

FAXREPORT

zu HIV und AIDS

Ausgabe Nr. 01/2004 vom 27.02.2004

Impressum

Gastautor: Gerd Speicher, Köln

Gastredaktion: Achim Weber

Fon: 0 30 – 69 00 87-17/ Fax: 0 30 – 69 00 87-42

email: achim.weber@dah.aidshilfe.de

Redaktion: Bernd Vielhaber

Fon: 0 30 – 62 70 48 02/ Fax: 0 30 – 62 70 48 03

email: bernd.vielhaber@snaflu.de

Lektorat: Helmut Hartl, München und Arnold Dörr, DAH

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Armin Schafberger

Dieffenbachstraße 33, 10967 Berlin

Fon: 0 30 – 69 00 87-0/ Fax: 0 30 – 69 00 87 42

www.aidshilfe.de/ email: faxreport@dah.aidshilfe.de

Bestellung und Rückfragen

Bei technischen Problemen, Bestellung oder Änderung wenden Sie sich bitte an

Uli Sporleder, 030 / 69 00 87 62

email: uli.sporleder@dah.aidshilfe.de

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Kto.-Nr. 220 220 220, Berliner Sparkasse,

BLZ 100 500 00

Wichtige Hinweise!

Die hier genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentlage mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) sind nicht als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt. Redaktion und Herausgeber übernehmen keinerlei Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haften nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Originaltexte und die Beipackzettel der Herstellerfirmen zurückzugreifen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Substanz verschrieben werden soll, mit der weder der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin noch der Patient/die Patientin vertraut sind.

Wir danken für die Unterstützung von:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Abbott GmbH, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb GmbH, Gilead Science, GlaxoSmithKline, Hoffmann La Roche AG,

INHALT

Fortsetzung der Bewertung der Auswirkungen des GMG und der Frage, wie ist damit umzugehen.....2

Unterschiedliche Voraussetzungen für die Belastungsgrenze in einer Einsatzgemeinschaft2

1. Der Rentner:2

2. Der Single:3

3. Die Familie:3

Problem für Alleinerziehende4

4. Das binationale Paar4

Weitere relevante Änderungen in anderen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)4

Einbeziehung der bisherigen Berechtigten für die Krankenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in das System der GKV4

Zuzahlung zu den Fahrkosten (auch für Kinder) und weitere Besonderheiten5

Keine Fahrkosten zur ambulanten

Behandlung (Substitution)6

Chronikerregelung6

Beständigkeit der Richtlinien7

Nochmals zur Praxisgebühr7

Härtefälle durch Wegfall der Sozialklausel 7

Bonusregelungen9

Internetapotheken9

„Sanfte“ Medizin9

Fazit:9

Was sollten die Betroffenen konkret tun?..10

Nachtrag zur Bewertung und zur Einschätzung mit dem Umgang mit dem GMG11

Prinzip der Kostenerstattung (§ 13 SGB V) 11

Zusatzversicherungen im Angebot der GKV13



Fortsetzung der Bewertung der Auswirkungen des GMG und der Frage, wie ist damit umzugehen.

Nachdem ich nun einige weitere Informationen zur Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) habe, kann ich verschiedene Punkte konkretisieren. Es liegen noch nicht zu allen Fragen, die sich durch den Gesetzestext ergeben, die Umsetzungsrichtlinien vor, so dass erst nach Eingang dieser Informationen konkrete Aussagen zu allen Fragen möglich sind.

Eigentlich wollte ich ja bereits viel früher diese Fortsetzung schreiben, aber es hat nun unendlich lange gedauert, bis sich die zuständigen Stellen über die Umsetzungsrichtlinien und weitere notwendige Regelungen verständigen konnten. Auch die sog. „Chronikerregelung“ liegt vor und die Ausnahme zu den genehmigungsfähigen Ausnahmen für die Übernahme der Fahrkosten.

Zunächst muss ich noch erwähnen, dass die Feststellung der Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt (BrEzL) darauf beruht, dass die Angaben des Versicherten korrekt sind. Krankenkassen verlangen keinen Einkommenssteuerbescheid (Ausnahme: freiwillig versicherte Selbständige), der im übrigen ja auch immer nachträglich erteilt wird. Zusätzlich sind im Einkommensteuerbescheid keine Zinseinkünfte vermerkt, die unter dem Freibetrag liegen. Auch die Verletztenrente der Berufsgenossenschaft ist weder steuer- noch beitragspflichtig, und zwar in der vollen Höhe, nicht nur in Höhe der anrechnungsfreien Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Auch erfolgt von keiner Seite eine Meldung über Zinseinkünfte an die Krankenkasse. Zusätzlich macht nicht jeder eine Einkommenssteuererklärung und kann von daher auch bei Nachfrage durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) diese nicht vorweisen, damit z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung nachgewiesen werden müssen. Daraus ist ersichtlich, dass es für die Berechnung der BrEzL regelmäßig auf die Ehrlichkeit des Mitgliedes ankommt!

Unterschiedliche Voraussetzungen für die Belastungsgrenze in einer Einsatzgemeinschaft

Wie wird nun damit umgegangen, wenn in einer Familie, die bzgl. der BrEzL gemeinsam bewertet wird, eine Person unter die Regelung der 1 %igen Zuzahlung als schwerwiegend chronisch Kranker fällt und die verbleibende(n) Person(en) nicht?

