezept und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Gymnastik. Die Zuzahlung entfällt für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Zuzahlungen für Hilfsmittel

Für jedes Hilfsmittel wird eine Zuzahlung von 10 Prozent der Hilfsmittelkosten (z. B. Gehhilfe, Rollstuhl) erhoben. Die Zuzahlung beträgt mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, in keinem Fall mehr als die Kosten des Mittels.

Eine Ausnahme gilt für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Ernährungssonden, Inkontinenzprodukte). Hier beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr müssen nicht zuzahlen.

Zuzahlungen zur Haushaltshilfe

Gewährt die Krankenkasse eine Haushaltshilfe, so fällt pro Kalendertag eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro an.

Die Zuzahlung entfällt für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr.

Wenn die Haushaltshilfe anlässlich einer Schwangerschaft oder Entbindung verordnet wurde, muss keine Zuzahlung entrichtet werden.

Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung

Im Krankenhaus fällt eine Zuzahlung von 10 Euro täglich an. Diese ist begrenzt auf maximal 28 zuzahlungspflichtige Tage pro Kalenderjahr. Versicherte bis zum 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlungspflicht befreit.

Zuzahlungen bei Anschlussrehabilitation

Erfolgt eine Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, so fällt eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag an, zusammen mit einer Krankenhausbehandlung aber nur für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr müssen nicht zuzahlen.

Zuzahlung zur häuslichen Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege beläuft sich die Zuzahlungspflicht auf 10 Prozent der Kosten pro Tag sowie 10 Euro je Verordnung. Die Zuzahlungspflicht ist begrenzt auf 28 Kalendertage pro Kalenderjahr. Für Versicherte bis zum 18. Lebensjahr entfällt die Zuzahlungspflicht.



Teilweise Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Mit der Gesundheitsreform 2004 ist eine vollständige Befreiung von der Zuzahlungspflicht entfallen

Damit die Versicherten durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert werden, gibt es eine so genannte Belastungsgrenze.

Zuzahlungen sind nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze zu entrichten. Alles was darüber hinausgeht, muss von der Krankenkasse erstattet werden. Wird die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, so stellt die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber aus. Die Versicherten sind dann für den Rest des Kalenderjahres von der Zuzahlungspflicht befreit.

Antrag auf teilweise Befreiung von Zuzahlungen

Wer die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht hat, sollte bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht stellen. Hierzu kann das beigefügte Formular verwendet werden. Sie müssen Ihre eigenen Einkünfte, die der Ehegattin bzw. des Ehegatten, der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners sowie die Einkünfte der im selben Haushalt lebenden familienversicherten Kinder angeben. Einkommensnachweise, evtl. eine ärztliche Bescheinigung über die schwerwiegende chronische Krankheit und die Nachweise über die bereits geleisteten Zuzahlungen müssen Sie dem Antrag beifügen.

So können Sie feststellen, ob Sie die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht erfüllen:

Berechnen Sie zunächst, ob Sie die Belastungsgrenze erreichen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei der Berechnung werden sowohl die Zuzahlungen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen als auch ihre Bruttoeinnahmen zusammengerechnet. Dabei erhalten Familien entsprechende »Familienabschläge«. Der Abschlag beläuft sich für jedes Kind auf 3.648 Euro, für die Ehegattin bzw. den Ehegatten sowie Lebenspartnerin bzw. Lebenspartner wird ein Freibetrag von 4.410 Euro gewährt. Wenn Sozialhilfe bzw. Arbeitslosengeld II bezogen wird, gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze. Die Freibeträge kommen dann nicht in Betracht.

Chronikerregelung

Für schwerwiegend chronisch kranke Menschen gilt eine verringerte Belastungsgrenze von einem Prozent der Jahresbruttoeinkünfte. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer wegen derselben Krank-

heit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt wurde und bei dem zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- eine Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 liegt vor, oder
- ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 Prozent liegt vor, oder
- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent liegt vor, oder
- eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist erforderlich, da ohne sie eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Krankheit zu erwarten ist.

Dies muss durch eine ärztliche Bescheinigung bei der Krankenkasse belegt werden.

