

GMG 2004 – das Modernisierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung:

Was ändert sich für Stomaträger?



Bereits in Heft 4/03 der ILCO-PRAXIS wurden die Grundzüge der Neuerungen im GKV-Modernisierungsgesetz (kurz GMG), die für Stomaträger wichtig sind, dargestellt. Allerdings waren entscheidende Ausführungsbestimmungen, gerade in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bzw. vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht beschlossen worden. Dies betraf vor allem die Auslegung des Begriff „Indikation“ und – entscheidend für die Belastungsgrenzen – die Definition von „schwerwiegend chronisch krank“. In die folgende Zusammenfassung sind die entscheidenden Punkte der inzwischen erfolgten Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingeflossen.

Was sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (Stomaartikeln) geändert hat

Durch die neuen Gesetzestexte ergeben sich Auswirkungen auf folgende Bereiche in der Versorgung mit Hilfsmitteln (Stomaartikel):

- **Zuzahlungen**
- **Hilfsmittelverzeichnis: Zum Verbrauch bestimmte Stomaartikel**
- **Belastungsgrenzen**

Zuzahlungen

Zuzahlungen sind ab 1.1.2004 für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr auf fast alle Krankenkassenleistungen zu zahlen. Die einschneidendste Änderung für Stomaträger ist die Tatsache, dass nun auch für Stomaartikel (Hilfsmittel) Zuzahlungen zu leisten sind. Eine Abmilderung hat der Gesetzgeber für **zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** vorgesehen. Für diese Hilfsmittel sind nur maximal 10,00 EUR pro **Monatsbedarf** und **Indikation** zu zahlen.

§ 33 Abs.2 SGB V

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um **die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn vom Hundert je Packung, höchstens jedoch zehn EUR für den Monatsbedarf je Indikation.**

§ 61 Satz 1 SGB V

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert (10 %) des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf EUR und höchstens zehn EUR; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.... Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Mit der „**Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum Hilfsmittelbereich**“ haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (unter Federführung des Innungskrankenkassen-Bundesverbandes) die ersten Richtlinien für die Anwendung der neuen Gesetze herausgegeben.

➤ Definitionen

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

zum Verbrauch bestimmten und **nicht zum Verbrauch bestimmten** Hilfsmitteln.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich.

Stomaversorgungsartikel sind – zum überwiegenden Teil - solche zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel! In der Tabelle auf S. 12/13 sind die als Verbrauchsartikel anerkannten Produktgruppen der Stomaartikel benannt .

Für Stomaversorgungsartikel gilt daher die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 SGB V (s. oben markierter Teil). Danach zahlen die Versicherten 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 EUR für den **Monatsbedarf je Indikation**. Durch diese Regelung soll eine übermäßige Belastung der Versicherten vermieden werden, die regelmäßig Hilfsmittel in großer Anzahl benötigen.

Der Hilfsmittelversorgungsanspruch umfasst auch die notwendige Anpassung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

➤ Indikation

Die Zuzahlung erfolgt je Indikation. Von derselben Indikation ist auszugehen, wenn Produkte einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses abgegeben werden.

Eine Versorgung mit Verbrauchsmaterialien aus verschiedenen Produktgruppen (z.B. Stomaartikel und Inkontinenzhilfen - kann bei Urostomie der Fall sein), führt zu mehreren Zuzahlungen.

*In der nachfolgenden Liste sind die in der „**Produktgruppe 29, Stomaartikel**“ enthaltenen Artikelgruppen genannt. **Alle in der Liste gestrichenen Gruppen sind nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, d.h. hier gilt die Zuzahlungsregelung nach § 61 SGB V (siehe Gesetzestext links).** Die gestrichenen Produktgruppen betreffen weiterhin verordnungsfähige Stomaartikel, für die jedoch für jedes Produkt (nicht für den Monatsbedarf) die Zuzahlung zu leisten ist.*

Die Krankenkassen haben angekündigt, das Hilfsmittelverzeichnis entsprechend anzupassen und fehlende Erläuterungen einzufügen. Die Deutsche ILCO (Bundesverband) wird sich für den sich schon jetzt abzeichnenden Bedarf an Ergänzungen bzw. Umformulierungen einsetzen.