Dazu gibt es bis jetzt keine endgültige Aussage. Die aktuelle ist die, dass die bisher praktizierte Regelung übernommen werden soll. Danach gilt die Absenkung der Belastungsgrenze für den gesamten Familienhaushalt, wenn mindestens eine Person als schwerwiegend chronisch krank anerkannt ist. Originaltext: „Ob diese auch in der Vergangenheit praktizierte Regelung für die Zukunft Bestand haben kann, wird nach bekannt gewordenen anders lautenden Hinweisen aus dem Hause des BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Ergänzung des Autors) derzeit durch die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Ministerium abgeklärt.“

1. Der Rentner:

Bei einer Belastungsgrenze von 123,00 Euro pro Jahr (s. o.) muss er überlegen, was an tatsächlichen Belastungen voraussichtlich im Jahr auf ihn zukommt.

Gehen wir davon aus, dass er eine Dreierkombi nimmt und zusätzlich noch 3 Medikamente gegen Nebenwirkungen, bzw. für andere Krankheiten. Somit kommen an Zuzahlungen auf ihn zu:

Für die Dreierkombi: (3 mal 10,00 € =) 30,00 € pro Monat, kalkuliert für die anderen Medikamente etwa (3 mal 7,00 € =) 21,00 €. Somit ergibt sich bereits durch die Zuzahlung zu den Medikamenten ein Jahresbetrag i. H. v. (30,00 € + 21,00 € = 51,00 € mal 12 =) 612,00 €. Die Belastungsgrenze ist also deutlich überschritten. Erreicht hat er sie nach etwas über 2 Monaten. Kommen weitere Belastungen hinzu, wie z. B. ein Krankenhausaufenthalt, so sind dazu keine Zuzahlungen zu leisten.



Der Unterschied zu der bisherigen Regelung besteht darin, dass nicht von Anfang an eine Befreiung erfolgen kann, sondern dass zunächst 123,00 € als Zuzahlung zu leisten sind. Danach hat die Krankenkasse wie bisher eine Bescheinigung über die Befreiung zu erteilen.

2. Der Single:

Bei BrEzL in Höhe von 43.380,00 € ergibt sich eine Belastungsgrenze in Höhe von $(43.380,00 \times 2 \% =)$ Euro 867,60 €, für schwerwiegend chronisch Kranke 433,80 €. Eine durchschnittliche Belastung für einen „normal“ gesunden Menschen reicht gewöhnlich im Laufe eines Jahres nicht an diese Grenze heran. Für Menschen mit chronischer Krankheit wird die Rechnung wieder schwieriger. Dies betrifft dann insbesondere die Frage, ob Medikamente über das Internet zu beziehen sind oder über die „Apotheke des Vertrauens“. Gehen wir bei der Modellrechnung von der selben Medikation wie bei dem Rentner unter 1. aus, so ist mit den Zuzahlungen für die Medikamente in Höhe von etwa 612,00 € die Belastungsgrenze bereits überschritten. Dazu kommen noch die Zuzahlungen für die Praxisgebühr für Arzt und Zahnarzt, ggf. für Krankenhausaufenthalt(e), für Physiotherapie (Massagen, Krankengymnastik, u. ä.), für Psychotherapie und was noch so alles anfallen kann.

Hier ist also bei einem Patienten der unter die Chronikerregelung fällt, davon auszugehen, dass wahrscheinlich die Belastungsgrenze im Laufe des Jahres überschritten wird und für den Rest des Jahres eine Befreiung für die weiteren Zuzahlungen besteht.

Der Unterschied zu der bisherigen Regelung liegt also darin, dass jedes Jahr aufs neue Zuzahlungen bis zur persönlichen Belastungsgrenze zu zahlen sind und nicht wie bisher, ab dem 2. Jahr Zuzahlungsfreiheit besteht.

Bei den „normal“ gesunden Patienten ist die Aufwendung für die Zuzahlungen im Laufe eines Jahres höher geworden, wenngleich die Obergrenze von 2 % der BrEzL unverändert gleich ist. Diese hat jedoch bisher kaum jemand erreicht und es wird auch in Zukunft eher unwahrscheinlich sein, dass diese erreicht wird. Die Ausgaben werden jedoch dieser Grenze wesentlich näher kommen als bisher.

Es erscheint aus meiner Sicht jedoch vertretbar, Gesunde etwas mehr zu belasten, da die Obergrenze der Belastungen unverändert geblieben ist. Die Mehrbelastung für „schwerwiegend chronisch Kranke“ erscheint jedoch unverhältnismäßig. Bei ihnen sind die Mehrbelastungen zum einen in der jährlich wiederkehrenden 1 %igen Zuzahlungsbelastung und außerdem sind ja nicht nur im Bereich der Zuzahlungen zu den Krankheitskosten Mehrbelastungen zu suchen, sondern hier treten ja an den verschiedensten Stellen erhebliche Mehrbelastungen auf, die durch die Krankheit bedingt sind.

3. Die Familie:

Die Berechnung der Belastungsgrenze der Familie ist jedoch im ersten Teil dieses Fax-Reports nicht so erfolgt, wie er von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführt wird. Diese führe ich jetzt noch mal durch, sie fällt nach Auffassung der Spitzenverbände günstiger aus!

Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass für jedes familienversicherte Kind nicht der vorgesehene Betrag von 10 % der jährlichen Bezugsgröße, wie auch bereits geschrieben abgezogen wird, sondern der Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 1. Alternative Einkommensteuergesetz (EstG) (zurzeit 1.824,00 €). Dieser ist dann, und das ist die Änderung, nach § 32 Abs. 6 Satz 2 EStG zu verdoppeln. Somit ergibt sich pro Kind ein Absetzungsbeitrag in Höhe von $(1.824,00 \text{ €} \times 2 =)$ 3.648,00 €.