Verschärfung der so genannten Chronikerregelung ab 2008

Die 1-Prozent-Regelung wurde ab dem 1. Januar 2008 an zwei weitere Voraussetzungen geknüpft:

- regelmäßige Teilnahme an bestimmten medizinischen Früherkennungsuntersuchungen und
- therapiegerechtes Verhalten der Patientin bzw. des Patienten.

Für Früherkennungsuntersuchungen von Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs gibt es folgende Regelung: Danach reicht es aus, dass eine ärztliche Beratung zu Chancen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen stattgefunden hat. Da diese Untersuchungen Risiken haben, sollen die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden, ob sie sich untersuchen lassen wollen. Die Regelung gilt für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen und für nach dem 1. April 1962 geborene Männer. Schwer psychisch kranke sowie geistig behinderte Menschen sind von der Beratungspflicht ausgenommen.

Eine Bescheinigung des Arztes soll Auskunft geben, ob sich Arzt und Patient über die Therapie verständigt haben und ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten vorliegt. Das Ausstellen der Bescheinigung darf nur verweigert werden, wenn keine chronische Krankheit vorliegt oder der Patient ausdrücklich erklärt, sich entgegen der gemeinsamen Verständigung verhalten zu haben und dies auch weiterhin zu tun gedenkt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Versicherte, bei denen die Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt, und Versicherte, bei denen ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vorliegt.

Antrag auf Befreiung der Zuzahlungspflicht

(Adresse Krankenkasse)	Absender
	Telefonnummer
	Versichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die teilweise Befreiung von Zuzahlungen. Entsprechende Zuzahlungsnachweise sind beigelegt.
Meine Jahreseinnahmen zum Lebensunterhalt (Bruttobeträge) sowie ggf. die, der mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen betragen laut der beiliegenden Erklärung:

Name	Geburtsdatum	jährliche Brutto- einnahmen in € lt. Folgeseite	Krankenkasse (Name, Sitz)	Zuzahlungen

Ich bin ledig verheiratet in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
 getrennt lebend geschieden verwitwet

Ich bitte um Überweisung auf das Konto:

Kontoinhaber(in)		
Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto

Datum / Unterschrift

Erklärung zu den Einnahmen

Versicherte(r): _____

Versichertennummer: _____

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bitte vollständig ausfüllen und Belege beifügen. **Die jährlichen Gesamtbeträge auf Vorderseite übertragen.**

Einkunftsart	* Gleichgeschlechtliche Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes	bitte ankreuzen		Ver-	Ehe- /	Kinder
		ja	nein	sicherte(r)	Lebens-	Kinder
				in Euro	partner(in)*	in Euro
				in Euro	in Euro	in Euro
Arbeits- einkommen	selbstständige Tätigkeit					
	Land- und Forstwirtschaft					
Arbeitsentgelt	Lohn / Gehalt					
	Geringfügige Beschäftigung					
	Einmalzahlungen (Weihnachts-, Urlaubsgeld, Prämien)					
	Abfindungen des Arbeitgebers					
Renten / Pensionen u.a.	aus der gesetzlichen Rentenversicherung z.B. Alters-, Witwen-, Witwer-, Waisen-, Erwerbsminderungsrente					
	aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen					
	aus der gesetzlichen Unfallversicherung					
	aus privater Lebensversicherung					
	von ausländischen Rentenversicherungsträgern und Rentenversicherungsstellen					
	Ruhegehalt / Vorruhestandsgeld					
	Betriebsrente					
	Einmalzahlungen (z.B. Weihnachts-, Urlaubsgeld)					
Erträge	Pacht- und / oder Mieteinnahmen					
	Zinsen aus Kapitalvermögen					
Entgeltersatz- leistungen	Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld					
	Ausgleichszahlungen des Arbeitgebers					
	Kurzarbeiter-, Winterausfall-, Konkursausfallgeld					
	Mutterschaftsgeld / Arbeitgeberzuschuss					
	Eingliederungshilfe für Spätaussiedler					
	Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld					
	Steuerklasse					
	Kinderfreibetrag					
	Kirchensteuerpflicht					
Sonstiges	Arbeitslosengeld II					
	Leistungen aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds					
	Sachbezüge z.B. freie Kost und Wohnung					
	Unterhalt, Unterhaltsleistungen					
	sonstige Einkünfte					
	Sozialgeld					



Tarife und besondere Versorgungsformen

Hausarztmodelle und Chronikerprogramme

Die Krankenkassen sind verpflichtet, für ihre Versicherten so genannte „Tarife für besondere Versorgungsformen“ anzubieten. Hierzu gehören Hausarztmodelle und Chronikerprogramme.