➤ Monatsbedarf

Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt stets pro Kalendermonat. Dies gilt bei der Versorgung mit Verbrauchsartikeln auch, wenn mit der Versorgung während des Monats begonnen wird oder wenn (z.B. wegen Rückverlegung) die Versorgung nicht mehr für den vollen Monat benötigt wird. Wenn die Versorgung zum Beispiel zum 15. eines Monats erfolgt, bezieht sich die Zuzahlung auf den gesamten Kalendermonat, als wäre die Versorgung am 1. des Monats durchgeführt worden.

Die monatlich benötigte Menge an Stomaversorgungsartikeln ist von Stomaträger zu Stomaträger verschieden. Deshalb gibt es auch (zumindest zur Zeit sind keine rechtsgültigen Einschränkungen festgelegt) keine generelle Richtlinie darüber, welche Menge der Artikel ein Stomaträger im Monat verbrauchen darf. In der Regel weiß aber jeder Stomaträger, wie viel er einschließlich einer kleinen Sicherheitsreserve monatlich benötigt.

➤ Verordnung durch den Arzt

Seit Januar muss der Arzt nicht nur die **Menge**, sondern auch den **Zeitraum** dieses **individuell notwendigen Bedarfs** an Stomaversorgungsartikeln bei der Verordnung angeben. Ist ein Stomaträger gewohnt, z.B. immer gleich für 3 Monate seinen Bedarf zu besorgen, so muss der Zeitraum (Kalendermonate) für die verordnete Menge **der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel** angegeben sein.

Entsprechend den oben stehenden Festlegungen muss also auf der ärztlichen Verordnung (=Rezept) angegeben sein:

- **die Bezeichnungen der verordneten Versorgungsartikel**
- **die Menge von jedem Versorgungsartikel**
- **für wie viele Monate die verordnete Menge ausreichen soll**
- **der Grund der Verordnung (z.B. Colostomie, Urostomie...)**

Wann wären 10% je Packung zu zahlen?

Dies käme nur dann infrage, wenn die benötigten Stomaartikel eines Monatsbedarfs weniger als 100 EUR kosten würden. Das ist jedoch praktisch nie der Fall. Z.B. beträgt der Festbetrag für einen geschlossenen Beutel mit Hautschutz und Klebefläche rund 3,60 EUR. Wer sich so versorgt, käme bereits mit einer Packung zu 30 Beuteln auf 10,80 EUR Zuzahlung (10 % von 108 EUR). Da diese Summe aber schon über dem für einen gesamten Monatsbedarf geltenden Zuzahlungsbetrag von 10 EUR läge, käme die 10%-Zuzahlung hier nicht zur Anwendung.

Zuzahlung bei Verordnung für mehrere Monate

Wer eine Verordnung über einen Bedarf an Stomaversorgungsartikeln für zwei oder mehr Monate erhält, muss die Zuzahlung auch für den genannten Zeitraum leisten, bei einer Menge für 2 Monate also 20 EUR Zuzahlung, für 3 Monate 30 EUR usw.

Hilfsmittelverzeichnis: Zum Verbrauch bestimmte Stomaartikel

Gliederung der Produktgruppe 29, Stomaartikel

Die ausgestrichenen Produktgruppen gehören nicht zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln. Sie sind jedoch weiterhin verordnungsfähige Stomaartikel, für die jedoch für jedes Hilfsmittel (nicht für den Monatsbedarf) die Zuzahlung zu leisten ist.

29.26.01 Geschlossene Beutel

0001-0999	Beutel für Basisplatte
1000-1999	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand
2000-2999	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
3000-3999	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand

29.26.02 Ausstreifbeutel

0001-0999	Beutel für Basisplatte
1000-1999	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand
2000-2999	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
3000-3999	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand

29.26.03 Urostomiebeutel

0001-0999	Beutel für Basisplatte
1000-1999	Beutel mit Klebefläche oder Kleberand
2000-2999	Beutel mit Hautschutzring, auch mit Klebefläche oder Kleberand
3000-3999	Beutel mit gewölbtem Hautschutz, auch mit Klebefläche oder Kleberand