Die neue Berechnung der Belastungsgrenze der Familie ergibt also folgendes: BrEzL minus Freibetrag für die Ehefrau (15 % der jährlichen Bezugsgröße, **2004** = 4.347,00 €) minus Freibeträge für die Kinder gleich maßgebliche BrEzL zur Berechnung der Belastungsgrenze. Im beschriebenen Fall ergibt sich also: $17.928 \text{ €} - 4.347,00 \text{ €} - 3.648,00 \text{ €} - 3.648,00 \text{ €} =$ Euro 6.285,00 €.



Die Belastungsgrenze der beschriebenen Familie ist also bei 2 %iger Belastungsgrenze: 125,70 €. Hier ist abzusehen, dass die Belastungsgrenze auch bei nicht chronisch Kranken überschritten werden wird. Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke, Handhabung zur Zeit s. o., beträgt 62,85 €. Zwar sind die Kinder generell von der Zuzahlung befreit, aber bereits die Zuzahlungen der Eltern reichen voraussichtlich aus, die Belastungsgrenze zu überschreiten.

Problem für Alleinerziehende

Bei der Absetzung der Kinderfreibeträge ergibt sich noch ein weiteres Problem. Der Betrag in Höhe von 3.648,00 € gilt auch für Alleinerziehende. Hier wäre nach § 62 Abs. 2 Satz 2 der Betrag für den 1. im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag von 15 % der Bezugsgröße (2004 = 4.347,00 €) abzuziehen. Nach Satz 3 der gleichen Vorschrift ist jedoch der Kinderfreibetrag in Höhe von 3.648,00 € abzuziehen. Hier gibt es eine Schlechterstellung von Alleinerziehenden. Die Gesetzeslage ist hier eindeutig. Das BMGS ist jedoch bereits auf diese Konsequenzen hingewiesen worden. Es ist jedoch nicht klar, in wie weit hier eine Änderung erfolgt, und zwar in der Form, dass die jeweils günstigere Form zum Tragen kommt.

4. Das binationale Paar

Hier betragen die relevanten BrEzL 44.800,00 € minus Freibetrag für den Lebenspartner (2004 = 4.347,00 €) 40.453,00 €. Somit ist die Belastungsgrenze entweder (2 % =) 809,06 € oder (1 % =) 404,53 €.

Bei der 1 %igen Belastungsgrenze ist zu überlegen, was außer den Zuzahlungen zu den Medikamenten möglicherweise noch an anderen Zuzahlungen auflaufen wird. Gehen wir davon aus, dass für beide Partner die 10,00 € Praxisgebühr in jedem Quartal anfallen. Dies sind bei einem zusätzlichen Zahnarztbesuch im Jahr (nicht zur Vorsorgeuntersuchung, sondern wegen Beschwerden) bereits 100,00 €. Kommt dann noch ein Krankenhausaufenthalt dazu, so ist zu vermuten, dass auch in diesem Fall die Grenze überschritten werden kann.

Bei der 2 %igen Grenze von 809,06 € ist normalerweise nicht zu erwarten, dass diese Grenze überschritten werden wird.

Internetapotheke ja oder nein, dazu unten mehr.

Weitere relevante Änderungen in anderen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Einbeziehung der bisherigen Berechtigten für die Krankenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in das System der GKV

Mit dem GMG sind auch die Menschen in das System der GKV eingebunden worden, die bisher Krankenhilfe nach dem BSHG erhalten haben. Dazu wurde § 264 so ergänzt, dass Empfänger von laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt und Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen, die bisher nicht GKV-versichert waren, sich jetzt bei einer selbst gewählten Krankenkasse melden und dort auch aufgenommen werden müssen.

Dabei nimmt der Haushaltsvorstand das Wahlrecht bzgl. der Krankenkasse war. Die so Versicherten erhalten wie jeder andere Versicherte auch eine Krankenversichertenkarte (KV-Karte). Der Versichertenstatus auf der KV-Karte ist analog wie bei „normal“ Versicherten, d. h. der Haushaltsvorstand wird als Mitglied geführt, nach Vollendung des 65. Lebensjahres als Rentner, die Haushaltsangehörigen als Familienversicherte. Das hat den Vorteil, dass nicht jedes Mal beim Sozialamt ein Behandlungsschein abgeholt werden muss. Außerdem ist man dadurch nicht mehr sofort als Sozialhilfeempfänger durch andere Personen bei der Anmeldung beim Arzt erkennbar.



Da es keine Befreiung von der Zuzahlung von Anfang an mehr gibt wie bisher (Sozialklausel), ist hier ein Sonderweg für die BrEzL gewählt worden. Für die Zuzahlung greift man auf den Regelsatz für den Haushaltsvorstand zurück. Er gilt als Gesamt-BrEzL für die Einsatzgemeinschaft.

Dies gilt auch für Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BVG oder in entsprechender Anwendung desselben erhalten, sowie für Menschen, die Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GsiG) erhalten. Auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Somit ergibt sich, am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen, eine Zuzahlungsgrenze in 2004 bei einem Regelsatz für den Haushaltsvorstand von 296,00 € bei einer Belastungsgrenze von 2 % ($296 \times 12 = 3.552,00 \text{ €} \times 2 \% =$) 71,04 € im Jahr. Zu den sich ergebenden Härtefällen, nicht nur für Sozialhilfeempfänger, siehe unten. Die 1 %ige Belastungsgrenze beträgt demzufolge 35,52 €.