Beim Hausarztmodell müssen Patienten bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst ihren Hausarzt aufsuchen, der sie bei Bedarf an Fachärzte bzw. Krankenhäuser überweist (ausgenommen sind Notfälle).

Die Chronikerprogramme sind systematische Behandlungsprogramme, die chronisch kranken Menschen eine aufeinander abgestimmte Gesundheitsversorgung ermöglichen (z. B. bei Diabetes, Asthma, Brustkrebs usw.).

Wer sich als Versicherter für eine Teilnahme entscheidet, kann von seiner Krankenkasse Vergünstigungen bekommen. Prüfen Sie genau, ob diese Modelle und Programme auf Ihren individuellen Bedarf eingehen. Die Vor- und Nachteile sind abzuwägen.

Wahltarife

Die Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung sind spezielle Versicherungstarife. Möglich sind z. B. Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife oder Prämienzahlungen, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Auch Zusatztarife für besondere Arzneimittel und Therapierichtungen (z. B. Homöopathie) können von den Krankenversicherungen angeboten werden.

Der SoVD rät, die Angebote der Krankenkassen sorgfältig zu vergleichen. Wer sich für einen Wahltarif entscheidet, ist drei Jahre lang an diese Entscheidung gebunden. Die dreijährige Bindungsfrist ist ein wesentliches Manko der neuen Selbstbehalt-, Beitragsrückerstattungs- oder Kostenerstattungstarife, denn das Risiko zu erkranken, lässt sich kaum abschätzen.

Für konkrete Auskünfte im Einzelfall zu Fragen der Zuzahlungen, zur Chronikerregelung oder zum Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen können Sie sich gerne an Ihre SoVD-Beratungsstelle wenden. Dort erhalten SoVD-Mitglieder Beratung und Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche.



Erweiterte Leistungen durch die Gesundheitsreform 2007

Rehabilitation und Eltern-Kind-Kuren

Im Gesetz ist nun klargestellt worden, dass die Krankenkassen Rehabilitations-Maßnahmen und Eltern-Kind-Kuren bewilligen müssen, wenn sie vom Arzt bzw. der Ärztin verordnet worden sind.

Die medizinische Rehabilitation kann ambulant, stationär und in Sonderfällen mobil durchgeführt und nur dann gewährt werden, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht.

Darüber hinaus können Versicherte mitentscheiden, in welche Rehabilitationseinrichtung sie gehen wollen. Allerdings muss die Einrichtung mit einem anerkannten Qualitätssiegel geprüft sein; auch eventuelle Mehrkosten sind selbst zu tragen.

Palliativmedizin

Die ambulante Versorgung Schwerstkranker soll verbessert werden. Speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc. sollen Versorgungsteams bilden, die es dem Sterbenden ermöglichen, so lange und so gut wie möglich zu Hause versorgt zu werden. Die Einzelheiten hierzu sind derzeit noch nicht geregelt, so dass diese Versorgungsform vom Arzt / von der Ärztin momentan noch nicht verordnet werden darf.

Spezielle Pflegeeinrichtungen, in denen sterbende Kinder umfassend versorgt werden (Kinderhospize), werden stärker als bisher von Kranken- und Pflegekassen finanziert. Sie müssen jetzt lediglich 5 Prozent ihrer Ausgaben aus Eigenmitteln (z. B. Spenden) aufbringen.

Häusliche Krankenpflege

Versicherte, die in Wohngemeinschaften, in einem Wohnheim der Behindertenhilfe etc. leben, können nun auch die Leistung der häuslichen Krankenpflege erhalten. Vor der Gesundheitsreform 2007 war die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nur für Patientinnen und Patienten in ihrem Privathaushalt möglich.

Impfungen

Mit der Gesundheitsreform 2007 werden von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Nach wie vor können sich die Menschen hierbei natürlich freiwillig für oder gegen eine Impfung entscheiden. Eine ärztliche Beratung ist hier sicherlich sinnvoll.