29.26.04 Stomakappen/Minibeutel

0001-0999	Stomakappen
1000-1999	Minibeutel

29.26.05 Basisplatten

0001-0999	Basisplatten, Größe 1
1000-1999	Basisplatten, Größe 2
2000-2999	Basisplatten, Größe 3

29.26.06 Basisplatten, gewölbt

0001-0999	Gewölbte Basisplatten, Größe 1
1000-1999	Gewölbte Basisplatten, Größe 2
2000-2999	Gewölbte Basisplatten, Größe 3

29.26.07 Hautschutzplatten/-rollen

0001-0999	Hautschutzplatten, Größe 1
1000-1999	Hautschutzplatten, Größe 2
2000-2999	Hautschutzplatten, Größe 3
3000-3999	Hautschutzrollen

29.26.08 Irrigatoren

0001-0999	manuell betriebene Irrigatoren (verordnungsfähig, jedoch nicht zum Verbrauch bestimmt)
1000-1999	elektrisch betriebene Irrigatoren (verordnungsfähig, jedoch nicht zum Verbrauch bestimmt)
2000-2999	Ersatzbeutel für Irrigatoren

29.26.09 Anus Praeter-Bandagen

0001-0999	Anus Praeter-Bandagenset (verordnungsfähig, jedoch nicht zum Verbrauch bestimmt)
1000-1999	Ersatzbeutel für Anus Praeter-Bandagen

29.26.10 Pflegemittel

0001-0999	Hautschutzpasten/ Ausgleichspasten
1000-1999	Hautschutzpulver/Puder
2000-2999	Hautschutztücher/ Schwämme
3000-3999	Lotionen/Cremes
4000-4999	Pflasterentferner
5000-5999	Haftsprays/Haftmittel

29.26.11 Zubehör

0001-0999	Gürtel (verordnungsfähig, jedoch nicht zum Verbrauch bestimmt)
1000-1999	Filter
2000-2999	Hautschutzringe
3000-3999	Beutelbezüge aus Vlies
4000-4999	Beutelüberzüge aus Textil (verordnungsfähig, jedoch nicht zum Verbrauch bestimmt)
5000-5999	Stomaverschlüsse
6000-6999	sonstige Stomaartikel

Die Produktgruppen haben eine 6-stellige Positionsnummer. An diese werden für die komplette Positionsnummer des einzelnen Produktes weitere 4 Stellen angehängt.

Belastungsgrenzen

Vor dem 1. Januar 2004 ausgestellte Befreiungen von Zuzahlungen haben grundsätzlich keine Gültigkeit mehr. Zur Vermeidung von Überlastungen sind die Zuzahlungen in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V begrenzt. Ist die Belastungsgrenze erreicht, stellt die Krankenkasse eine Bescheinigung aus, dass im laufenden Kalenderjahr keine weiteren Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

§ 62 SGB V

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, **für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 Hundert (1%)** der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (= *gesamtes Familieneinkommen*)....

Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

Bisher mussten Versicherte bis zu höchstens 2% ihres Einkommens an Zuzahlungen leisten, wobei z. B. die Zuzahlungen zum Krankenhausaufenthalt nicht mitberechnet wurden, sondern in jedem Fall selbst zu zahlen waren. Allerdings konnten Menschen mit einem geringen Einkommen von Zuzahlungen ganz befreit werden. Diese Befreiungsmöglichkeit wegen geringen Einkommens fällt komplett weg. Folge ist eine zusätzliche finanzielle Belastung gerade für Menschen mit geringem Einkommen.

Bei der **Ermittlung der Belastungsgrenzen** (2% bzw. 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (auch Lebenspartner) zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen (Lohn, Gehalt, Renten, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung usw.) um bestimmte Abschläge zu kürzen: für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15% (4.347 EUR West, 3.654 EUR Ost), für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 10% (2.898 EUR West, 2.436 EUR Ost) der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des vierten Buches, für jedes Kind um derzeit 3.648 EUR (West und Ost einheitlich). Die Freibeträge für die Angehörigen gelten auch, wenn diese selbst Einkommen haben. Nur bis zu dieser Belastungsgrenze müssen die sich im laufenden Kalenderjahr ansammelnden Zuzahlungen entrichtet werden.

