

FAXREPORT

zu HIV und AIDS

Ausgabe Nr. 16/2003 vom 27.11.2003

Impressum

Gastautor: Gerd Speicher, Köln

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

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 / RÜCKFRAGEN

Bei technischen Problemen, Abbestellung oder –
änderung wenden Sie sich bitte an Uli Sporleder –
(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, MSD Sharp & Dohme
GmbH**

INHALT

<i>Editorial</i>	<i>2</i>
<i>Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.....</i>	<i>3</i>
<i>Zuzahlungen</i>	<i>3</i>
<i>Leistungen der Krankenkasse</i>	<i>5</i>
<i>Weitere Änderungen der Leistungen der GKV</i>	<i>6</i>
<i>Belastungsgrenzen</i>	<i>7</i>
<i>Beispiele für die Berechnung der jährlichen Zuzahlungsgrenze:</i>	<i>8</i>
<i>Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze:</i>	<i>9</i>
<i>Wie geht es weiter?</i>	<i>10</i>



Editorial

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung werden sich für Patienten und Ärzte im neuen Jahr umfangreiche Änderungen, z.B. bei den Zuzahlungsregelungen ergeben. Gerd Speicher (Köln) hat für den FaxReport die Änderungen zusammengefasst und beispielhaft Berechnungen für Zuzahlungsregelungen durchgeführt. Anhand dieser Beispiele wird klar, dass allein die Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze eine Herausforderung für Versicherte, Beratungseinrichtungen und auch für Ärzte darstellt (denn Patienten werden ihre Ärzte und AIDS-Hilfen auch nach den Belastungsgrenzen fragen). Hierfür soll diese Ausgabe des FaxReports eine Unterstützung bieten.

Die wichtigsten Botschaften für Patienten ab 1.1.2004 sind:

- Quittungen über alle Arten der Zuzahlung sammeln!
- Geld möglichst in Höhe der persönlichen Belastungsgrenze bereit haben, denn es ist damit zu rechnen, dass Patienten, die regelmäßig mehrere Medikamente benötigen und eventuell stationär behandelt werden müssen, bereits im ersten Quartal ihre Belastungsgrenze erreichen werden.

In Kürze werden "Auslegungsrichtlinien der Krankenkassen" Auskunft darüber geben, wie der Gesetzestext im Detail umgesetzt werden wird. Erst dann lassen sich zu einzelnen Themen wie z.B. dem Online-Versand von Medikamenten konkretere Aussagen treffen. Wir erwarten diese Auslegungsrichtlinien im Dezember. Gerd Speicher hat sich freundlicherweise bereit erklärt, dann eine zweite Ausgabe des FaxReports zum "Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2)" zu verfassen.

Mit freundlichen Grüßen

Armin Schafberger
Referent für Medizin und Gesundheitspolitik



Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

von Gerd Speicher, Köln

Der Deutsche Bundestag hat in zweiter und dritter Lesung am 26.10.2003 und der Bundesrat bereits am 17.10.2003 ein neues Gesetz beschlossen, mit dem unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps gerettet werden soll, das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz genannt: GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Dieses Gesetz soll angeblich die Solidarität stärken, bricht jedoch in vielen Teilen mit ihr. Doch hier soll es nicht um eine politische Bewertung der Änderungen gehen, sondern ganz pragmatische Wege aufgezeigt werden, wie wir damit umgehen können.

Zunächst die Übersicht, was sich zu den bisherigen Regelungen insbesondere im Bereich der Zuzahlungen ab 01.01.2004 ändert, soweit dies direkt aus dem Gesetzestext hervorgeht. Wenn mir das sog. „Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen“ vorliegt, werde ich noch mal informieren, wie bestimmte Begriffe oder Regelungen von den Krankenkassen einheitlich umgesetzt werden sollen.

Zuzahlungen

Generell hat sich geändert, dass grundsätzlich eine Zuzahlung von 10 % der Kosten zu zahlen ist, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr, als die tatsächlichen Kosten.

Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres generell von allen Zuzahlungen befreit.