Folgende Impfungen werden unter bestimmten Voraussetzungen von den gesetzlichen Krankenkassen getragen:

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Diphtherie
- Pneumokokken
- Meningokokken
- Tetanus
- Hepatitis B (bis 17 Jahre)
- Keuchhusten
- Kinderlähmung
- Influenza bei Erwachsenen über 60
- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
- Windpocken
- Humane Papillomaviren (Gebärmutterhalskrebs) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren

Ausführliche Informationen und die aktuelle Richtlinie können beim Gemeinsamen Bundesausschuss im Internet eingesehen und herunter geladen werden unter:

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-267/RL-Schutzimpfung_2008-03-13.pdf

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Die Internetseite www.g-ba.de informiert über die gesetzlichen Aufgaben des G-BA zur Konkretisierung des Leistungskataloges der GKV. Außerdem werden aktuelle Änderungen und Ergänzungen der Richtlinien des G-BA dargestellt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich paritätisch aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der Ärzte zusammen. Patientenvertreter sind seit 2004 ebenfalls im G-BA beteiligt und haben Mitberatungs- und Antragsrechte.

Arzneimittel

Wer besonders teure Medikamente benötigt, muss sich darauf einstellen, künftig zwei verschiedene Ärzte aufzusuchen. Denn die kostenintensiven Arzneimittel dürfen nur noch in Abstimmung mit einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ verordnet werden. Für welche Arzneimittel dies gilt, muss erst noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, mit pharmazeutischen Herstellern Rabattverträge abzuschließen und ihre Versicherten von der Zuzahlung zu den rabattierten Arzneimitteln zu befreien.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Die Krankenhäuser erhalten mehr Möglichkeiten als bisher, bestimmte hoch spezialisierte medizinische Leistungen auch ambulant anzubieten. Patientinnen und Patienten mit seltenen oder ganz bestimmten schweren Erkrankungen (wie z. B. HIV / Aids, Tuberkulose oder Mucoviszidose) können ihre fachärztliche ambulante Behandlung auch im Krankenhaus erhalten. Vorausgesetzt, das Krankenhaus ist auch für die ambulante Behandlung zugelassen.

Wenn Sie sich für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus interessieren, so erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob es in Ihrer Nähe ein Krankenhaus gibt, das für die ambulante Behandlung Ihrer Krankheit zugelassen ist.



Einschränkung der Leistungen durch die Gesundheitsreformen

Rezeptfreie Medikamente

Im Zuge der Gesundheitsreform 2004 wurden rezeptfreie Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 6. November 2008 diese Regelung bestätigt. Das Urteil beinhaltet, dass die Regelung nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verstößt (BSG, Aktenzeichen B 1 KR 6/08 R).

Allerdings sind in einem Katalog Sonderfälle aufgenommen, die trotz der Rezeptfreiheit in Ausnahmefällen verordnet werden können. Die sogenannte OTC-Ausnahmeliste finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/>

Komplikationen nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings

Eine selbstverschuldete Behandlungsbedürftigkeit, die durch Komplikationen nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings verursacht wurde, ist seit 1. April 2007 nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse zu behandeln. Versicherte sollen einen Teil der Behandlungskosten „in angemessener Höhe“ selbst tragen. Auch Krankengeld kann unter Umständen während einer solchen Behandlung gestrichen oder gekürzt werden.

Hilfsmittel

Hilfsmittel im Sinne des fünften Sozialgesetzbuches sollen Behinderungen ausgleichen oder die Rehabilitation unterstützen oder Menschen mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Problemen vor weiteren Risiken bei der Bewältigung ihres normalen Lebens schützen. Immer wenn eines dieser Ziele erfüllt werden soll, kann die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für das Hilfsmittel übernehmen. Beispiele hierfür sind Inkontinenzprodukte (Windeln), Hörgeräte, Gehhilfen, Rollstühle, Pflegebetten oder Beatmungsgeräte. Die Versorgung weist allerdings durch den Sparkurs der gesetzlichen Krankenkassen immer mehr Schwächen auf. Durch die Gesundheitsreform 2007 wurden die Defizite zusätzlich verschärft.