Zuzahlungen müssen ab dem 1. Januar 2004 von jedem Versicherten, der nicht als chronisch krank anerkannt ist, bis zu höchstens 2 % seines Einkommens (s. Kasten) pro Jahr geleistet werden. Dafür werden aber alle geleisteten Zuzahlungen, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung entstanden sind, angerechnet, was wiederum eine Verbesserung zur bisherigen Praxis darstellt.

Umso wichtiger wird es daher, sich jede geleistete Zuzahlung quittieren zu lassen (dazu sind die Einrichtungen oder Geschäfte, bei denen die Zuzahlung bezahlt wird, verpflichtet und dürfen das nicht gesondert berechnen) und alle Belege zu sammeln.

Die Folge für Stomaträger wird sein, dass diejenigen, die bisher schon zu den chronisch Kranken zählten, jetzt durch die Zuzahlung zu Stomaversorgungsartikeln schneller auf die Summe von höchstens 1% Zuzahlungen im Jahr kommen (gerechnet vom Jahreseinkommen) und dann für den Rest des Jahres befreit werden.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Zuzahlungs-Belastungsgrenze von 1% für Stomaträger

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** hat auf seiner Sitzung am 22.01.04 in einer Richtlinie festgesetzt, wer dem Kreis der schwerwiegend chronisch kranken Menschen angehören soll.

Der Gemeinsame Bundesausschuss löst den bisherigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ab. Er ist das Gremium, das z. B. entscheidet, was verordnungsfähig ist und von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Er wird zusammengesetzt zu gleichen Teilen aus je 9 Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen und der Ärzteschaft (niedergelassene und Krankenhausärzte) sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei unparteiischen Stellvertretern. Erstmalig haben in diesem Gremium auch Patientenvertreter ein Mitberatungs- und Antragsrecht in Versorgungsfragen.

In der Richtlinie wird folgendes unter § 2 (1) definiert:

Eine Krankheit im Sinne des § 62 ... (s. Gesetzestext und Markierung S. 14) ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat.

Hiermit wird **Krankheit im Sinne dieses Gesetzes** nicht im gewohnten Sinne, sondern vor allem durch ihre **Behandlungsbedürftigkeit** definiert.

Weiter wird in der Richtlinie festgelegt:

Eine Krankheit ist nach § 2 (2) **schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird (Dauerbehandlung)** und zusätzlich eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB (Sozialgesetzbuch) XI vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 BVG (Bundesversorgungsgesetz) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, **ohne die** nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder **eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.**

Daraus folgt:

Um nur 1% des Bruttoeinkommens als Belastungsgrenze für die Zuzahlungen leisten zu müssen, sind mindestens zwei Voraussetzungen zu erfüllen:

- **Dauerbehandlung (wenigsten ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung) und**
- **Zutreffen von einem der weiteren Punkte a, b oder c (pflegebedürftig oder GdB/MdE 60 oder ärztliche Bestätigung – s. unten)**

Die beiden ersten Merkmale a) und b) wurden eingeführt um zu vermeiden, dass für die Feststellung der schwerwiegenden chronischen Krankheit in jedem Fall eine individuelle Prüfung erforderlich ist. Diese wäre schon rein organisatorisch kaum zu bewältigen und würde einen erheblichen finanziellen Aufwand erfordern. An Hand der beiden Merkmale lässt sich der größte Teil der schwerwiegend chronisch kranken Menschen ohne Einzelfallprüfung erfassen. Das 3. Merkmal c) soll den übrigen Betroffenen Zugang zu einer individuellen Feststellung ermöglichen.

Stomaträger müssen, um die Grundvoraussetzung, die **Dauerbehandlung** nachweisen zu können, wenigstens einmal im Quartal **wegen des Stomas** in ärztliche Behandlung gehen.

Hinzukommen muss eines der weiteren Kriterien (a, b oder c).

