

veröffentlicht in PARAPLEGIKER Ausgabe 1/2004:

Diagnose: »Allgemeine Verunsicherung« Was verändert sich für schwerbehinderte Menschen?

Seit Januar 2004 herrscht große Verwirrung. Weder Krankenkassen, noch Ärzte oder Betroffene wissen genau, was die neue Gesundheitsreform tatsächlich an Veränderungen mit sich gebracht hat. Die Presse ist voll mit Beispielen, je nach politischer Haltung mal mehr, mal weniger kritisch, aber immer mit dem Hinweis, dass individuelle Fragen mit der Krankenkasse zu klären sind. Dort wissen die Mitarbeiter »auch nicht ganz genau« Bescheid.

Darum hier einiges im Klartext, speziell für Menschen mit einer schweren Behinderung am Beispiel der Querschnittlähmung. (Rechtsstand 15.02.2004 - ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Was heißt »chronisch kranke Menschen«?

Voraussetzungen:

Arztbesuch mindestens 1 × pro Quartal **und**

Grad der Behinderung (GdB) mindestens 60 % und/oder Pflegestufe II/III (Pflegeversicherung)

Die Gesamtsumme aller Zuzahlungen wird auf 1 % des Familieneinkommens begrenzt. Dazu zählen alle Einnahmen, also auch Renten, Mieterträge und Zinserträge. Nicht dazu zählen Renten nach dem BVG und Pflegegeld (Pflegeversicherung, Landespflegegeld, Hilfe zur Pflege nach BSHG). Vom Einkommen werden Freibeträge von 4 347 Euro (Partner) bzw. 3 648 Euro (je Kind) abgesetzt.

Für Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt (nicht Hilfe zur Pflege!) nach dem BSHG oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz erhalten, wird nur der Regelsatz (des Haushaltsvorstands) zugrunde gelegt d.h. 345 Euro (West) bzw. 331 Euro (Ost) pro Monat. Davon 2 % sind 82,80 bzw. 66,10 Euro/Jahr.

Für Verheiratete gilt: Nach § 62 SGB V Abs. 2 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen gemeinsam ermittelt, d. h. sobald die Zuzahlungen aller Familienangehörigen insgesamt 1 % erreichen, kann die Person mit der schweren chronischen Erkrankung eine Befreiungsnachweis von der Krankenkasse anfordern, der Partner, der nicht schwer chronisch krank ist, kann eine Befreiung erst dann beantragen, wenn 2 % erreicht sind.

Beispiel: Einkommen brutto 20 000 Euro minus 4347 Euro = 15.653 Euro, Belastungsgrenze 1 % = 156,53 Euro, Befreiung für chronisch kranken Partner anfordern, der andere muss weiter zuzahlen. Sind 313,06 Euro erreicht, auch für ihn Befreiung anfordern. In der Praxis erhöht sich die Zuzahlung, für die Person, deren Belastungsgrenze nicht auf 1 % reduziert wurde, durch diese Regelung auf über 2 %. Wegen dieser Unklarheit ist eine weitere Klarstellung schon in Arbeit.

Zuzahlungen, wo gelten sie?

Verschreibungspflichtige Arzneimittel: Bis zur Belastungsgrenze keine Sonderregelungen.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: Bis auf weiteres, d.h. bis zum Vorliegen einer Liste von Arzneimitteln, die als »anerkannter Therapiestandard« gelten, können wie bisher auch solche Arzneimittel mit Begründung (mit Angabe der Diagnose auf der Verordnung weiter zu Lasten der Kassen verordnet werden.. . Ob wie geplant eine Liste "verschreibungsfähiger, aber nicht verschreibungspflichtiger" Arzneimittel pünktlich zum 01.04.2004 erstellt sein wird, bleibt abzuwarten (Anmerkung: die Liste liegt inzwischen vor und enthält „Abführmittel bei ... neurogener Darmlähmung“ sowie „Antiseptika und Gleitmittel bei Selbstkatheterisierung“)