Zuzahlung zu den Fahrkosten (auch für Kinder) und weitere Besonderheiten

Obschon Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben ansonsten von den Zuzahlungen befreit sind, gelten bei den Fahrkosten die gleichen Regelungen wie bei Erwachsenen. Auch hier sind 10 % der Fahrkosten, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 € als Eigenbeteiligung zu zahlen.

Weiterhin kann es nach Auffassung der Spitzenverbände bei der bisher vom Gesetzgeber offensichtlich gewollten Gleichbehandlung für die Übernahme der Fahrkosten zu Behandlungen bleiben, bei denen Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Hier kommt es bei der Zuzahlung nur auf die erste und letzte Fahrt an.

Dies gilt allerdings nicht für die Fallgestaltungen, die in dem neu definierten Kriterienkatalog der besonderen Ausnahmen zur Kostenübernahmemöglichkeit bei Fahrten zur ambulanten Behandlung aufgenommen worden sind. Hier fehlt es nämlich bei den Behandlungsserien an der „krankenhausersetzenden“ Gesamtsituation.

Eine Zuzahlung ist im übrigen nach wie vor nicht bei einer Fahrt zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu entrichten.

Inhalt der Krankentransportrichtlinien ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden,

- die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder H (hilflos) haben,
- oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

Weiterhin sind die Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung:

- Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss.
- Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrten zur

- ambulanten Dialyse,
- onkologischen Strahlentherapie
- oder onkologischen Chemotherapie

können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Bei ihnen werden die o. g. Bedingungen nicht geprüft, sondern es wird unterstellt, dass die Übernahme der Fahrkosten medizinisch und sozial notwendig ist. Diese Liste ist nicht abschließend.

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis.



Achtung: Die Übernahme der Fahrkosten muss vorher durch die Krankenkasse bewilligt werden, sonst kann es sein, dass der Patient auf den Kosten selbst sitzen bleibt.

Keine Fahrkosten zur ambulanten Behandlung (Substitution)

Ein besonderer Härtefall ist auch in der Substitutionsbehandlung (ex-) drogengebrauchern-der Menschen zu sehen. Die bisherige Regelung der Übernahme der Fahrkosten zur Therapie gibt es nicht mehr. Dieses Problem in Verbindung mit der nicht mehr gegebenen Befreiung von der Zuzahlung im Rahmen der bisherigen Sozialklausel sowie die zusätzliche Praxisgebühr ist für viele nicht mehr zu bezahlen. Ggf. ist hier an eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu denken.

Hierzu gibt es aktuell vom 14.01.2004 eine vorläufige Verpflichtung des Sozialamtes der Stadt Braunschweig durch das Verwaltungsgericht Braunschweig, Aktenzeichen: 4 B 64/04, zur Übernahme der Rezeptgebühr und der Praxisgebühr für das zweite Quartal 2004 in Gestalt einer einstweiligen Anordnung. Die 4. Kammer hat es als ungeklärt erachtet, ob die aktuellen Regelsätze als ausreichend erachtet werden, um auch die Eigenanteile tragen zu können. Hier bedarf es noch einer Klarstellung durch den Gesetzgeber.

Da aber im dort verhandelten Fall im Rahmen einer Interessenabwägung festgestellt wurde, dass die getroffene Regelung notwendig war (mögliche Grundrechtsbetroffenheit des Antragstellers), um wesentliche Nachteile von dem Antragsteller abzuwenden, konnten die Interessen des Sozialamtes, nämlich die als geringfügig beurteilten monetären Interessen, nicht zum Erfolg führen.

Damit wurde jedoch noch nicht in der Hauptsache entschieden. Dies kann erst erfolgen, wenn eine Klärung durch den Gesetzgeber erfolgt ist.

Chronikerregelung

Die so genannte Chronikerregelung, die der erst seit dem 1. Januar 2004 kraft Gesetz eingesetzte und am 13. Januar 2004 konstituierte *Gemeinsame Bundesausschuss* aufgrund der politischen Vorgaben jetzt unter erheblichem Zeitdruck neu beschlossen hat, sieht vor, dass als schwerwiegend chronisch krank gilt,

- wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal)

und außerdem (mindestens) eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

oder

- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.

oder

- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Hier sind also keine Krankheiten konkret mit Namen benannt, es kommt also auf die tatsächlichen Auswirkungen an. Dies ist eine parallele Gestaltung wie im Schwerbehindertenrecht.



Eine therapiepflichtige HIV-Erkrankung oder das Vollbild Aids erfüllen jedoch die genannten Kriterien, zumindest in der ersten Forderung der Dauerbehandlung (1. Voraussetzung) und der letzten „oder-Bedingung“.

Beständigkeit der Richtlinien

Beide Richtlinien bedürfen auch in Zukunft einer regelmäßigen Überprüfung, um gegebenenfalls erkennbaren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken oder veränderte Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Auswirkungen beider Richtlinien werden zum 31. Dezember 2004 überprüft. Das BMGS hat beiden Richtlinienbeschlüssen zugestimmt.

Nochmals zur Praxisgebühr

Die Praxisgebühr ist nicht nur bei der Behandlung in der Arztpraxis zu bezahlen. Sie wird auch fällig, wenn der Patient ohne Überweisung vom Hausarzt direkt einen Facharzt aufsucht. Auch wenn im konkreten Fall ein sofort behandlungsbedürftiger Notfall vorliegt, muss der Weg zunächst zum Hausarzt führen.

Das bedeutet, dass auch in einem Fall, der völlig klar ist, wie z. B. ein Knochenbruch oder bei Gesichtsfeldausfällen, die sich auch tatsächlich als CMV-Retinitis herausstellen, die erneute Zahlung der Praxisgebühr vermieden werden kann, wenn zuerst der Hausarzt aufgesucht und eine Überweisung abgeholt wird. Eine nachträgliche Vorlage der Überweisung hilft nicht, die zusätzliche Praxisgebühr wird nicht zurückerstattet.