Änderungen ergeben sich in den folgenden Bereichen:

1. Medikamente:

Es ist eine Zuzahlung von 10 % der Kosten zu entrichten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro, jedoch nicht mehr, als die tatsächlichen Kosten.

Bisher: Die Zuzahlung war an die Packungsgröße gekoppelt, dies entfällt jetzt.

Beispiele:

- Eine Packung Medikamente kostet im Apothekenabgabepreis 35 Euro. Hier sind 10 % 3,50 Euro. Das ist dann leider nicht der zu zahlende Preis, sondern es gilt die Untergrenze von 5 Euro, die zu zahlen ist.
- Eine Packung Medikamente kostet im Apothekenabgabepreis 4,80 Euro. Hier ist dann der tatsächliche Preis von 4,80 Euro fällig.
- Eine Packung Medikamente kostet im Apothekenabgabepreis 75 Euro. Hier sind 10 % 7,50 Euro. Da ist dann ebenfalls der zu zahlende Preis, er liegt zwischen der Untergrenze von 5 Euro und der Obergrenze von 10 Euro.
- Eine Packung Medikamente kostet im Apothekenabgabepreis 180 Euro. Hier sind 10 % 18,00 Euro. Dann ist der zu zahlende Preis auf die Obergrenze von 10 Euro reduziert.

2. Arztbesuch:

Hier wird eine „Praxisgebühr“ von 10 Euro pro Quartal fällig, beim Arzt **und** beim Zahnarzt. Wer im gleichen Quartal noch mal zum Arzt muss, für den fällt keine weitere „Eintrittsgebühr“ an.

Ausnahme: Wer ohne Überweisung zu einem anderen Arzt geht, entweder um eine Diagnose des ersten Arztes überprüfen zu lassen oder zu einem Facharzt, der muß nochmals zahlen. Das bedeutet, wer z.B. Sehfeldausfälle an sich vermutet, muss, um einer erneuten Zahlung zu entgehen, zuerst zu dem Arzt, bei dem er bereits die Praxisgebühr entrichtet hat. Der stellt dann eine Überweisung zum Augenarzt aus und die neue Praxisgebühr entfällt.

Bisher: Keine Gebühr



Weitere Ausnahme: Besuche beim Arzt im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsterminen und Schutzimpfungen sind ebenso von der Praxisgebühr ausgenommen wie Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt. Diese Ausnahmeregelung wird jedoch in der Praxis für Menschen mit chronischen Krankheiten wenig bis keine Bedeutung haben.

3. Arzneimittel und Verbandmittel:

Die Handhabung für Verbandmittel ist die gleiche wie die für Arzneimittel. Zu der Zuzahlung bei Medikamenten habe ich oben schon die entsprechende Regelung skizziert.

Bisher: 4 Euro, 4,50 Euro, 5 Euro je Medikament, gestaffelt nach Packungsgröße.

4. Heilmittel und häusliche Krankenpflege:

Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels bzw. des Pflegeeinsatzes plus 10 Euro je Verordnung. Bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Das bedeutet konkret, dass beispielsweise bei der Verordnung von 6 Massagen 10 Euro für das Rezept plus 10 % der Kosten der 6 Massagen zu zahlen sind.

Bisher: Für häusliche Krankenpflege war bisher keine Zuzahlung zu leisten, für Heilmittel (z. B. Massagen) waren 15 % der Kosten für die z. B. Massagen zu zahlen.

5. Hilfsmittel:

Die Zuzahlung beträgt 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl, Gehwagen, Bandagen, Einlagen u. ä.) jedoch mindestens 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro, die Zuzahlung ist jedoch auf höchstens die Kosten für das Hilfsmittel begrenzt.

Bisher: Bei den Hilfsmitteln wurde keine Zuzahlung fällig, solange man die Regelversorgung gewählt hat. Bei Bandagen, Kompressen und Hilfen zur Kompressionstherapie war eine Zuzahlung von 20 % fällig.