Wenn ein Stomaträger die Kriterien a) oder b) nicht erfüllt, benötigt er als Nachweis der Zugehörigkeit zur Gruppe der schwerwiegend chronisch kranken Menschen

eine **ärztliche Bestätigung** (s. Punkt c). Dieser Punkt c) enthält die Aussage, die auf alle Stomaträger zutrifft: **Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung mit Hilfsmitteln erforderlich, ohne die eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach §2 (1) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist** (s. Punkt c, Markierung).

Damit gehören Stomaträger zu dem Kreis der nach dieser Richtlinie definierten schwerwiegend chronisch kranken Menschen, für die eine Belastungsgrenze für die Zuzahlungen von 1 % gilt.

Feststellung und Nachweis der schwerwiegenden chronischen Krankheit (Belege)

Die **Feststellung**, dass ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne der Richtlinie leidet, wird von der **Krankenkasse** getroffen.

Der Nachweis der Dauerbehandlung erfolgt nach § 3 (1) der Richtlinie durch eine ärztliche Bescheinigung, in der die dauerbehandelte Krankheit anzugeben ist.

Zum **Beleg** für den Grad der Behinderung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Pflegestufe hat der Versicherte nach § 3 (2) der Richtlinie die entsprechenden **bestandskräftigen** (d. h. zuletzt ausgestellten) **amtlichen Bescheide in Kopie** (nicht den Ausweis) vorzulegen. Die Krankheit, wegen der sich der Versicherte in Dauerbehandlung befindet, muss in dem **Bescheid** zum GdB oder zur MdE als Begründung aufgeführt sein.

Das Vorliegen der dauerhaften Behandlungserfordernis (nach § 2 (2), Punkt c) ist nach § 3 (3) der Richtlinie durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Vordrucke für diese Bescheinigungen geben die Krankenkassen aus.

Bereits in ILCO-PRAXIS 4/03 waren sowohl allgemeine Hinweise über Neuregelungen bei Zuzahlungen und Kassenleistungen (in Tabellenform) als auch Erläuterungen zur Kostenerstattung für Stomaartikel und zu den Verträgen mit Leistungserbringern erschienen. Interessenten können diese Informationen in der Geschäftsstelle anfordern (bitte mit 0,55 EUR frankierten Rückumschlag beilegen) oder im Internet nachlesen (www.ilco.de unter „Aktuell“).

***Für Anfragen zur Gesundheitsreform steht das von der Bundesregierung eingerichtete gebührenfreie Bürgertelefon 0800 15 15 15 9 von Mo. - Do. von 8-20 Uhr zur Verfügung!
Internet-Nutzer können unter www.die-gesundheitsreform.de viele Informationen nachlesen.***



Fragen und Antworten zur Gesundheitsreform 2004

Zuzahlungen allgemein

Gelten auch weiterhin die Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Die vollständige Befreiung von den Zuzahlungen, die sogenannte Sozialklausel, fällt ab 2004 weg. Die teilweise Befreiung von den Zuzahlungen, die sogenannte Überforderungsklausel, bleibt hingegen bestehen, sie wird jetzt im Gesetz **Belastungsgrenze** genannt. Für Zuzahlungen liegt sie bei 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für schwer chronisch Kranke bei 1 Prozent. Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen, neben Arbeitseinkommen beispielsweise auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten. Auf Familien wird verstärkt Rücksicht genommen, denn sie können pro Kind statt wie bisher 2.856 Euro jetzt 3.648 Euro von ihren anzurechnenden jährlichen Bruttoeinnahmen abziehen. Für Zahnersatz gelten die Härtefallregelungen bis Ende 2004 in der jetzigen Form, ab 2005 auf Basis der neuen Festzuschussregelung.

Sind die Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte und Anschlussheilbehandlungen zusammengenommen auf 28 Tage begrenzt?

Ja. Sie zahlen für einen Krankenhausaufenthalt maximal 28 Tage lang 10 Euro pro Tag zu. Auch für stationäre Anschlussheilbehandlungen gilt eine Begrenzung der Zuzahlungen von 10 Euro pro Tag auf 28 Tage. Bereits geleistete Zuzahlungen für Ihren Krankenhausaufenthalt können Sie für die Zuzahlung Ihrer Anschlussheilbehandlung anrechnen.

Was ändert sich für Sozialhilfeempfänger bezüglich der Zuzahlung?

