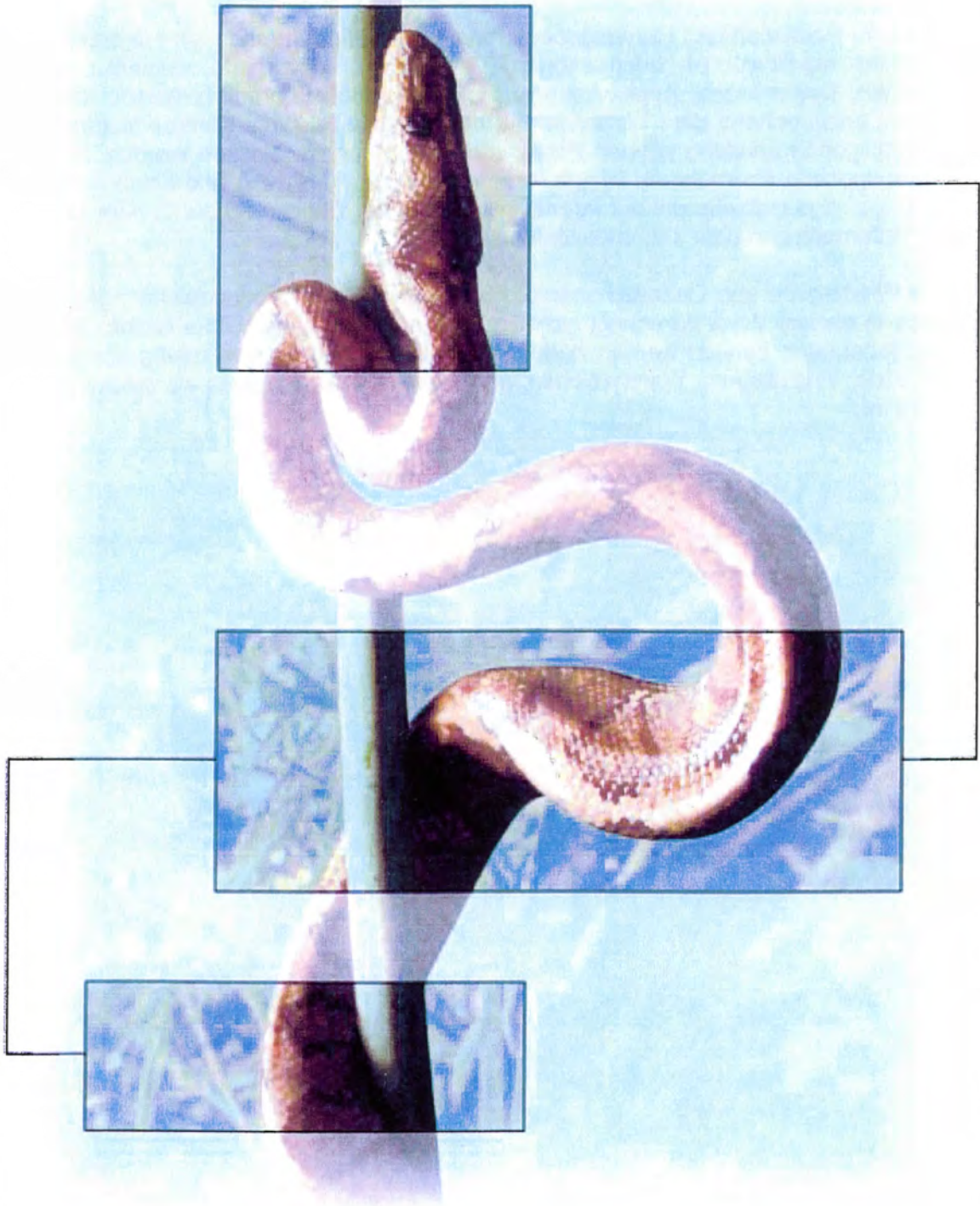


„Gesundheitsreform“ 2004



Reader

Reader zum GMG

Impressum

Wichtiger Hinweis:

Autoren, Redaktion und Herausgeberin haben für die Wiedergabe aller in diesem Werk enthaltenen medizinischen Informationen (Verfahren, Medikamente, Generika, Inhaltsstoffe, Mengen, Dosierungen, Applikationen usw.) große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Erarbeitung können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Redaktion und Herausgeberin übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Werk berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Inhaltsverzeichnis

BASISTEXTE (diese Texte sind allgemeinverständlich formuliert)

1. Die Gesundheitsreform: Neue **Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen** – die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick. (Bundesministerium Für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS))
2. **Erläuterungen zur „Gesundheitsreform“ mit Beispielen (Teil 1)** (DAH: Fax-Report Ausgabe Nr. 16/2003 vom 27.11.2003)
3. **Erläuterungen zur „Gesundheitsreform“ mit Beispielen (Teil 2)** (DAH: Fax-Report Ausgabe Nr. 01/2004 vom 27.02.2004)
4. **Chronikerregelung und Krankentransportrichtlinien** verabschiedet (Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses 03/2004)
5. Zur Verordnungsfähigkeit **rezeptfreier Arzneimittel** (Redaktionsbüro Gesundheit des BMGS vom 16.03.2004)
6. **Nicht verschreibungspflichtige Medikamente**. Was müssen Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Virushepatitis und ihre Ärzte ab dem 01.04.2004 beachten? (Fax-Report Ausgabe Nr. 02/2004 vom 08.04.2004)
7. Fragen und Antworten: **Heilmittel** (Redaktionsbüro Gesundheit des BMGS vom 18.03.2004)
8. Genotypische **HIV-Resistenztestung** (Bundesanzeiger Nr. 57, S. 5679 vom 23.03.2004)

QUELLENTEXTE (dies sind die Richtlinien Texte im Original)

- I. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition **schwerwiegend chronischer Krankheiten** im Sinne des § 62 SGB V in der Fassung vom 22. Januar 2004
- II. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von **Krankenfahrten**, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten in der Fassung vom 22. Januar 2004
- III. Arzneimittelrichtlinien: F. Gesetzliche Verordnungsausschlüsse bei der **Arzneimittelversorgung** und zugelassene Ausnahmen

INTERNETSEITEN und TELEFONNUMMERN für weitere Informationen

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Freundinnen und Freunde,

die so genannte „Gesundheitsreform“ ist nun seit einem viertel Jahr in Kraft. Zentrale Fragen und fehlende Definitionen wurden in diesem Quartal beantwortet oder geklärt, so dass es zu diesem Zeitpunkt Sinn macht, die wichtigsten Veränderungen für Menschen mit HIV und/oder Hepatitiden in diesem Reader zusammenzustellen.

Im ersten Teil dieses Readers haben wir möglichst allgemeinverständliche Fassungen der teilweise komplizierten Sachverhalte zusammengestellt. Dennoch haben wir darauf Wert gelegt, dass diese möglichst „gesetzes- bzw. richtliniennah“ sind, um Spielräume für „eigene Interpretationen“ zu minimieren. Für diejenigen, die detaillierte Informationen benötigen und vor schwierigeren Texten nicht zurückschrecken, haben wir im zweiten Teil die Richtlinien-texte im Original eingefügt. Abschließend findet Ihr weiterführende Internetseiten und Telefonnummern.

Auf drei Themenbereiche wollen wir an dieser Stelle bereits kurz eingehen:

- **Definition schwerwiegende chronische Krankheiten:** Nach der nun getroffenen Entscheidung gehen wir davon aus, dass alle Menschen mit HIV und/oder mit chronischen Virushepatitiden, die unter medikamentöser Therapie stehen, per Definition als „chronisch krank“ einzustufen sind, und somit „nur“ 1 % statt 2 % ihrer monatlichen ‚Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt‘ an Zuzahlungen leisten müssen.
- In der Zwischenzeit liegt auch die Ausschlussliste der **nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente** und ihrer Ausnahmen vor. Hier wurde festgelegt, welche rezeptfreien Medikamente weiterhin zur Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, und welche nicht. Um den Umgang mit dieser Liste für Menschen mit HIV und/oder chronischen Virushepatitiden sowie ihren Ärzten leichter zu handhaben, haben wir, basierend auf den Beschlüssen, eine Liste mit den relevanten Medikamenten zusammengestellt, und kommentiert.