Nicht geklärt ist, ob die zusätzliche Praxisgebühr zum Erreichen der Belastungsgrenze mit berücksichtigt wird. Hier wird es wahrscheinlich zunächst auf die Kulanz der Krankenkasse ankommen. Für Menschen, die so oder so ihre Belastungsgrenze erreichen, wirkt sich dies dann entweder kostenneutral (wenn sie berücksichtigt werden) aus oder sie sind als zusätzliche Kosten zu veranschlagen.

Hier noch verschiedene Fälle, die noch nicht geklärt sind:

1. Ein Patient, der Zahnschmerzen hat, darüber hinaus eine Neurose und zu allem Überfluss auch noch Kniegelenkbeschwerden. Zunächst muss er eine Zuzahlung beim Zahnarzt entrichten. Die zweite Zuzahlung wird dann beim Psychotherapeuten fällig. Doch dann wird's kompliziert. Da der psychologische Psychotherapeut lt. Psychotherapeutengesetz nicht berechtigt ist, Überweisungen auszustellen, muss ein „Überweisungsanalogon“ eingeführt werden. Im Klartext: Anstelle einer Überweisung muss eine Quittung oder der Eintrag in einem Nachweisheft der Krankenkasse ausreichen.
2. Unklar ist auch, wie es mit der Überweisung vom Facharzt zum Hausarzt aussieht. Hat ein Patient einen fraglichen „Hexenschuss“ und geht damit zum Orthopäden, der nach Abklärung des Hexenschusses den Patient zur weiteren Abklärung zum Hausarzt überweist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht davon aus, dass beim Hausarzt keine weitere Praxisgebühr zu zahlen ist. Aber es bleibt die Frage, wer überweist zu anderen Ärzten weiter?
3. Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxen: In fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen wird die Praxisgebühr nur einmal fällig – egal wie oft der Patient innerhalb eines Quartals die Ärzte dieser Praxis konsultiert. Bei Praxisgemeinschaften sieht es anders aus. Sucht ein Patient in einem Quartal zwei Ärzte einer Praxisgemeinschaft ohne Überweisung auf, muss er auch zweimal Praxisgebühr zahlen. Noch völlig unklar ist die Regelung beim Arztbesuch in einem Vorsorgezentrum.

Härtefälle durch Wegfall der Sozialklausel

Durch den Wegfall der bisherigen Sozialklausel, also der Befreiung von der Zuzahlung von Anfang an aufgrund geringer Einkünfte haben sich schwerwiegende soziale Härtefälle ergeben. Ich gehe davon aus, dass der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat dies in ihrer unter erheblichem Zeitdruck zustande gekommenen Einigung gar nicht überblickt hat. Sollte dies aber der Fall sein, so war es mehr als unverantwortlich!



Hier muss dringend nachgebessert werden. Ich will hier nur einige Fälle dieser Härten nennen.

Die zusätzliche Belastung von Drogengebern, die substituiert werden, kann von vielen nicht getragen werden. Siehe dazu auch oben unter Fahrkosten. Insbesondere Sozialhilfeempfänger und andere, finanziell ähnlich schwach gestellte Personen sind hier besonders betroffen. Wie auch das Verwaltungsgericht Braunschweig festgestellt hat, kann hier eine Grundrechtsverletzung der Betroffenen vorliegen, da noch nicht geklärt ist, ob das sog. „sozio-kulturelle“ Existenzminimum (Sozialhilfe) durch das Gesetz um die Zuzahlungen zu den Krankheitskosten gekürzt werden darf.

Andere Personen, die keine Sozialhilfe beziehen, da sie nur geringfügig über dem persönlichen sozialhilferechtlichen Bedarf liegen, sind noch schlechter gestellt, da bei ihnen die volle Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze zuschlägt. Hier werden, wie oben aufgezeigt, alle Einkünfte zum Lebensunterhalt für deren Berechnung herangezogen. Dies bedeutet, dass im konkreten Fall, diese Personen eine erheblich höhere Zuzahlungsgrenze haben und unter dem Strich weit weniger Geld zur Verfügung haben, als die Sozialhilfeempfänger, da bei diesen nur der Regelsatz zu deren Berechnung herangezogen wird.

Bei Heimbewohnern, denen nur noch ein Taschengeld zur persönlichen Verfügung steht schlägt die Härte der Zuzahlungen auch ganz brutal zu. Diese müssen vom Taschengeld ja auch kleinere Anschaffungen wie Kosmetik und Körperpflege, Frisörbesuche u. ä. bezahlen.

Das große Problem, dass sich bei den bisher genannten Personenkreisen ergibt, ist insbesondere, dass die Zuzahlung bereits sehr oft in den ersten Monaten des Jahres in voller Höhe fällig wird, so dass in dieser Zeit, wenn sie überhaupt erbracht werden kann, keine Mittel für irgend eine andere Ausgabe im persönlichen Bereich mehr zur Verfügung stehen.

Zwischenzeitlich, aber in vielen Fällen für das laufende Jahr leider zu spät, haben einige Krankenkassen angeboten, den Betrag der zuvor errechneten Belastungsgrenze in 12 Monatsraten direkt vom Patienten einzuziehen und im Gegenzug eine Befreiung von der Zuzahlung zu erteilen. Dies wird jedoch wahrscheinlich dann wieder eingestellt, wenn den Kassen die ersten Vermögensschäden entstanden sind. Dies ist nämlich beispielsweise dann der Fall, wenn der so Befreite im Laufe eines Jahres stirbt und mehr in Anspruch genommen hat, als er bereits Zuzahlung geleistet hat.