6. Soziotherapie oder Haushaltshilfe:

Die Zuzahlung beträgt 10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro, mindestens 5 Euro.

Bisher: keine Zuzahlung!

7. stationäre Vorsorge und Rehabilitation:

Zuzahlung beträgt 10 Euro pro Tag für jeden Tag der Dauer, eine Begrenzung der Zuzahlungstage ist nur bei einer Anschlussheilbehandlung (AHB), und zwar auf 28 Tage.

Bisher: 9 Euro pro Kalendertag für die Dauer der Kur, Ausnahme auch hier die AHB.

8. Mutter / Vater – Kind Rehabilitation:

Zuzahlung beträgt 10 Euro pro Tag für jeden Tag der Dauer.

Bisher: 9 Euro pro Kalendertag für die Dauer der Kur, besondere Satzungsregelungen bei den einzelnen Krankenkassen waren erlaubt.

9. Krankenhaus:

Die Zuzahlung im Krankenhaus beträgt 10 Euro pro Kalendertag, ist jedoch auf max. 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Bisher: Die Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung betrug 9 Euro pro Kalendertag und war auf 14 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.



Leistungen der Krankenkasse

1. Sterbegeld und Entbindungsgeld:

Diese Leistungen werden nicht mehr von der GKV erbracht.

Bisher: Die GKV hat einen Zuschuss zu den Bestattungskosten in Höhe von 525,00 Euro für Mitglieder und 262,50 Euro für Familienversicherte gezahlt, wenn am 01.01.89 und am Todestag ein Versicherungsverhältnis bei einer GKV bestanden hat. Entbindungsgeld wurde gezahlt an Frauen, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld hatten, weil sie beispielsweise familienversichert waren.

2. Sterilisation:

Sofern die Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung selbst bezahlt werden.

Ausnahme: Ist eine Sterilisation jedoch aus medizinischen Gründen nötig, so werden die Kosten übernommen (Gesetzestext: Durch Krankheit notwendig).

Bisher: Die Kosten für eine Sterilisation wurden ohne Berücksichtigung der Gründe übernommen (Gesetzestext: Nicht rechtswidrige Sterilisation).

3. Künstliche Befruchtung:

Hier ist eine Reduzierung der Versuche, eine Schwangerschaft künstlich zu bewirken, von 4 auf 3 erfolgt. Gesetzestext neu: Eine hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht nicht mehr, wenn der Versuch einer künstlichen Befruchtung 3 mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Bisher: eine hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht in der Regel nicht mehr, wenn der Versuch einer künstlichen Befruchtung 4 mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Weiterhin ist eine Altersbegrenzung eingeführt worden, für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer zwischen 25 und 50 Jahren. Zusätzlich übernimmt die GKV nur noch 50 % der Kosten, die nach Behandlungsplan vorher von ihr genehmigt worden sind.

4. Sehhilfen / Brillen:

Die bereits stark reduzierten Zuschüsse zu den Kosten für eine Brille, bzw. andere Sehhilfen werden grundsätzlich nicht mehr übernommen.

Bisher: Der Zuschuss war mit Festbeträgen für die Gläser einer Brille geregelt, die eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige (Wirtschaftlichkeitsgebot) Versorgung sicherstellten.

Ausnahme bei der Neuregelung: Für Versicherte bis zur Vollendung des 18 Lebensjahres besteht der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen weiter. Für ältere Versicherte besteht nur dann noch ein Anspruch, wenn sie so stark sehgeschwächt sind, dass ihre Sehschwäche der Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation entspricht. Anspruch auf Versorgung mit therapeutischen Sehhilfen besteht dann, wenn diese der Behandlung von Augenkrankheiten oder –verletzungen dienen und der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien die Indikation als Therapie bedürftig festgestellt hat.

5. Fahrkosten:

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr übernommen.

Ausnahme: Aus zwingenden medizinischen Gründen kann die GKV in besonderen Ausnahmefällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen. Die „besonderen Ausnahmefälle“, die genehmigungsfähig sind, werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in deren Richtlinien festgelegt. Diese werden jedoch wohl mehr vom Sparwillen als von anderen Überlegungen geprägt sein.



