

Neuregelung der Zuzahlungsbefreiung für schwerwiegend chronisch Kranke

Am 1.1.2004 traten mit dem GKV-Modernisierungsgesetz drastische Zuzahlungserhöhungen für Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen in Kraft sowie erstmals eine Eintrittsgebühr zum Arzt. Damit werden die Kranken gegenüber den Gesunden, also den „noch nicht oder gerade nicht Kranken“ überproportional belastet. Zudem muss jeder gesetzlich Krankenversicherte alle diese Zuzahlungen im Kalenderjahr leisten, unabhängig wie gering auch immer sein verfügbares Nettoeinkommen ist, bis die sog. Belastungsgrenze nach § 62 SGB V (5. Sozialgesetzbuch) erreicht ist. Erst wenn die Zuzahlungen diese Grenze überschreiten, so hat die Krankenkasse dem Patienten eine Bescheinigung über die Zuzahlungsbefreiung für den Rest des Jahres zu erteilen.

Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 % des Bruttoeinkommens des Patienten, genauer gesagt der Familie des Patienten. Je nach Erkrankung und Familieneinkommen kann die Belastungsgrenze bereits im ersten Monat des Jahres erreicht worden sein.

Bei chronisch kranken Menschen „die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind“, beträgt nach § 62 SGB V die Belastungsgrenze nur 1 % des Bruttoeinkommens. Entscheidend ist daher die genaue Definition einer „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, in dem seit diesem Jahr erstmals auch Patientenvertreter beratend mitwirken.

Dennoch hatte das Vorgängergremium, der „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, ja auf seiner letzten Sitzung am 15.12.2003 noch ohne Patientenbeteiligung eine solche Definition beschlossen und extrem eng gefasst, so dass nur Menschen mit Pflegestufe II und III sowie mit einem Grad der Behinderung von 70 % als schwerwiegend chronisch krank gelten sollten. Dies hätte eine erhebliche Verschlechterung gegenüber der bisherigen Regelung gebracht, und war daher zu Recht vom Bundesgesundheitsministerium nicht genehmigt worden.

Nicht zuletzt durch die Fachkompetenz der Patientenvertreter/innen wurde auf der zweiten Sitzung des neuen „Gemeinsamen Bundesausschusses“ noch im Januar die neue Definition „schwerwiegend chronisch Kranker“ verabschiedet.

Demnach gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch mindestens einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang mittels einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- 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 chronische Krankheit begründet sein muß.
- 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 der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen

Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Das dritte Kriterium der erheblichen „kontinuierlichen medizinischen Versorgung“ stellt eine erfreuliche Ausweitung gegenüber der Beschlusslage des alten Bundesausschusses dar. Als schwerwiegend chronisch krank kann nämlich nun auch derjenige Patient gelten, dessen Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigt wäre, wenn die ärztliche Versorgung abgebrochen würde. Dieser Umstand kann durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Dass diese Öffnungsklausel erreicht werden konnte, ist auch auf die Mitwirkung der Patientenvertreter im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses zurück zu führen.

Dennoch werden gegenüber der alten Befreiungsregelung für chronisch Kranke eine Reihe von Mitbetroffenen von der neuen Regelung nicht mehr erfasst werden, d.h. für diese wird die abgesenkte Belastungsgrenze von 1 % statt 2 % des Familienbruttojahreseinkommens nicht mehr zum Tragen kommen können.

Aber auch die anderen, die unter die neue Regelung fallen, werden nun mehr Begründungsaufwand in der Vorbereitung ihres Befreiungsantrags bei ihrer Krankenkasse haben.

Nicht nur alle Zuzahlungsbelege sind zu sammeln, wie bislang auch schon, sondern die Arztbesuche sind nachzuweisen, mindestens einmal im Quartal wegen der oder den chronischen Erkrankung(en), mittels Sonderbescheinigung der Praxis, und die erhebliche „kontinuierliche medizinische Versorgung“ wegen der oder den chronischen Erkrankung(en) muß vom Arzt im Einzelfall attestiert werden.

Also fragen Sie rechtzeitig Ihren Arzt und bitten Sie ihn um die entsprechende Ausstellung dieser Bescheinigung, wenn bei Ihnen die Voraussetzungen erfüllt sind. Übrigens können die Ärzte für das Ausstellen dieser Bescheinigung die Nr. 71 BMÄ/E-GO der Krankenkasse in Rechnung stellen.

Bei der Sarkoidose mit ihren oftmals schubartigen Krankheitsverläufen müssten Sie vielleicht darauf auch gezielt hinweisen, da der Versorgungsaufwand ja durchaus im Einzelfall ebenso schubartig wie die Krankheit verlaufen kann, aber deshalb immer noch chronisch ist. Zum Standard würde dann auch gehören, daß bei der Planung der Arzttermine von den chronisch Kranken darauf zu achten ist, daß man mindestens 1-mal im Quartal wegen der chronischen Krankheit beim Arzt war.

Desweiteren befinden Sie sich auf der sicheren Seite, wenn Sie Kopien aller ärztlichen Befunde und jeweils eine Bescheinigung über jeden Arztbesuch (etwa eine solche zur Vorlage beim Arbeitgeber) bei Ihren Unterlagen besitzen, um auch bei evtl. Arztwechsel oder Umzug eine Dauerbehandlung wegen derselben Erkrankung über ein Jahr zurück belegen zu könnten.