Für Sozialhilfeempfänger gelten dieselben Zuzahlungsregeln und dieselbe Belastungsgrenze wie für alle anderen Versicherten auch. Um die soziale Balance sicherzustellen, werden die Befreiungs- und Überforderungsregelungen derart gestaltet, dass für alle Versicherten einschließlich der Sozialhilfeempfänger eine Belastungsgrenze in Höhe von 2 Prozent der Bruttoeinnahmen gilt. Bei schwerwiegender chronischer Erkrankung beträgt die Belastungsgrenze 1 Prozent. Die Berechnungsgrundlage bei Sozialhilfeempfängern ist der Regelsatz des Haushaltsvorstands.

Müssen auch die Bewohner in Altenheimen, die nur Taschengeld erhalten, davon die Zuzahlungen leisten? Wenn ja, in welcher Höhe?

Auch Bewohner in Alten- und Pflegeheimen sind von den Änderungen bei den Zuzahlungsregelungen betroffen. Eine vollständige Befreiung gibt es ab Januar 2004 nicht mehr. Alle Versicherten müssen bis zu einer Belastungsgrenze von 2 Prozent, bei schwerwiegender chronischer Erkrankung bis zu 1 Prozent ihrer Bruttoeinnahmen Zuzahlungen leisten. Nur Kinder und Jugendliche sind ausgenommen. Für die Feststellung der Einnahmen zum Lebensunterhalt bei der Errechnung der Belastungsgrenze müssen Sie, wenn Sie in einem Heim leben, Ihre tatsächlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ansetzen. **Kosten für die Unterbringung können nicht abgezogen werden!**

Belastungsgrenzen für Zuzahlungen

Welche Kosten bzw. welche Zuzahlungen werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt?

Sie können grundsätzlich alle Zuzahlungen zusammenrechnen, die sich **aufgrund ärztlicher Verordnungen** ergeben. Dazu gehören die Praxisgebühr beim Arztbesuch, Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandmitteln, bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege, bei Hilfsmitteln, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe, ebenso Zuzahlungen bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation und auch für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, usw. Wenn Ihre Krankenkasse Fahrkosten zur Behandlung übernimmt, können Sie Ihre Zuzahlungen hierfür gleichfalls bei der Ermittlung der Belastungsgrenze einbeziehen. Nicht berücksichtigt werden allerdings Ihre Zuzahlungen beim Zahnersatz. Für Zahnersatz gelten aber die bisherigen Härtefallregelungen bis Ende 2004.

Kann ich als Sozialhilfeempfängerin bei der Feststellung der Belastungsgrenze auch Freibeträge für meine Kinder abziehen?

Für Sozialhilfeempfänger gilt dieselbe Belastungsgrenze wie für alle anderen Versicherten auch: Ihre Eigenbeteiligung beträgt maximal zwei Prozent ihrer jährlichen Einnahmen. Allerdings wird bei Sozialhilfeempfängern für die gesamte Bedarfsgemeinschaft als Berechnungsgrundlage lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstands herangezogen. Daher entfällt bei diesen auch die Anrechnung von Freibeträgen. Die Sozialhilfeträger können eine darlehensweise Übernahme der Zuzahlung vereinbaren und so die Belastung der Betroffenen über mehrere Monate verteilen.

Bekomme ich eine Rückerstattung, wenn die Summe meiner Zuzahlungen über meiner Belastungsgrenze liegt?

Sie sammeln die Belege über geleistete Zuzahlungen und legen sie bei der Krankenkasse vor. Dort wird geprüft, ob eine Befreiung für die restlichen Monate des Kalenderjahres möglich ist, und bei Überschreiten der Belastungsgrenze erfolgt eine Erstattung bis zu dieser Grenze.

Belastungsgrenze für chronisch Kranke

Wenn innerhalb einer Familie nur 1 Person als chronisch krank gilt, werden dann alle Zuzahlungen dieser Familie auf 1 % begrenzt, oder nur die des Kranken?