Weiterhin kommt dazu, dass die Kosten für die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die selbst bezahlt werden müssen, auch nicht beim Erreichen der persönlichen Belastungsgrenze berücksichtigt werden. Die meisten, sozial schwachen Menschen können sich deshalb viele Medikamente gar nicht mehr leisten, auch wenn sie ihnen wirklich helfen. Die noch zu erstellende Liste - die spätestens Ende März 2004 verabschiedet werden wird - der weiterhin verordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die als Begleitmedikation zum Therapiestandard bestimmter Krankheiten gehören, wird auch mit Sicherheit sehr kurz sein.

Ob die zusätzliche Praxisgebühr mit berücksichtigt werden wird, scheint fraglich (s. o.). Die bisherige Praxis, dass viele Apotheken bei HIV-Patienten auf die Zuzahlung verzichtet haben, ist nicht mehr zu halten. Apotheken, für die Menschen mit HIV bisher sehr lukrative Kunden waren, erhalten nämlich nur noch pro Medikament 8,10 €, davon wird noch ein Kassenrabatt von 2 % abgezogen, d. h. es verbleiben 6,37 € „Beratungsgebühr“, dazu kommen noch 3 % vom Einkaufspreis (EK). Um zu verdeutlichen, was das heißt, hier ein paar Beispiele: im EK kosten 60 Eпивir 211,00 €, 60 Retrovir 236,00 €, 90 Sustiva, 200 mg, 354,00 €, 5 X 36 Kaletra 532,00 €, 480 Agenerase 529,00 €, 4 X 84 Norvir 495,00 €. Die Apotheken erhalten also zwischen 6,33 € und 15,96 € plus jeweils die o. g. 6,37 €. Damit ist kein Verzicht auf die Zuzahlung von 10,00 € pro Packung mehr möglich. Die Zeiten, in denen man HIV-Patienten in den Apotheken den sprichwörtlichen roten Teppich ausgerollt hat, gehören der Vergangenheit an!



Bonusregelungen

Die Krankenkassen sind jetzt in der Lage, so genannte Bonusregelungen insbesondere für gesundheitsbewusstes Verhalten anzubieten. Was bisher bekannt ist, sind dies leider Programme, die nur für gesunde Menschen wirklich taugen, bzw., die mit weiteren Kosten, wie z. B. der Mitgliedsgebühr in einem Sportverein oder einem Fitnesscenter, verbunden sind. Dafür kann man dann eine Bratpfanne o. ä. erhalten (siehe Report München). Es soll jedoch auch Krankenkassen geben, die in naher Zukunft Hausarztmodelle anbieten und dafür z. B. auf die Praxisgebühr verzichten.

Internetapotheken

Der jetzt zugelassene Versandhandel für Medikamente hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Vorteil ist, dass das wohl praktizierte Erlassen der Zuzahlung für alle, die ihre Belastungsgrenze nicht erreichen, den Geldbeutel schont. Nachteil ist aber, dass die auch von den Internetapotheken erhobenen Versandkosten (soweit bekannt 3,00 €) nicht für die Belastungsgrenze berücksichtigt werden.

Außerdem kommt dazu, dass man wirklich immer konsequent planen muss, wann Medikamente geordert werden müssen, da hier nicht die Möglichkeit besteht, sich „mal eben“ Medikamente direkt abzuholen und das Rezept dann nachzureichen. Bei meiner Apotheke, bei der ich Stammkunde bin, war dies bisher möglich und das bleibt auch so.

„Sanfte“ Medizin

Die sog. sanfte Medizin ist mit dieser Gesundheits„reform“ nur noch für Leute zugänglich, die über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, da sie durch die GKV nicht mehr erstattet werden. Ausnahme bildet lediglich in bestimmten Bereichen und bei einigen Kassen die Akupunktur. Hier gibt es Sonderprogramme, die es erlauben, dass in bestimmten Fällen die Kosten noch im Rahmen von festgelegten Sätzen erstattet werden.

Fazit:

Dieses sog. Gesundheits–Modernisierungs–Gesetz ist in fast allen Bereichen ein Rückschritt mit der Folge, dass es um die medizinische Versorgung vieler Menschen erheblich schlechter gestellt sein wird als bisher. Eine konsequente, qualitätsorientierte Politik kann ich nicht erkennen. Die Belastungen sind mit absolutem Schwerpunkt den Patienten, insbesondere den sozial Schwachen, aufgeladen worden. Der Grundsatz der deutschen Sozialversicherungen, dass schwache Schultern wenig und starke Schultern viel tragen sollen, ist hier verlassen worden.

Das bereits bestehende Gesundheitsrisiko für sozial schwache Menschen ist noch erheblich erhöht worden. Bekanntermaßen ist auch das Mortalitätsrisiko bei Armut erheblich höher als für Menschen mit guten finanziellen Möglichkeiten. Dies ist jetzt noch wesentlich höher geworden.

So kann das Gesetz nicht auf Dauer bestehen bleiben. Nachbesserungen, wie oben bereits erwähnt, sind dringend notwendig. Die handwerklichen Fehler müssen korrigiert werden. Eine Sozialklausel muss wieder eingeführt werden! Auch muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Personen, die nur knapp über Sozialhilfeniveau mit ihren Einkünften liegen, jetzt sogar noch schlechter gestellt sind als Sozialhilfeempfänger. Zunächst muss klar sein, ob das Niveau der Sozialhilfe tatsächlich um die Krankheitskosten gekürzt werden darf.