Vor der Gesundheitsreform 2007 war es jedem Patienten freigestellt, einen Hilfsmittelanbieter seiner Wahl in Anspruch zu nehmen. Mit der Gesundheitsreform 2007 dürfen die Krankenkassen Ausschreibungen durchführen und mit einzelnen Firmen exklusive Verträge abschließen, wonach diese

Anbieter dann alleine für die Versorgung der jeweiligen Patienten mit bestimmten Hilfsmitteln zuständig sind. Das hat zur Folge, dass häufig nur noch die billigsten Anbieter zum Zuge kommen und die Betroffenen kein Mitspracherecht haben, welches Sanitätshaus (oder Apotheke) sie mit Hilfsmittel versorgt. Patienten beschwerten sich immer häufiger über mangelnde Beratung und unzumutbare Lieferbedingungen. Auch die Qualität der Hilfsmittel lässt vielfach zu wünschen übrig.

Es gibt jedoch Bestrebungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, dass trotz des Wirtschaftlichkeitsgebots die Qualitätsanforderungen wieder vermehrt Beachtung finden sollen und die Wunsch- und Wahlmöglichkeiten der Versicherten wieder in die Hilfsmittel-Richtlinie mit aufgenommen werden. Nur so könnten Versicherte Versorgungsalternativen nutzen, die auf den Einzelfall der Behinderung und auf die individuelle Lebenssituation angepasst sind.

Sehhilfen

Seit der Gesundheitsreform 2004 werden nur noch in Ausnahmefällen die Kosten der Sehhilfen (Brillen) von den Krankenkassen erstattet.

So erhalten nur noch Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Menschen in begrenztem Maße eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Nicht unter die Leistungsbegrenzung fallen therapeutische Sehhilfen, soweit sie der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Bei Kindern und Jugendlichen besteht der Leistungsanspruch insbesondere deswegen, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später nicht mehr völlig behebbar sind. Ein normales Sehen ist für die Gesamtentwicklung im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung.

Bei Erwachsenen hingegen wird der Leistungsanspruch auf zwingend medizinisch notwendige Ausnahmefälle begrenzt. Derartige Ausnahmen liegen dann vor, wenn Versicherte aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Dies betrifft Versicherte, die unter Sehschwäche beider Augen, Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges oder Blindheit beider Augen leiden. In der Regel benötigen diese Versicherten zum Lesen von herkömmlichen Texten - je nach Grad der Sehschwäche - bereits vergrößernde Sehhilfen wie Leselupen, Fernrohrbrillen oder elektronisch vergrößernde Sehhilfen, sogenannte Bildschirmlesegeräte,

bis hin zu Vorlesegeräten. Versicherte mit erheblichen Gesichtsfeldausfällen sind ebenfalls zu den schwer Sehbeeinträchtigten zu rechnen und haben damit auch zukünftig Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf therapeutische Sehhilfen. Hierbei handelt es sich um Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. In diesem Zusammenhang wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, in den Richtlinien zu bestimmen, bei welchen Krankheitsbildern therapeutische Sehhilfen verordnet werden können.

Hier ist anzumerken, dass die Sehschärfenbestimmung, die Diagnose über die Notwendigkeit sowie die Verordnung einer Brille durch den Augenarzt weiterhin Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind und nicht vom Patienten selbst bezahlt werden müssen.





Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger

Durch die Gesundheitsreform 2007 wurde erstmals die Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger geschaffen. Das bedeutet, dass alle Menschen in Deutschland krankenversichert sein müssen. Wer vor der Gesundheitsreform 2007 aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung herausgefallen war, hatte kaum die Möglichkeit in eine gesetzliche oder private Krankenversicherung zurückzukehren.

Für die Versicherungspflicht in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gelten unterschiedliche Stichdaten:

Gesetzliche Krankenversicherung:

Wer zuletzt gesetzlich versichert war, sollte schon seit 1. April 2007 wieder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein. Die Personen müssen in diejenige Krankenkasse zurückkehren, in der sie zuletzt versichert waren. Bußgelder für diejenigen, die dieser Pflicht nicht nachkommen, sind nicht vorgesehen, allerdings müssen diese damit rechnen, dass sie die Beiträge rückwirkend vom 1. April 2007 nachzahlen müssen.

Private Krankenversicherung:

Wer zuletzt privat krankenversichert oder noch nie krankenversichert war, muss sich in einer privaten Krankenversicherung versichern. Seit dem 1. Juli 2007 konnte diese Personengruppe – ohne Gesundheitsprüfung und ohne Risikozuschläge – von den privaten Krankenversicherungen aufgenommen werden, bei der sie zuletzt versichert waren. Seit dem 1. Januar 2009 besteht nun auch die Versicherungspflicht für diejenigen, die der privaten Krankenversicherung zugeordnet werden.