6. Arzneimittel:

Es werden nur noch die Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel durch die GKV erstattet. Jedes andere Medikament ist aus eigener Tasche zu zahlen.

Ausnahme: Die Kosten für Verordnungen von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, sowie für Arzneimittel zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn diese zum Therapiestandart gehören, werden auch weiterhin übernommen.

Weitere Änderungen der Leistungen der GKV

- **Mutterschaftsgeld**, Mittel zur Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes:

Für die Empfänger dieser Leistungen ändert sich nichts, lediglich für die Finanzierung ist eine andere Regelung gewählt worden. Hier ist nun eine Regelung getroffen worden, die grundsätzlich zu begrüßen ist. Es handelt sich hierbei um so genannte versicherungsfremde Leistungen. Diese sollen auch zukünftig im bisherigen Umfang finanziert werden, jedoch nicht nur durch die Beitragszahler. Bei den genannten Leistungen handelt es sich um Aufgaben, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind und deshalb auch gesamtgesellschaftlich finanziert werden müssen. Eine gesamtgesellschaftliche Finanzierung ist nur aus Steuermitteln möglich. Die getroffene Finanzierung über die Tabaksteuer ist jedoch mehr als heuchlerisch! Diese wird bis 2005 in drei Stufen um insgesamt 1 Euro pro Packung erhöht. Diese Stufenregelung ist deshalb erfolgt, damit nicht zu viele Raucher verprellt werden und das Rauchen aufgeben.

Bei der Umfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wurde ein wesentlicher Punkt jedoch ausgenommen, und zwar die beitragsfreie Familienversicherung für EhegattInnen und Kindern von Mitgliedern.

- **Zahnersatz und Zahnbehandlung:**

Bis zum Ende des Jahres 2004 gilt der Versicherungsschutz in der jetzigen Form weiter, so die offizielle Aussage in der Öffentlichkeit. Ab 2005 wird der Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von der GKV angeboten. D. h., in der Satzung wird ein Passus aufgenommen werden, der eine Zusatzversicherung anbietet, deren Kosten ausschließlich von den Mitgliedern zu tragen ist. Weiterhin ist dann möglich, das Risiko des Zahnersatzes auch privat abzusichern.

Allen Versprechungen zum Trotz, ändert sich jedoch bereits ab 2004 sehr viel.

Wurzelbehandlungen werden in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht mehr bezahlt, da sie als fraglich eingestuft werden. Die konservative, zahnerhaltende Behandlung wird also bereits ab 2004 vielfach in den Bereich der „Eigenverantwortung“ verlagert. Die Entfernung von Zahnstein wird nur noch 1 mal pro Kalenderjahr bezahlt, bisher wurde dies in jedem Quartal abrechnungsfähige Regelleistung. Die Versorgung mit Zahnersatz wird in fast allen Fällen gutachterpflichtig, d. h., alles was mehr als eine Krone ist, muss vom Gutachter beurteilt werden. Weiterhin wird ganz extrem auf den Pflegezustand des Gebisses, bzw. der Zähne abgestellt. In allen Fällen, in denen der Zahnarzt eine nicht optimale Pflege derselben feststellt, muss er versuchen, dem Patienten eine Zahnreinigung zu verkaufen, die selbst zu zahlen ist. Der Pflegezustand wird auch entscheidend für die gutachterliche Stellungnahme berücksichtigt.

Der Zustand der Zähne musste auch bisher schon regelmäßige Pflege erkennen lassen, war jedoch nicht so gewichtig für die Genehmigung von Zahnersatz, es wurde vielmehr auf die medizinische Notwendigkeit von Zahnersatz abgestellt. Durch die verschärfte Bewertung des Pflegezustandes wird ein Stück weit das Verschuldensprinzip eingeführt! Gefährlich wird es, wenn dieses Beispiel in anderen Bereichen ebenfalls Schule macht und im Rahmen von weiteren Gesetzesänderungen überprüft werden wird, in wie weit der Kranke seine Gesundheitsgefährdung fahrlässig herbeigeführt hat.