Bekanntermaßen liegt ja auch ein Gesetzentwurf vor, der die Sozialhilfe „reformieren“ soll. Darin sind, gerade was die Mehrbedarfzuschläge betrifft, nicht unerhebliche Kürzungen vorgesehen. Dies hätte dann auch Auswirkungen auf andere Bereiche, wie z. B. die Grundversicherung.



Zumindest eine Gleichbehandlung von Sozialhilfeempfängern und anderen Menschen wäre in soweit problemlos zu erreichen, wenn der sozialhilferechtliche Bedarf bei allen nur mit dem Regelsatz angesetzt würde und das darüber hinausgehende Einkommen dann in der gesetzlich vorgesehen Weise behandelt würde, also mit 1 % oder 2 % als Zuzahlung einzusetzen wäre.

Was sollten die Betroffenen konkret tun?

Die wesentliche Folge des GMG ist, dass im Gegensatz zu bisher, sehr viele Menschen bzgl. ihrer Zuzahlungen die persönliche Belastungsgrenze erreichen werden. Deshalb ist es dringend geboten, dass *jeder* alle relevanten Zuzahlungsbelege sammelt. Außerdem muss man sich bereits zum Jahresbeginn die eigene persönliche Belastungsgrenze ausrechnen (lassen). Wenn man diese kennt, muss man überlegen, was möglicherweise, insbesondere an bekannten Zuzahlungen auf einen zukommt. Danach muss dann entschieden werden, wie denn zu verfahren ist. Dies gilt insbesondere auch für den Rückgriff auf die Internetapotheken.

Es ist also auch von besonderer Bedeutung, dass fähige Berater die Patienten über alles aufklären und ihnen helfen, mit möglichst geringen Kosten über die Runden zu kommen.

Hier noch einige interessante Internetadressen:

- www.bmgs.bund.de dort kann man sich auch in deren Mailingliste eintragen lassen. Man erhält dann teilweise uninteressanten Müll, aber auch sehr interessante Informationen, die man halt von der „Schönfärberei“ befreien muss.
- www.bmwa.bund.de dort erhält man Informationen vom Arbeitsministerium
- www.die-gesundheitsreform.de dort stehen (natürlich entsprechend schön gefärbte) Informationen zur Gesundheitsreform
- www.rententips.de sehr zu empfehlen, hier findet man u. a. alle Teile des Sozialgesetzbuches
- www.gemeinsamer-bundesausschuss.de dort kann man alle vom Ausschuss getroffenen Beschlüsse nachlesen



Nachtrag zur Bewertung und zur Einschätzung mit dem Umgang mit dem GMG

Prinzip der Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

Das Prinzip der Kostenerstattung ist im System der GKV nichts neues. Neu ist lediglich, dass seit Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 diese Möglichkeit jetzt allen Versicherten zugänglich ist. Bislang war es nur freiwillig Versicherten und deren nach § 10 SGB V familienversicherten Familienangehörigen möglich, statt der sonstigen Praxis des Sachleistungsprinzips, Kostenerstattung zu wählen. Es kann auch in einer Familie von jedem Versicherten seine Form der Versorgung gewählt werden. Wenn das Mitglied Kostenerstattung wählt, kann das familienversicherte Kind oder der/die Ehegatte/in oder Lebenspartner das Sachleistungsprinzip wählen und umgekehrt.

Das so genannte Sachleistungsprinzip bedeutet, dass der Leistungsempfänger (Patient) mit der Abrechnung der Kosten nichts zu tun hat. Diese erfolgt direkt zwischen Leistungserbringer (Arzt, Krankengymnast, Masseur, Apotheker, u. ä.) und der zuständigen Krankenkasse.

Bei der Kostenerstattung rechnet der Leistungserbringer direkt mit dem Patienten ab. Der Patient muss also die Kosten zunächst wie Privatversicherte selbst bezahlen. Danach reicht er die Rechnung bei der Krankenkasse ein und die erstattet dann die sog. „erstattungsfähigen“ Kosten.

Und genau das ist eines der Probleme. Die erstattungsfähigen Kosten sind nicht identisch mit den tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten. Dazu kommt es, indem zunächst das ärztliche Honorar schon erheblich höher ist, als das, was Ärzte beim Sachleistungsprinzip abrechnen können. Bei der direkten Abrechnung mit der Krankenkasse ist das ärztliche Honorar mit dem Faktor 1 zu belegen. Bei der Erstattung wird das Honorar jedoch regelmäßig mit dem Faktor 2,3 multipliziert. Das bedeutet, dass schon der 1,3-fache Honorarsatz beim Patienten hängen bleibt, da der Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Das ist jedoch noch nicht alles. Die Satzung der Krankenkasse hat lt. Gesetz ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Hiermit wird also bestimmt, dass selbst die „normalen“ Kosten, die bei Sachleistung bezahlt würden, noch gekürzt werden.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Regelung, dass wenn Kostenerstattung, dann bei allem Kostenerstattung. Man kann nicht nur für einen Teilbereich, z. B. für die ambulante Behandlung, die Kostenerstattung und für den stationären Bereich das Sachleistungsprinzip zu wählen. Und da wird es dann richtig teuer.