Ebenso können seit dem 1. Januar 2009 die Mitglieder der privaten Krankenversicherung in den sogenannten Basistarif wechseln, der den Standardtarif abgelöst hat. Dieser Basistarif bietet die gleichen Leistungen wie die gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Höhe der Versicherungsprämie richtet sich allein nach Alter und Geschlecht, eine Berücksichtigung von Vorerkrankungen darf bei der Festsetzung der Prämienhöhe nicht erfolgen.

Darüber hinaus wurde mit der Gesundheitsreform 2007 gesetzlich festgelegt, dass Angestellte zu einer privaten Krankenversicherung nur dann wechseln können, wenn sie drei Jahre hintereinander eine bestimmte Einkommensgrenze (Versicherungspflichtgrenze) überschreiten. Diese Einkommensgrenze wird jährlich festgelegt und ist auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BEMAS) abzurufen unter: <http://www.bmas.de>. Für das Jahr 2009 gilt eine Versicherungspflichtgrenze von 48.600 Euro jährlich (4.050 Euro monatlich).



Gesundheitsfonds

Funktionsweise des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Unter dem Gesundheitsfonds versteht man einen großen Topf, in den sämtliche Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung hineinfließen. Vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zahlen alle gesetzlich Krankenversicherten einen Beitragssatz von 15,5 Prozent, egal bei welcher Kasse sie versichert sind. Im Rahmen des zweiten Konjunkturprogramms wird ab dem 1. Juli 2009 der Beitrag auf 14,9 Prozent abgesenkt. Dieser einheitliche allgemeine Beitragssatz wurde von der Bundesregierung festgelegt. Die Beiträge werden weiterhin von der jeweiligen Krankenversicherung erhoben und weitergeleitet an das Bundesversicherungsamt in Bonn, das den Gesundheitsfonds verwaltet. Zusätzlich zu den Beiträgen der gesetzlich Versicherten fließen auch die Beiträge der Arbeitgeber sowie Steuermittel in den Fonds. Die Krankenkasse erhält dann für jeden Versicherten eine pauschale Zuweisung. Da die Krankenkassen unterschiedliche Versichertenstrukturen aufweisen, wird diese Zuweisung durch einen krankheitsorientierten Ausgleichszuschlag ergänzt, auch morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich genannt (Morbi-RSA).

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entstehen dem Versicherten weder Vor- noch Nachteile. Lediglich die Krankenkasse, bei dem der Versicherte Mitglied ist, bekommt einen höheren finanziellen Ausgleich, denn durch die Zusammensetzung ihrer Versichertenstruktur entstehen den Krankenkassen unterschiedliche Kosten. Differenziert nach Alter und Geschlecht der Versicherten erhielten die Kassen schon vor der Einführung des Gesundheitsfonds einen finanziellen Ausgleich (Risikostrukturausgleich). Nun wurde dieser Finanzausgleich ausgebaut zu einem morbiditätsorientierten (= krankheitsbezogenen) Risikostrukturausgleich. Dafür wurden 80 schwerwiegende und kostenintensive Krankheiten vom Bundesversicherungsamt festgelegt. Das heißt, eine Kasse erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, wenn sie viele Versicherte in diesen Krankheitsgruppen nachweisen kann.

Sonderbeitrag von 0,9 Prozent

In dem allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent ist der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent bereits enthalten. Während der Arbeitgeber anteilig die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages (also 7,3 Prozent) übernimmt, zahlt der Versicherte selbst ebenfalls 7,3 Prozent und zusätzlich den Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Insgesamt hat der Versicherte mit einem Anteil von 8,2 Prozent einen höheren Beitrag als der Arbeitgeber zu leisten.

Nach der Absenkung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2009 hat der Versicherte dann einen Anteil von 7,9 Prozent zu zahlen und der Arbeitgeberanteil liegt bei 7,0 Prozent (insgesamt 14,9 Prozent).