Wir bitten euch, diese Liste als Kopiervorlage zu benutzen und entsprechend weiterzu-reichen.

Darüber hinaus gibt es eine Telefon-Hotline des Gemeinsamen Bundesausschusses für weitere Fragen. Die Nummer ist dem Teil „Internetadressen und Telefonnummern“ zu entnehmen.

- **HIV-Resistenztests** können seit dem 23.03.2004 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Dies war ein langwieriger Prozess. Im November 2001 (!) hatte die DAH gemeinsam mit der Liste „Therapieaktivismus“ einen entsprechend begründeten Antrag beim damaligen Bundesausschuss „Ärzte und Krankenkassen“ eingereicht. Nach dem darauf nichts passierte, hatten wir zur Bundespositivenversammlung 2002 eine Protestbriefserie gestartet und mehrmals „gedrängelt“. Im Dezember 2003 hat der Bundesausschuss nun beschieden, und das Bundesministerium für Gesundheit hatte gegen diesen Bescheid keine Einwände. Der Beschluss ist diesem Reader zu entnehmen.

In den letzten Monaten wurden wir oft gefragt: „Was macht eigentlich die DAH zur Gesundheitsreform?“. Leider ist es uns durch unsere Arbeitsbelastung nicht immer möglich gewesen, die Ergebnisse zeitnah und detailliert zu veröffentlichen. Wir gehen davon aus, dass sich dies verbessern wird, wenn in naher Zukunft ein neuer Kollege für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit tätig sein wird. Dennoch möchten wir unsere bisherigen Aktivitäten hier kurz umreißen: Wir haben im November 2003 eine AG Gesundheitsreform eingerichtet, zweimal an den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Chronikerregelung, rezeptfreie Arzneimittel) teilgenommen, Interviews gegeben und Pressemitteilungen veröffentlicht. Darüber hinaus haben wir uns eng mit kooperierenden Verbänden (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte usw.) ausgetauscht, mit Kooperationspartnern die Medikamentenliste erarbeitet und abgestimmt, eine verbandliche Umfrage gestartet... usw.

Und es geht weiter. Viele Dinge sind eben noch nicht klar geregelt und viele Regelungen sind unserer Ansicht nach nicht in Ordnung. In naher Zukunft stehen für uns beispielsweise die folgenden Themen auf der Tagesordnung:

- Zuzahlungsregelung (für Bewohner stationärer Einrichtungen, Sozialhilfeempfänger, Menschen mit geringen Einkommen/Renten sowie Wohnungslose)
- Fahrtkostenregelungen für Substituierte
- Heilmittel- und Rehabilitationsrichtlinien
- Sondernahrung
- Auswertung der Verbandsumfrage
- Bewertung der neuen Regelung und Vorschläge für die Überarbeitung zum Jahreswechsel 2004 / 2005.

Die nächste Möglichkeit, die Auswirkungen der Reformen in großem Rahmen gemeinsam zu besprechen, wird die Bundespositivenversammlung/Bundesversammlung der Angehörigen von Menschen mit HIV/Aids vom 26.-29.08.2004 in Kassel sein. Sie steht ganz im Zeichen der Reformen und ihren Auswirkungen auf Menschen mit HIV und Aids. Diese Veranstaltung steht unter der Schirmherrschaft der Patientenbeauftragten der Bundesregierung Frau Kühn-Mengel, die auch persönlich anwesend sein wird.