Offizielle Aussage über die ab 2005 selbst zu tragenden Kosten für die Absicherung ist, dass der monatliche Beitrag voraussichtlich unter 10 Euro liegen wird, beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige (EhegattInnen und Kinder) zahlen dann auch keinen eigenen Beitrag. Zum Thema gesamtgesellschaftliche Aufgaben siehe oben.

Die abgesicherte Versorgung wird dann aus befundbezogenen Festzuschüssen bestehen. Dies bedeutet, dass für die Höhe des Zuschusses nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung im speziellen Einzelfall mit einem bestimmten Prozentsatz bezuschusst wird, sondern diejenige Versorgung, die in der Mehrzahl der Fälle angewandt wird. Versicherte können dann jede medizinisch anerkannte Versorgungsform wählen und verlieren nicht mehr den Anspruch auf Zuschuss, wenn dies von der üblichen Versorgungsform abweicht. Auf der Kehrseite wird jedoch nicht mehr der medizinisch notwendige Zahnersatz in der für diese Form passenden prozentualen Höhe bezuschusst, sondern eine ggf. billigere Versorgungsform, auch wenn diese im speziellen Fall aus medizinischen Gründen ungeeignet wäre und gar nicht angewendet werden könnte!

▪ Krankengeld:

Ab 2006 wird die Finanzierung der Kosten für das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber herausgenommen. Die Kosten werden dann nur noch von den Arbeitnehmern durch einen eigenen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 % finanziert.

Belastungsgrenzen

Zukünftig werden alle Zuzahlungen für das Erreichen der Zuzahlungsgrenzen berücksichtigt. Hier ändert sich die bisherige Regelung in so weit, dass auch die Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung, Kuren und die zusätzlich eingeführte Praxisgebühr, Psychotherapie, Haushaltshilfe und Pflege mit berücksichtigt werden.

Unverändert bleibt die Obergrenze für die persönliche Belastung bei 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt). Was unter die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fällt, ist durch die Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt worden. Es sind nahezu alle Einkünfte, gleich ob beitrags- oder steuerpflichtig oder auch nicht. Es gibt nur wenige Ausnahmen, wie z. B. zweckgebundene Gelder (Zuwendungen von der Deutschen Aids-Stiftung u. ä.). Hierüber gibt es ein komplettes Verzeichnis. Typische Beispiele für Einkünfte, die darunter fallen führe ich unten auf, bei den Berechnungsbeispielen für die persönliche Belastungsgrenze.

Für Familien wurde eine gesonderte Regelung getroffen, bei der Kinderfreibeträge berücksichtigt werden. Diese ergeben sich aus dem Einkommenssteuergesetz, § 32 Abs. 6, Sätze 1 und 2. Diese Werte, um die das Familieneinkommen gemindert wird, sind 1824 Euro pro Jahr für Kinder, die das 16 Lebensjahr bereits vollendet haben und nicht behindert sind im Sinne von Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 der gleichen Vorschrift. Ob für Kinder, die zu berücksichtigen sind, dafür gibt es verschiedene Altersgrenzen. Grundsätzlich werden sie bis zum 18. Lebensjahr berücksichtigt. Für Kinder, die arbeitslos im Sinne des SGB III (Recht der Arbeitslosenversicherung) sind, gilt als Altersgrenze 21 Jahre. Für behinderte Kinder (s. o.) und Kinder unter 16 Jahren gibt es einen zusätzlichen Freibetrag von 1080 Euro. Die bisherigen Freibeträge waren für Kinder i. d. R. im Jahr 2003 285,60 Euro. Hier ist eine deutliche Verbesserung erfolgt.

Die vollständige Befreiung von der Zuzahlung für chronisch Kranke, die es bisher gab, entfällt. Bisher waren chronisch Kranke, die in einem Jahr Zuzahlungen bis zu 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet hatten, für die weitere Zeit der Behandlung, während der die chronische Krankheit fortbestand, von den Zuzahlungen zu Fahrkosten, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu befreien.