Zusatzbeitrag oder Prämie

Wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, muss die Kasse einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen. Dieser darf maximal ein Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens des Versicherten betragen. Wenn eine Einkommensprüfung nicht durchgeführt wird, darf der Zusatzbeitrag nicht höher als acht Euro liegen.

Entsteht der Kasse durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds ein Überschuss, so darf sie eine Prämie an ihre Mitglieder ausschütten. Alternativ hierzu können die Krankenkassen auch besondere Serviceleistungen wie alternative Heilverfahren, Sport- und Anti-Raucherкурse oder eine besondere ärztliche Versorgung (z. B. strukturierte Behandlungsprogramme) anbieten.

Ein Zusatzbeitrag wird nur für das Mitglied einer Krankenversicherung fällig. Kinder oder beitragsfrei mitversicherte Partner zahlen keinen Zusatzbeitrag. Auch eine Prämie wird nur für das Mitglied der Krankenversicherung ausgezahlt.

Krankenkassenwechsel und Sonderkündigungsrecht

Nach heutigem Recht gilt eine gesetzliche Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten zum Monatsende. Man muss allerdings mindestens 18 Monate lang bei der jetzigen Kasse versichert gewesen sein. Von einem so genannten Sonderkündigungsrecht – also Kündigung noch vor Ablauf der 18 Monate – kann man nur dann Gebrauch machen, wenn die Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt. Die Kasse muss ihre Mitglieder rechtzeitig über die Erhebung des Zusatzbeitrages informieren, damit diese gegebenenfalls noch die Kasse wechseln können.

Adressen

Bundesverband

Sozialverband

Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel. 0 30 / 72 62 22-0

Fax 0 30 / 72 62 22-311

kontakt@sovд.de

www.sovд.de

Landesgeschäftsstellen

Baden - Württemberg

Mundenheimer Str. 11

68199 Mannheim

Tel. 06 21 / 841 41 72

Fax 06 21 / 841 41 73

info@sovд-bawue.de

Bayern

Thalkirchner Str. 76/II

80337 München

Tel. 0 89 / 53 07 50 80

Fax 0 89 / 54 37 91 06

info@sovд-by.de

Berlin - Brandenburg

Kurfürstenstraße 131

10785 Berlin

Tel. 0 30 / 2 63 938-0

Fax 0 30 / 2 63 938-29

contact@sovд-bbg.de

Bremen

Ellhornstraße 35-37

28195 Bremen

Tel. 04 21 / 16 38 49-0

Fax 04 21 / 16 38 49-30

info@sovд-hb.de

Hamburg

Pestalozzistraße 38

22305 Hamburg

Tel. 0 40 / 61 16 07-0

Fax 0 40 / 61 16 07 50

Postanschrift:

Postfach 60 64 26

22256 Hamburg

info@sovд-hh.de

Hessen

Willy-Brandt-Allee 6

65197 Wiesbaden

Tel. 06 11 / 8 51 08

Fax 06 11 / 8 50 43

info@sovд-he.de

Mecklenburg -

Vorpommern

Henrik-Ibsen-Str. 20

18106 Rostock

Tel. 03 81 / 76 01 09-0

Fax 03 81 / 76 01 09-20

info@sovд-mv.de

Niedersachsen

Herschelstraße 31

30159 Hannover

Tel. 05 11 / 7 01 48-0

Fax 05 11 / 7 01 48-70

info@sovд-nds.de

Nordrhein - Westfalen

Erkrather Str. 343

40231 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 38 60 3-0

Fax 02 11 / 38 21 75

info@sovд-nrw.de

Rheinland - Pfalz / Saarland

Pfründner Straße 11

67659 Kaiserslautern

Tel. 06 31 / 7 36 57

Fax 06 31 / 7 93 48

sovд-rheinland-pfalz-

saarland@t-online.de

Sachsen

Annaberger Str. 166

09120 Chemnitz

Tel. 03 71 / 2 80 40 00

Fax 03 71 / 5 20 27 91

info@sovд-sa.de

Sachsen - Anhalt

Moritzstraße 2 F

39124 Magdeburg

Tel. 03 91 / 2 53 88 97

Fax 03 91 / 2 53 88 98

info@sovд-sa-anh.de

Schleswig - Holstein

Muhliusstraße 87

24103 Kiel

Tel. 04 31 / 98 38 80

Fax 04 31 / 98 388-10

info@sovд-sh.de

Thüringen

Ammertalweg 29

99086 Erfurt

Tel. 03 61 / 7 31 69 48

Fax 03 61 / 7 31 69 49

info@sovд-thue.de

Werden Sie Mitglied!