Tipp/Beispiel: Desinfektionsmittel bei Selbstkatheterisierung sind zwar Arzneimittel, aber weder verschreibungspflichtig noch unbedingt apothekenpflichtig. Deshalb ist es eine Überlegung wert, ob man diese z.B. im Sanitätshaus bezieht, das einen auch mit Kathetern versorgt. (siehe unter »Was gilt für Hilfsmittel?«). Dort wird es wahrscheinlich preiswerter sein. Denn der Grundbetrag von 8,20 Euro, den Apotheken in Zukunft pro Arzneimittel erhalten, ist es ja unter anderem, der dort die preiswerten (verschreibungspflichtigen) Arzneimittel erheblich teurer macht - und eine Preisbindung wie bisher gibt es nicht mehr.

Nicht betroffen von der Neuregelung sind Abführmittel bei Totalinkontinenz z.B. durch Querschnittslähmung. Sie waren eigentlich schon seit etlichen Jahren nicht mehr verschreibungsfähig. Aber sie durften wegen einer Sonderregelung weiter zu Lasten der Kassen verordnet werden. Daran hat sich nichts geändert. Und weil sie in solchen Fällen seit jeher Therapiestandard sind, betrifft sie diese Neuregelung nicht, selbst wenn von der Kommission vergessen werden sollte, sie mit auf die Liste zu setzen.

Ob das nach den positiven Gerichtsurteilen in der Vergangenheit auch für Potenzmittel wie z.B. Viagra zutrifft, ist noch unklar. Unklar ist vorläufig auch, ob Mittel zur Harnansäuerung zur Vorbeugung von Harnwegsinfekten von der Neuregelung betroffen sein werden.

Was gilt für Hilfsmittel?

In Zukunft müssen bei Hilfsmitteln aller Art 10% Zuzahlungen geleistet werden; mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch nie mehr, als das Hilfsmittel selbst kostet. Auch hier sind einige Besonderheiten zu berücksichtigen

- Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Inkontinenzversorgung) beträgt die maximale Zuzahlung je Indikation (nicht je Artikel oder Packung!) 10 Euro/Monat
- Reparaturen von Hilfsmitteln/Ersatzteile sind keine eigenständigen Hilfsmittel. Es ist deshalb keine Zuzahlung zu leisten (z.B. Rollstuhlbereifung).
- Auch Pflegehilfsmittel nach SGB XI (Pflegeversicherung) wie Einmalhandschuhe, Unterlagen etc. zählen nicht unter dieses Gesetz. Es ist keine Zuzahlung zu leisten.

Die Belastung für Heilmittel kann in Zukunft sogar niedriger sein

Zukünftig sind nicht mehr wie bisher 15 % Zuzahlung zu leisten, sondern 10 Euro/Verordnung und 10 %/Leistung. Das heißt, bei Verordnungen für 3 oder 6 mal Krankengymnastik wird es teurer, bei der Verordnung von 20, 30 oder 50 Behandlungen, wie sie nach den voraussichtlich ab 01.04.2004 gültigen Heilmittelrichtlinien möglich sein werden - Behandlungen außerhalb des »Regelfalls« - wird die Zuzahlung niedriger. (Anmerkung: Bei Diagnosen wie Querschnittlähmung, Spina bifida, Multiple Sklerose etc. ist auch in Zukunft die heiß diskutierte »Unterbrechung« von 6 oder 12 Wochen nicht vorgesehen. Das sollte jeder Arzt wissen!)

Regelung der Fahrtkosten

Nach den rückwirkend ab 01.01.2004 geltenden »Krankentransport-Richtlinien« übernehmen die Kassen die Kosten für Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen »aG«, »Bl« oder »H« haben oder in der Pflegeversicherung in die Pflegestufe II oder III eingestuft sind.