Wenn der chronisch Erkrankte seine Belastungsgrenze von 1 % erreicht hat, dann wird noch 1 % an Zuzahlungen für den nicht chronisch Erkrankten verlangt. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

Ich bin chronisch krank und bei meinem Mann familienversichert. Wie hoch ist die maximale Zuzahlung? 1 Prozent für mich und 2 Prozent für meinen Mann, also 3 Prozent zusammen?

Nein, die Belastungsgrenzen werden nicht addiert. Sie zahlen als Ehepaar gemeinsam maximal 2 Prozent Ihrer Bruttoeinnahmen zu. Grundlage für die Berechnung Ihrer Belastungsgrenze sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aller Familienangehörigen, abzüglich der Freibeträge. Da Sie chronisch krank sind, gilt für Sie eine Belastungsgrenze von 1 Prozent, für Ihren Ehemann von 2 Prozent. Sobald Ihre Zuzahlungen 1 Prozent der Bruttoeinnahmen erreicht haben, sind Sie für alle weiteren medizinischen Leistungen, zuzahlungsbefreit. Ihr Ehemann addiert weiter seine Zuzahlungen zu den bereits geleisteten hinzu. Sobald er die Belastungsgrenze von 2 Prozent erreicht, ist auch er von allen weiteren Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres befreit. Das heißt also: Unabhängig davon, ob Ihr Ehemann die Belastungsgrenze von 2 Prozent erreicht, müssen Sie bereits ab 1 Prozent keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten.

Werde ich von meiner Krankenkasse benachrichtigt, sobald ich die Belastungsgrenze für Zuzahlungen erreicht habe?

Nein. Sie sollten selbst Ihre Zuzahlungen im Auge behalten. Sobald Sie die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht haben, müssen Sie bei Ihrer Krankenkasse eine Befreiung beantragen. Erst dann bekommen Sie eine Bescheinigung darüber erteilt, dass Sie für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten brauchen.

Thema Praxisgebühr, Kosten beim Arzt

Zahle ich auch eine Praxisgebühr, wenn ich mir vom Arzt nur ein Rezept ausstellen lasse?

Ja. Generell zahlen gesetzlich Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Praxisgebühr von 10 Euro, sobald sie eine ärztliche Leistung eines Haus- oder Facharztes in Anspruch nehmen. Das ist bereits der Fall, wenn Sie sich in der Praxis ein Rezept ausstellen oder Blut abnehmen lassen. Auch wer in Notfällen zum Arzt geht oder ärztliche Leistungen telefonisch in Anspruch nimmt, zahlt eine Praxisgebühr.

An wen kann mich der Hausarzt ohne Zuzahlungen überweisen?

Der Hausarzt kann Sie an alle Fachärzte zuzahlungsfrei überweisen, also zum Beispiel auch zum Gynäkologen oder zum Augenarzt. Auch Fachärzte können Sie an andere Fachkollegen überweisen, ohne dass eine erneute Praxisgebühr anfällt – auch zu Ihrem Hausarzt. Ausgenommen ist lediglich der Zahnarzt, für den eine separate Praxisgebühr pro Quartal zu entrichten ist. Überweisungen sind nur innerhalb desselben Quartals gültig.

Werden bei mehreren verschiedenen Erkrankungen / Arztbesuchen pro Quartal jeweils neue Praxisgebühren fällig?

Ab dem 1. Januar 2004 müssen alle Versicherten für die Erstinanspruchnahme eines ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungserbringers **je Quartal** eine Praxisgebühr von 10 Euro entrichten. Das bedeutet: Wenn Sie in einem Quartal zum ersten Mal zum Arzt gehen (das kann ein Hausarzt, Facharzt oder auch ein Psychotherapeut sein), zahlen Sie eine Praxisgebühr von 10 Euro. Alle weiteren Arztbesuche in demselben Quartal sind gebührenfrei, **wenn Sie eine Überweisung mitbringen, aus der hervorgeht, dass Sie die Praxisgebühr bereits bezahlt haben.** Jeder Arzt kann Sie zu jedem anderen Arzt überweisen. Wenn Sie jedoch einen Zahnarzt aufsuchen, müssen Sie pro Quartal eine separate Praxisgebühr von 10 Euro bezahlen.