Jetzt gilt für chronisch Kranke eine Belastungsgrenze für die Zuzahlungen in Höhe von 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, eine alte Regelung aus der Zeit, in der Horst Seehofer Bundesgesundheitsminister war.



Auch die Definition für „chronisch Kranke“ wird enger gefasst, als bisher. Die bisherige Definition war die, dass Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und bei denen mindestens einmal pro Quartal ein Arztbesuch notwendig ist, um eine ausreichende Beherrschung der vorliegenden Erkrankung zu sichern. Diese Konkretisierung des Gesetzestextes war in einem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgt, um eine einheitliche Auslegung sicher zu stellen.

Aber auch bisher hatte es schon Schwierigkeiten gegeben, was denn darunter zu verstehen sei, bei welcher Erkrankung diese quartalsmäßige Kontrolle als notwendig anzusehen sei. Geändert hat sich bereits im Gesetzestext, dass nunmehr nicht mehr von „derselben Krankheit“, sondern von einer „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“ die Rede ist. Was darunter zu verstehen sein wird, wird per gesetzlicher Zuweisung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in dessen Richtlinien festgelegt.

Der Bundesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertretern der Ärzte, drei Vertreter der AOKen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der BKKen, der IKKen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung. Auf die Unparteiischen müssen sich die anderen Mitglieder einigen. Kommt keine Einigung zustande, werden sie vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales bestimmt. Wie unparteiisch die Gewählten dann sein werden, bleibt abzuwarten. PatientenvertreterInnen sind nicht vorgesehen.

Man kann nur hoffen, dass im Rahmen der „Normalisierungsdebatte“ über HIV und Aids, diese nicht aus dem Katalog der „schwerwiegenden“ chronischen Erkrankungen herausfallen werden.

Beispiele für die Berechnung der jährlichen Zuzahlungsgrenze:

1. Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit

Einkünfte:

- Bruttorente (vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung): 723,00 Euro pro Monat,
- Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung in einer Buchhandlung: 300,00 Euro pro Monat,
- ein Schmerzensgeld in Höhe von 2.500,00 Euro einmalig
- Ein Buch vom Arbeitgeber um in Höhe von 24,00 Euro billiger als zum normalen Verkaufspreis einmalig

Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berechnen sich wie folgt:

Die Bruttorente (723,00 Euro mal 12 =) 8.676,00 Euro.

Die Einkünfte aus der geringfügigen Beschäftigung (300,00 Euro mal 12 =) 3.600,00 Euro.

Das Schmerzensgeld zählt nicht zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Der Sachbezug zählt in voller Höhe mit 24,00 Euro zum AE und damit auch zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Die Gesamt-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen also für das Kalenderjahr: (8.676,00 + 3.600,00 + 24,00 =) 12.300 Euro.

2. Single in einem Beschäftigungsverhältnis

- Arbeitsentgelt (AE) aus einer Beschäftigung, 12,5 Monatsgehälter, 3.200,00 Euro
- Arbeitseinkommen (AK) aus freier, nebenberuflicher Tätigkeit als Versicherungsvertreter mtl. 250,00 Euro
- Zinseinkünfte in Höhe von jährlich 380,00 Euro (unter dem Steuerfreibetrag)

Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berechnen sich wie folgt:

- Das AE in Höhe von (3.200,00 mal 12,5 =) 40.000,00 Euro

- Das AK in Höhe von (250,00 mal 12 =) 3.000,00 Euro

- Die Zinseinkünfte in voller Höhe mit 380,00 Euro

Die Gesamt-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen also für das Kalenderjahr: (40.000,00 + 3.000,00 + 380,00 =) 43.380,00 Euro