Bedenken Sie, dass es sogar bei einer ungerechtfertigten Verwehrung einer solchen Bescheinigung zum Rechtsstreit mit ihrem Arzt kommen könnte.

Je nachdem wie detailliert diese Bescheinigung bei der einen oder anderen Krankenkasse sein muss, bevor sie anerkannt würde, könnten auch Auseinandersetzungen mit ihrer Krankenkasse anstehen. Denn die Parole von Politik und Krankenkassen an die Ärzteschaft mit Blickrichtung „Sparen“ könnte lauten: Verwehren der Bescheinigung solange es geht – sprich solange der Patient es sich gefallen liese.

Der verantwortliche Umgang mit dieser Bescheinigung obliegt Ärzten und Patienten gemeinsam, damit nicht auch noch das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient zusätzlich belastet würde.

Probleme sind auch zu erwarten, wenn aus den Begründungen von GbB-Bescheiden, die laut der jeweils anderen gesetzlichen Basis keine direkte Verbindung zu einer speziellen Krankheit (Indikation) kennen müssten oder gar einen Ursachenzusammenhang beschreiben müssten, welche der Krankheiten bzw. Schädigungen (akute, chronische, Unfall, Opfer einer Straftat etc.) denn nun zur Behinderteneigenschaft bzw. zur Einschränkung der Erwerbsfähigkeit Anlaß gegeben hätten. Hier verbergen sich natürlich neue Widerspruchsgründe bzw. Erfordnis zu erweiternden Anträgen, wenn die Bescheide dann nicht alle Tatsachen vollständig und jeweils aktuell aufführen, um auch als Basis für die Befreiungsbescheide der Krankenkassen dienen zu können.

Somit beschert diese neue Regelung nicht nur den Patienten und Ärzten, Apotheken und Krankenkassen, sondern auch noch den Versorgungsämtern diesen Verwaltungsmehraufwand. Natürlich auf Kosten von uns gesetzlich Versicherten. Hier ist sicherlich die Flexibilität der Krankenkassen bei der Umsetzung gefragt, um diesen Verwaltungsmehraufwand für alle in Grenzen halten zu können.

Bitte denken Sie an die Originalquittungen aller Zuzahlungen und Rechnungen bei Arzt, Zahnarzt, Apotheke, Krankenhaus, ggf. Optiker, Sanitätshaus, Therapeut oder Reha-Einrichtung etc. einschließlich der Praxisgebühren, denn ohne diese Originale läuft gar nichts!

Bitte bedenken Sie auch die folgenden Mehrbelastungen durch die Gesundheitsreform:

Immer mehr Arzneimittel sind bereits aus der Verschreibungspflicht herausgenommen worden, Tendenz steigend, so dass diese dann, trotz Verordnung durch ihren Arzt, vollständig selbst zu bezahlen sind, und zwar ohne jegliche Anrechnung auf die Belastungsgrenze. Somit werden chronisch und schwer Kranke gleich mehrfach überbelastet.

Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBA) zu erstellende Ausnahmeliste von dieser neuen Regel, auf die viele Betroffene chronischer Erkrankungen bislang hofften, endete durch die Entscheidung des GemBA im März mit einer herben Enttäuschung. Nur für einige wenige Arzneimittel wurde eine außerordentliche Erstattungspflicht der Krankenkassen wieder eingeführt und zwar bei ganz bestimmten Krankheitsbildern. Obwohl die Zeit von Januar bis März 2004 für eine seriöse Erarbeitung dieser Ausnahmeliste für alle schwerwiegenden Erkrankungen unter Bewertung ihrer „Therapiestandards“ gar nicht ausreichte, wurde die unvollständige Ausnahmeliste beschlossen und die meisten chronischen Erkrankungen und vor allem die weitaus meisten seltenen Erkrankungen, wie die Sarkoidose, nicht berücksichtigt. Die von Patientenseite vor diesem Hintergrund vorgeschlagene sog. Öffnungsklausel, die im Einzelfall eine medizinisch sachgerecht zu begründende Ausnahme erlauben würde, wurde von den Krankenkassen, Ärztevertretern und vom Bundesgesundheitsministerium offensichtlich abgelehnt.

Dies wird für viele Betroffene seltener Erkrankungen, die bei der Aufzählung vergessen wurden oder deren nicht mehr verschreibungspflichtige, aber dennoch notwendige Medikationen nicht ausreichend berücksichtigt wurden, dazu führen, dass diese ihre notwendigen ärztlich verordneten Medikamente nun vollständig selbst bezahlen müssten, ohne eine Anrechnung auf die 1%- oder 2%-Befreiungsgrenze. Damit hat das Versprechen der Politik, das notwendige Leistungen auch in Zukunft erstattet werden, keine Gültigkeit mehr. Da die meisten so Betroffenen diese Arzneimittel nicht selbst bezahlen können, ist als Folge die Verschlimmerung

der Unterversorgung in diesem Feld zu befürchten. Da bleibt nur die Folgerung, dass die verantwortlichen Politiker solche Härten und Qualitätsmängel für die Betroffenen offenbar in Kauf nehmen.

Dr. rer. nat. Bernd Quadder
- Beauftragter des Vorstands für Gesundheitspolitik -

Deutsche Sarkoidose-Vereinigung
gemeinnütziger e.V.
Postfach 30 43
D - 40650 Meerbusch
Tel./Fax: 0 21 50 / 73 60
Email: Sarkoidose@aol.com
Internet: www.Sarkoidose.de