Hinsichtlich der verbandlichen Umfrage, wollen wir zunächst den Kolleg(inn)en danken, die uns eine Rückmeldung gegeben haben. Insgesamt betrachtet waren es aber leider nur wenige, so dass man den Eindruck bekommen könnte, die Auswirkungen der „Gesundheitsreform“ treffen Menschen mit HIV kaum. Um politischen Druck zu organisieren benötigen wir aber eure Unterstützung. Wir kooperieren eng mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband-Gesamtverband auf Bundesebene. Dieser wiederum steht in engem Kontakt mit dem Bundeskanzleramt und wurde aufgefordert, konkrete Fälle bzw. Fallgruppen zu benennen, die von den Folgen der "Gesundheitsreform" besonders - teilweise sogar mehrfach - belastet werden. Wir würden dieses Angebot gerne nutzen, benötigen dazu aber weitere Informationen:

- **Konkrete** Daten von Einzelfällen, die euch bei eurer Beratungsarbeit begegnen, aus denen deutlich wird, dass der Mehraufwand durch die "Gesundheitsreform" eine unzumutbare Härte darstellt. Wie hoch ist die finanzielle Belastung im Einzelfall; in Bezug zu den Einkünften?
- **Konkrete** Beispiele von Menschen, die die Therapie womöglich ab- oder unterbrechen bzw. bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, da beispielsweise kein ausreichendes Nebenwirkungsmanagement mehr betrieben werden kann.
- **Konkrete** Beispiele, bei denen sich Ärzte/Ärztinnen weigern, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente, die auf der Ausnahmeliste stehen und daher zu Lasten der Krankenkasse verschrieben werden könnten, zu verschreiben.

Die gesammelten Fälle mailt/schickt bitte an:

Deutsche AIDS-Hilfe, Ulrich Sporleder, Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin
Uli.Sporleder@dah.aidshilfe.de

Wir hoffen, ihr könnt uns zahlreich unterstützen und danken euch herzlich im Voraus.

Berlin, im April 2004. Arbeitsgruppe „Gesundheitsreform“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Achim Weber
Referent f Versorgung
für Pflege &

Armin Schafberger
Referent für Medizin &
Gesundheitspolitik

Arnold Dörr
Sachbearbeiter
Veranstaltungen

Dirk Hetzel
Referent für Menschen
mit HIV & AIDS

Dirk Schäffer
Referent für Drogen
& Menschen in Haft

Uli Sporleder
Sachbearbeiter Me-
dien

Die Gesundheitsreform: Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen – die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick

Vereinfachte Zuzahlungsregeln

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsgrenzen

Alle Zuzahlungen werden für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden.

Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten.

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 % der Bruttoeinnahmen.

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 3.648 Euro) und gegebenenfalls den Freibetrag für den Ehepartner (4.347 Euro).

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit.

Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und auf Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen. Dies gilt auch für versicherungspflichtige Beschäftigte, die über solche Einnahmen verfügen.

Zuzahlungsbefreiungen

Seit dem 1. Januar 2004 gelten die alten Befreiungen nicht mehr. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt nach Antrag die jeweilige Kasse für das Kalenderjahr eine Befreiung aus.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<p>Zuzahlungen</p> <p>... beim Arztbesuch</p>	<p>Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.</p>	<p>Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.</p> <p>Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt 2 Mal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind davon ausgenommen.</p>	<p>10 Euro pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von 10 Euro nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind.</p>
<p>... bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln</p> <p>... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege</p>	<p>Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel.</p> <p>Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).</p>		<p><i>Beispiele:</i></p> <p>Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal 10 Euro begrenzt.</p> <p><i>Beispiel:</i></p> <p>Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 % der Massagekosten.</p>

... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl), jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorübergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% pro Tag, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<p><u>Leistungen der Krankenkasse</u></p> <p>- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</p>	<p>Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.</p> <p>Arzneimittel die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.</p>	<p>Ausnahmen: Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10% des Preises, mind. 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments.</p> <p>Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.</p>	<p>Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.</p>
<p>- Fahrkosten</p>	<p>Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.</p>	<p>Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.</p>	<p>Bei genehmigten Fahrten müssen 10 %, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen.</p>
<p>- Sehhilfen / Brillen</p>	<p>Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr.</p>	<p>Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Künstliche Befruchtung - Sterilisation - Sterbegeld - Entbindungsgeld 	<p>Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 % bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.</p> <p>Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.</p> <p>Werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.</p>	<p>Ausnahme: Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Mutterschaftsgeld - Empfängnisverhütung - Schwangerschaftsabbruch - Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 	<p>Für die Versicherten ändert sich nichts, da sie diese Leistungen auch weiterhin von der Krankenkasse erhalten.</p>		<p>Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 erhöht.</p>