Der SoVD hilft seinen Mitgliedern

durch ein flächendeckendes Beratungsangebot für sozialrechtliche Fragen. Wir beraten unsere Mitglieder in Fragen der gesetzlichen Renten-, Kranken-, Unfall-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sowie in Fragen des Behindertenrechts, der Grundsicherung, des Arbeitslosengeldes II und der Sozialhilfe.*

Wir helfen Ihnen bei der Antragstellung und Durchsetzung Ihrer Ansprüche. Dabei vertreten wir unsere Mitglieder in Widerspruchsverfahren sowie in Klageverfahren vor den Sozialgerichten.*

Der SoVD informiert seine Mitglieder

über alle gesetzlichen Neuregelungen. Unsere Ratgeberbroschüren helfen Ihnen, Ihre Ansprüche geltend zu machen. Außerdem erhalten Sie die monatlich erscheinende SoVD-Mitgliederzeitung. Über die neusten Entwicklungen informieren wir Sie auf unserer Internetseite www.sovd.de.

Der SoVD bietet seinen Mitgliedern

Erholung, Gruppenreisen und Freizeitaktivitäten. In den Erholungszentren des Verbandes können Sie preisgünstig übernachten. Hier können Sie Ihren Urlaub genießen, eine Kur machen oder einfach mal den Alltag hinter sich lassen. Die Erholungszentren befinden sich in attraktiver, ruhiger Lage: im Nordseebad Bäumen sowie im Kurort Brilon im Sauerland. Im behindertengerecht ausgestatteten Hotel Mondial in Berlin und im Vital Hotel Schützenhaus im Kurort Bad Sachsa gibt es für Mitglieder preiswerte Angebote.

Sie werden sehen: Eine Mitgliedschaft im SoVD lohnt sich!

* unter Beachtung des § 53 AO

Beitrittserklärung

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Eintritt in den SoVD am

SoVD Ortsverband

Datum / Unterschrift

Stellen Sie mir bitte die Mitgliederzeitung zu, durch:

Ortsverband

Postversand

Der Monatsbeitrag:

Einzelbeitrag 5,00 €

Partnerbeitrag 7,15 €

Familienbeitrag 9,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres möglich.

Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland die laufenden Beiträge an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf abbucht.

Abruf:

1/4 jährlich

1/2 jährlich

jährlich

ab

KontoinhaberIn

Konto

BLZ

Geld-Institut

Datum / Unterschrift

Bitte ausfüllen bei Partner- oder Familienbeitrag:

Name und Geburtsdatum

1

2

3

4

Sozialverband Deutschland e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

per Post senden oder unter (030) 72 62 22 - 311 faxen

Der Sozialverband Deutschland

hat für seine Mitglieder einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen.

Um die Vergünstigungen des Gruppenversicherungsvertrages zu erhalten, bin ich damit einverstanden, dass hierfür mein Name, mein Geburtsjahr und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.

ja nein

Ich bin damit einverstanden,

dass mein Name, Geburts- und Eintrittsdatum in Publikationen des SoVD aus Anlass meines Geburtstages und der Dauer meiner Mitgliedschaft veröffentlicht werden.

ja nein

Sie haben uns kennengelernt durch:

Name

Straße

PLZ, Ort

SoVD Ortsverband

sonstiges

Impressum

Herausgeber

Sozialverband Deutschland e.V.

Stand

Mai 2009

Verfasserin

Gabriele Hesseken

Aktualisierung: Waltraud Wagner

Fotos Seite 3-17

© rebvt -, © BK -, © Torbz -, © Kurt De Bruyn -,

© justin maresch -, © Wolfgang Filser -,

© samantha grandy -, © Birgit Reitz-Hofmann -,

© ostromec - Fotolia.com

Layout

Matthias Herrndorff

Druck

Schöne Drucksachen Ott-Druck GmbH, Berlin

Copyright © 2009 Sozialverband Deutschland e.V.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verbandes reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Sozialverband Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin

Tel. (030) 72 62 22 - 0
Fax (030) 72 62 22 - 311
kontakt@sovd.de

www.sovd.de