Damit haben sehr viele schwer körperbehinderte Menschen einen Anspruch auf Kostenübernahme. Eine Verordnung auf einem speziellen Formular ist nicht erforderlich, wenn ein privates Kraftfahrzeug benutzt wird oder es sich um Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen handelt. In solchen Fällen kann die Abrechnung ohne Verordnung im Nachhinein erfolgen. Erstattet werden die gefahrenen Kilometer nach dem Bundesreisekostengesetz (z. Zt. 0,22 Euro/km).

In allen anderen Fällen ist zu unterscheiden, ob es sich um eine »ambulante Behandlung« oder um eine »Rehabilitationsmaßnahme« handelt. Bei ambulanten Behandlungen wie Arztbesuch, Krankengymnastik etc. oder Fahrten mit dem Taxi oder Fahrdienst wegen eines stationären Krankenhausaufenthalts (nicht mit dem eigenen PKW) muss die Übernahme der Kosten **vorher** verordnet und genehmigt werden. Bei einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme (z.B. Kur) nicht.

Außerdem übernehmen die Kassen nach vorheriger Genehmigung alle Fahrten zur Dialysebehandlung, zur onkologischen Strahlentherapie und zur onkologischen Chemotherapie - auch wenn die genannten Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht erfüllt sind.

Grundsätzlich gilt für alle vorgenannten Fahrtkosten, dass je Fahrt 10 %, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro selbst zu tragen sind.

Ein Fehler im Gesetz?

Im Gegensatz zu anderen Leistungen gilt diese Fahrtkostenregelung auch bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre - jedenfalls bis zum Erreichen der Familienbelastungsgrenze von 1 % bzw. 2 %. Da Kinder jedoch weder bei Arzneimitteln noch bei Krankenhausaufenthalten etc. Zuzahlungen leisten müssen, handelt es sich wohl um einen redaktionellen Fehler im Gesetz, der bei den angekündigten Korrekturen hoffentlich beseitigt wird.

Fahrten zu Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die Krankenkassen müssen die Fahrtkosten wie bisher übernehmen.

Auch wenn manche Sachbearbeiter bei Krankenkassen das nicht wahrhaben wollen, Rehabilitationssport und Funktionstraining sind keine Leistungen nach SGB V (Krankenversicherung), sondern »ergänzende Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation« nach SGB IX. Daher sind diese Leistungen von der Neuregelung der Fahrtkostenübernahme in SGB V nicht betroffen. Grundlage dafür sind die §§ 43 und 53 SGB IX. Die Pflicht zur Kostenübernahme bezieht sich auch auf Fahrten mit dem Taxi oder mit Behindertenfahrdiensten. Es gilt weiterhin: Kostenübernahme von 0,22 Euro/km für Fahrten mit dem privatem PKW bei einer Entfernung von mehr als 5 Kilometer/ Strecke bzw. volle Kostenübernahme bei Taxi oder Fahrdienst auch bei kürzerer Entfernung.

Einen »Musterpatienten« gibt es nicht. Ein Gesetz ohne Auslegungsprobleme noch viel weniger. Deshalb kann dieser Artikel nur wichtige Punkte nach dem aktuellen Gesetzesstand erläutern und klarstellen. Er soll zur Information unserer selbst betroffenen Leser dienen, um ihnen in Gesprächen mit ihren Krankenkassen mehr Sicherheit zu geben, wenn diese, aus welchem Grund auch immer, einen Anspruch »anders beurteilen«. Und das wird sicher geschehen. Denn Krankenkassen sind genauso parteiisch wie der Autor dieses Artikels, der sich als ehrenamtlicher Rechtsbeistand im Sozialrecht für die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (www.fgq.de) tagtäglich mit diesen Fragen befassen muss.

© Herbert Müller -
Vorsitzender
Rollstuhlsportgemeinschaft Koblenz e.V.
www.rsg-koblenz.de
und
Rechtsbeistand der
Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten
in Deutschland e.V.

Telefon 02622/889632 Fax 02622/3873
Hmueller@rsg-koblenz.de