Für die Berechnung des Erstattungsbetrags empfehlen die Spitzenverbände, und so wird es wohl auch umgesetzt werden, folgende Vorgehensweise:

grundsätzlich erstattungsfähiger Rechnungsbetrag
./ . Rabatte (die die Krankenkassen von den Leistungserbringern erhalten, die aber diejenigen, die Kostenerstattung wählen, nicht erhalten)
./ . Zuzahlungen
Erstattungsbetrag vor Abschlag
./ . Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten
= Erstattungsbetrag



Ein drittes Problem ist die zeitliche Bindung der Wahl des Kostenerstattungsprinzips. Die Versicherten sind nämlich an die Wahl ein Jahr lang gebunden. Ein Problem kann sich dann ergeben, wenn ein bisher finanziell gut gestellter Versicherter plötzlich verarmt, z. B. bei Arbeitslosigkeit oder anderen unvorhergesehenen Lebenslagen. Außerdem darf man nicht Tatsache unterschätzen, dass die Kosten, insbesondere bei der Behandlung einer HIV- oder Aids-Erkrankung und die Arzneimittelkosten bei einer HAART sehr hoch sind und zunächst vom Patienten vorzustrecken sind. Erst nach einer gewissen Zeit wird die Kostenerstattung durch die Krankenkassen beim Patienten auf dem Konto eintreffen. Da muss man erst die Möglichkeit haben, diese Zeit finanziell zu überbrücken.

Die Kostenerstattung kann also ein durchaus nicht zu unterschätzendes Problem darstellen. Mann muss sich also unbedingt ganz klar darüber sein, dass die Kostenerstattung mit sehr hohen zusätzlichen Kosten verbunden ist. Natürlich ist es verlockend, als Privatpatient beim Arzt behandelt zu werden. Dennoch muss man sich vorher Gedanken darüber machen, ob man diese Kosten schultern kann und ob das auch für mindestens ein Jahr möglich sein wird. Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet, die Versicherten vor Ausübung der Wahl über das Kostenrisiko zu beraten. Diesbezüglich empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen auch eine schriftliche Bestätigung vom Versicherten dahingehend zu verlangen, dass er über das Kostenrisiko informiert worden ist.

Es gibt bei der Wahl aber auch Vorteile. Es können von diesen Versicherten auch Leistungserbringer gewählt werden, die keine Zulassung als Vertragspartner haben. Jedoch ist dies nicht so zu verstehen, dass z. B. die Behandlung beim Heilpraktiker im Rahmen der Kostenerstattung doch durch die GKV übernommen wird. Es können nur die Kosten solcher Leistungserbringer übernommen werden, die dem Grunde nach auch im Sachleistungsprinzip erstattet werden würden. Es handelt sich hierbei insbesondere um Ärzte, die keine Kassenzulassung beantragt haben.

Zusätzlich können in bestimmten Ausnahmefällen auch Kosten für eine Behandlung im Ausland erstattet werden. Dies sind jedoch, genau wie die o. g. Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern eher die Ausnahme, als die Regel. Aber auch beim Sachleistungsprinzip kann in bestimmten Ausnahmefällen Behandlung im Ausland erstattet werden.

Insgesamt kann ich aus meiner Perspektive jedem Menschen mit HIV und Aids, der seinem Geldbeutel nicht böse ist, vom Kostenerstattungsprinzip nur abraten. Die zu erwartenden, zusätzlichen Kosten, die auf die Betroffenen zukommen, sind immens. Wer unbedingt zusätzliche Gelder ausgeben will, kann dies auch tun, indem er sich zusätzliche Leistungen direkt einkauft. Das sichert zumindest für den Sachleistungsbereich die volle Kostenübernahme durch die Krankenkassen und die Rabatte, welche die Krankenkassen von den Leistungserbringern erhalten.



Zusatzversicherungen im Angebot der GKV

Die GKVn haben mittlerweile die Möglichkeit, private Zusatzversicherungen anzubieten, für Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen worden sind oder ganz stark gekürzt wurden. Diese Möglichkeit haben die meisten Krankenkassen auch wahrgenommen.

Die privaten Zusatzversicherungen sind jedoch nach privatrechtlichen Regeln organisiert. Hier ist zu beachten, dass die Versicherungen im Gegensatz zur GKV nicht dem so genannten Kontrahierungszwang unterliegen. Das bedeutet, die Versicherungen müssen nicht jeden Menschen versichern, sondern können ohne Angabe von Gründen eine Versicherung ablehnen. Alternativ können sie auch Risikozuschläge erheben, wenn das zu versichernde Risiko über das hinausgeht, was in der Grundlage für die Berechnung des Beitrags zugrunde gelegt wurde.

Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass GKV und Privatversicherungen nach unterschiedlichen Prinzipien arbeiten. Die GKV arbeitet nach dem Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass nach dem finanziellen Leistungsvermögen die Beiträge zu zahlen sind und ebenso auch die Kosten für die Zuzahlungen (so war es zumindest bisher) Privatversicherungen arbeiten nach dem so genannten Äquivalenzprinzip, d. h., die Beiträge werden nach dem zu versichernden Risiko berechnet. Das bedeutet, je höher das Risiko, um so höher der Beitrag. Bei Menschen mit HIV und Aids ist das Risiko bei manchen Arten von Versicherungen das Risiko naturgemäß sehr erhöht.

Zusätzlich kann, wie bereits o. g., die Gesellschaft eine Versicherung komplett ablehnen, wenn ihnen das Kostenrisiko zu hoch erscheint.

Weiterhin muss man auch ganz genau hinschauen, was denn wirklich an Leistungen angeboten wird und ob man das angebotene Paket auch im vorgesehen Umfang braucht. Es ist immer zu empfehlen, vor Abschluss beim Vertragspartner der GKV auch Angebote von anderen Versicherungen zu prüfen und insbesondere das für den Einzelnen notwendige Leistungspaket zu wählen.