Praxisgebühr ist Teil des ärztlichen Honorars und keine Kassengebühr

Das Bundesgesundheitsministerium informiert: Immer wieder wird behauptet „Praxisgebühr ist Kassengebühr“. Dies ist falsch. Die 10 Euro Praxisgebühr sind der erste Teil des ärztlichen Honorars. Um diese Summe verringert sich der Vergütungsanspruch des Arztes bzw. der Ärztin. Die Praxisgebühr bleibt beim Arzt und wird nicht an die Krankenkassen abgeführt wie Ärzte immer wieder behaupten.

Hierzu heißt es im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (§ 43 b Absatz 2 SGB V): „Zuzahlungen, die Versicherte ... zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend.“

Quelle: Pressemitteilung des BMGS vom 07.01.2004

Erfährt man künftig, was die Arztbehandlung kostet?

Ja, aber nicht automatisch. Jeder Patient kann künftig vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine **Patientenquittung** erhalten. Darauf sind in verständlicher Form alle Leistungen und Kosten aufgelistet, die der Arzt bei der Krankenkasse abrechnet. So kann der Patient die medizinischen Leistungen besser nachvollziehen und bekommt einen besseren Überblick über die Behandlung.

Können Ärzte für das Ausstellen einer Patientenquittung eine Geldzahlung verlangen?

Das kommt darauf an. Wenn Sie sich die Patientenquittung direkt nach der Behandlung ausstellen lassen, entstehen für Sie keine Kosten. Wenn Sie eine Zusammenfassung für das Quartal wünschen, zahlen Sie 1 Euro an Ihren Arzt. Möchten Sie die Patientenquittung per Post zugeschickt bekommen, müssten Sie auch die Versandkosten übernehmen.

Arzneimittel

Welche Medikamente bezahlt die Krankenkasse nicht mehr?

Rezeptfreie Arzneimittel werden ab Januar 2004 grundsätzlich nicht mehr von den gesetzlichen Kassen erstattet. Auch Medikamente zur Verbesserung der privaten Lebensführung werden nicht bezahlt. Dazu zählen Mittel gegen Potenzschwäche oder Impotenz, zur Raucherentwöhnung und Abmagerung, Appetit-Hemmer oder Haarwuchsmittel.

In welchen Fällen erstattet die Kasse auch rezeptfreie Mittel?

Für Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bezahlen die Krankenkassen auch weiterhin rezeptfreie Medikamente. Auch schwer Erkrankte bekommen unter Umständen die Kosten für rezeptfreie Arzneimittel von ihrer Krankenkasse ersetzt. Das kann der Fall sein bei Arzneien, die unverzichtbare Wirkstoffe für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen wie Krebs oder Herzinfarkt enthalten. Für die Patienten gelten dann die gleichen Zuzahlungsregeln wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Falls hier die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

Kann ich bei rezeptfreien Arzneien Geld sparen?

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden ab Januar 2004 freigegeben. Jeder Apotheker entscheidet dann selbst, wie preiswert er seine Produkte anbietet. Und durch die Wahl der Apotheke entscheiden Sie, was Sie von den jeweiligen Preisen halten. Schließlich macht es einen Unterschied, ob Sie für ein Kopfschmerzmittel 3,20 Euro oder 4,10 Euro bezahlen. Der Wettbewerb um den Apothekenkunden ist deshalb künftig nicht nur ein Wettbewerb um die beste Beratungsqualität, sondern auch um den günstigsten Preis. Man kann davon ausgehen, dass die Preise für viele rezeptfreie Arzneimittel und Produkte deutlich sinken werden.

Kann ich mir Medikamente nach Hause schicken lassen?

Ja. Wie in anderen europäischen Staaten längst üblich, wird der **Versandhandel von apothekenpflichtigen Arzneimitteln** künftig auch in Deutschland freigegeben. Von Januar 2004 an können Sie sich Medikamente von Ihrer Apotheke nach Hause bestellen - per Telefonanruf oder auch per Internet. Davon profitieren vor allem Bürger, die berufstätig sind oder deren Mobilität eingeschränkt ist. Für Versandapotheken gelten selbstverständlich die gleichen hohen Maßstäbe im Hinblick auf Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit wie in der Apotheke vor Ort.