3. Alleinverdienender Familienvater mit 2 Kindern, Alter 14 und 16 Jahre, nicht behindert.

- Übergangsgeld für die Zeit einer Umschulung, das nach § 20 SGB VI vom Rentenversicherungsträger (LVA, BfA) gezahlt wird in Höhe von 975,00 Euro mtl.
- Verletztenrente nach dem SGB VII (Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung) wegen eines Arbeitsunfalls bei einer 40 %igen Erwerbsminderung in Höhe von 680,00 Euro mtl.
- Kindergeld für die beiden Kinder

Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berechnen sich wie folgt:

- Das Übergangsgeld in Höhe von $(975,00 \text{ mal } 12 =) 11.700,00 \text{ Euro}$
- Die Verletztenrente mit dem Betrag, der die Höhe der Grundrente nach dem BVG bei gleich hoher Minderung der Erwerbsfähigkeit übersteigt: Grundrente nach dem BVG bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 %: 161,00 Euro => 680,00 Euro Verletztenrente minus 161,00 Euro Grundrente nach dem BVG ist 519,00 Euro, die berücksichtigt werden, mal 12 ist 6.228,00 Euro
- Das Kindergeld zählt nicht zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Die Gesamt-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen also für das Kalenderjahr: $(11.700,00 + 6.228,00 =) 17.928,00 \text{ Euro}$.

4. Binationales schwules Paar mit dem Segen des Lebenspartnerschaftsgesetzes, der deutsche Lebenspartner arbeitet voll, der andere hat nur eine geringfügige Beschäftigung mit einem AE von 325,00 Euro und ist familienversichert nach § 10 SGB V.

- Das AE des voll arbeitenden Lebenspartners beträgt 2800,00 Euro, 12,8 Monatsgehälter.
- Zinseinkünfte in Höhe von 500,00 Euro.
- Das AE des Partners beträgt 325,00 Euro
- Einkünfte aus der Vermietung einer Eigentumswohnung in Höhe von 380,00 Euro.

Er wohnt mit seinem Lebenspartner in einer Mietwohnung mit einer Monatsmiete von 600,00 Euro.

Die jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berechnen sich wie folgt:

Das AE in Höhe von $(2800,00 \text{ mal } 12,8 =) 35.840,00 \text{ Euro}$

Das AE des Partners in Höhe von $(325,00 \text{ mal } 12 =) 3.900,00 \text{ Euro}$

Die Zinseinkünfte in Höhe von 500,00 Euro

Die Einkünfte aus der Vermietung und Verpachtung (V und V) in Höhe von $(380,00 \text{ mal } 12 =) 4.560,00 \text{ Euro}$

Die Tatsache, dass im Gegenzug zu den Einkünften aus V und V Mietkosten entstehen, die auch noch höher sind, wird nicht berücksichtigt. Würden Sie in der eigenen Wohnung wohnen, würde kein Nutzungswert als fiktives Einkommen berücksichtigt. Es wird immer von Bruttobeträgen ausgegangen.

Die Gesamt-Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen also für das Kalenderjahr: $(35.840,00 + 3.900,00 + 500,00 + 4.560,00 =) 44.800,00 \text{ Euro}$.

Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze:

Zur Berechnung der persönlichen Belastungsgrenze beziehe ich mich auf die oben aufgeführten Beispiele:

1. **Der Rentner** mit Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 12.300,00 Euro muss je nach Gesundheitszustand entweder 1 % oder 2 % seiner Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen einsetzen.



Leidet er an einer „schwerwiegenden chronischen Krankheit“, die als solche anerkannt ist (s. o.), so hat er von seinen 12.300,00 Euro jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 1 % als Selbstbeteiligung zu tragen. Dies sind im vorliegenden Fall 123,00 Euro. Im anderen Fall, insbesondere wenn die chronische Krankheit, wegen der die Verrentung erfolgt ist, als nicht schwerwiegend genug eingestuft ist um unter die 1 % Regelung zu fallen, wären es 246,00 Euro. Bisher hätte er als chronisch Kranker, gleich wie schwerwiegend die Erkrankung ist, von der Zuzahlung befreit gewesen sein können. Wie damit umzugehen sein wird, werde ich für alle Beispiele unten noch mal aufgreifen.

2. Der Single

Auch beim Single mit Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt in Höhe von 43.380,00 Euro muss die gleiche Überlegung angestellt werden bzgl. der 1- oder 2 %igen Belastungsgrenze. Die 1 %ige Belastungsgrenze für die Zuzahlung beträgt hier 433,80 Euro, die eher wahrscheinliche 2 %ige 867,60 Euro.

3. Der allein verdienende Familienvater

Hier wird die Berechnung etwas schwieriger. Die 17.928,00 Euro sind zunächst als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt da. Nun ist die Berechnung wie folgt vor zu nehmen: Zunächst sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für den ersten Angehörigen (die Ehefrau) um 15 v. H. und für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (die Kinder) um 10 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des SGB IV (2003 = 28560,00 Euro) zu vermindern. Hier kommt jetzt aber die Kinderförderung ins Spiel, und zwar werden die Kürzungen der für die Berechnung der Belastungsgrenze nicht wie oben vorgenommen. Es wird nicht nur um 2 mal 10 % von 2856,00 Euro = 571,20 Euro gekürzt, sondern um die Kinderfreibeträge nach EStG (s. o.). Dies sind: für das 16-jährige Kind 1824,00 Euro und für das 14-jährige Kind 1824,00 Euro + 1080,00 Euro, also insgesamt 4728,00 Euro. Somit ergibt sich als Belastungsgrenze: 17.928,00 (Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) minus 4284,00 Euro (Freibetrag für die Ehefrau, 15 % der Bezugsgröße) minus 4728,00 Euro (Freibeträge für die Kinder) = 8.916,00. Dann ist als Belastungsgrenze 2 % der maßgeblichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu berechnen, das sind 8.916,00 mal 2 % = 178,32 Euro.

Weiterhin ist zu beachten, dass 1. die Kinder keine Zuzahlung leisten, und dass 2. alle Belege über die Zuzahlungen von Vater und Mutter gesammelt werden, da sie zusammen addiert werden. Es werden alle Zuzahlungen berücksichtigt.

4. Das binationale schwule Paar

Die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der beiden betragen 44.800,00 Euro. Dieser Betrag ist um den Freibetrag für den Lebenspartner um 15 v. H. der Bezugsgröße (s. o unter 3.) um 4284,00 Euro zu mindern. Daraus ergibt sich bei einer 2 %igen Belastungsgrenze ein Betrag in Höhe von (44.800,00 minus 4284,00 = 40.516, davon 2 % =) 810,32 Euro.

Wie geht es weiter?

Die vollständige Befreiung wegen zu geringem Einkommen von Anfang an, wie bisher in § 61 geregelt, entfällt.

Die wichtigste Botschaft an die Versicherten ist, dass ab dem 01.01.2004 alle Belege über die geleisteten Zuzahlungen, wo auch immer sie gezahlt worden sind, gesammelt werden!!!

Genaue Aussagen kann ich machen, wenn die Auslegungsrichtlinien der Krankenkassen in dem zu erwartenden Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen vorliegen.



Insbesondere kann dann auch Stellung bezogen werden, in wie weit es sinnvoll ist, Medikamente über den Internet Versandhandel zu beziehen, um Zuzahlungen zu minimieren. Das kann ggf. nur sinnvoll sein, wenn die Kosten die auch dort entstehen für den Versand, mit in die Belastungen eingerechnet werden können.

Voraussichtlich wird es also im Dezember einen weiteren FaxReport zum Thema "Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2)" geben, der Auskunft gibt über folgende Themen:

- Beispiele für die möglichen Zuzahlungen in den oben dargestellten Fällen.
- Bestellung von Medikamenten beim Internet Versandhandel oder doch lieber die Apotheke des Vertrauens? In welchen Fällen könnte man eher die eine oder die andere Variante wählen?
- Einbeziehung der Anspruchsberechtigten für Kranken- und vorbeugende Gesundheitshilfe nach dem BSHG in das System der GKV und mögliche Zuzahlungen