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Zahnersatz	Bis Ende 2004 ändert sich nichts. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die Versicherten bezahlen dann für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag, voraussichtlich unter 10 Euro. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag. Der Zahnersatz kann auch privat versichert werden.		An Umfang, an der Qualität der Versorgung sowie den Härtefallregelungen wird sich gegenüber heute nichts ändern. Die Bonusregelungen gelten weiterhin. Ab 2005 werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt. Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst.
... beim Krankengeld	Bleibt Leistung der Krankenkasse. Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Bruttoeinkommens erhoben.		Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung, den Arbeitgeber und -nehmer je zur Hälfte zahlen, sinkt um 0,5 Prozentpunkte.

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



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 pragmatisch 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 Therapiestandard 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!!!

Genauere Aussagen kann ich machen, wenn die Auslegungsrichtlinien der Krankenkassen in dem zu erwartenden Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen 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

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@snafu.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



**Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.**



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 Einkommenssteuerbescheid 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 € – 4.347,00 € – 3.648,00 € – 3.648,00 € = 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 wahr. 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 Epivir 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 Mehrbedarfszuschläge 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. „erstattungs-fähigen“ 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
<hr/>
Erstattungsbetrag vor Abschlag
./. Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten
<hr/>
= 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. Man 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 GKVen 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.

Gemeinsamer Bundesausschuss

nach § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Pressemitteilung

(03/2004)

Chronikerregelung und Krankentransportrichtlinien verabschiedet

Gemeinsame Selbstverwaltung erfüllt in kurzer Zeit ihre Aufträge

Siegburg, den 22. Januar 2004 – Der Gemeinsame Bundesausschuss hat heute die Richtlinie zur Definition „schwerwiegende chronische Krankheiten“ und die Änderung der Krankentransport-Richtlinien beschlossen.

Damit werden die bereits am 1. und 15. Dezember 2003 von dem damals zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen - vom BMGS aber nicht genehmigten - Richtlinien jetzt unter Mitwirkung von Patientenvertretern weiterentwickelt und auf die neue gesetzliche Grundlage gestellt. Wären die damals auf ausdrücklichen Wunsch des BMGS im Vorgriff auf die gesetzliche Neuregelung erarbeiteten Richtlinien als Übergang zum 1. Januar 2004 akzeptiert worden, wäre ein Großteil der Verunsicherungen in der Bevölkerung, beispielsweise bei Dialysepatienten, nicht entstanden. Durch die jetzigen umfassenderen Regelungen der Fahrtkostenerstattung wird der Kreis der Begünstigten um Gehbehinderte erweitert. Die Kriterien zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung als Grundlage einer Herabsenkung der Belastungsgrenze der Versicherten werden deutlich weiter gefasst; damit wird ebenfalls der Kreis der Begünstigten erweitert.

„Wir sind uns der hohen Verantwortung bewusst, die der Gemeinsame Bundesausschuss mit der wesentlich erweiterten Aufgabenstellung für die Definition von Leistungen und Qualitätsanforderungen in der GKV übernommen hat. Die Übertragung der mit deutlichen Einsparerwartungen der Politik verbundenen Neuregelungen in beiden Bereichen war und bleibt aber wegen der für Fahrtkosten

sehr restriktiven und für die Chronikerregelung sehr komplexen Gesetzestexte mit großen Schwierigkeiten verbunden. Wir brauchen operationalisierbare und rechtssichere Regelungen und keine neue Verwaltungsbürokratie. Untätigkeitsvorwürfe gegen den bisherigen Bundesausschuss von Seiten der Politik entbehren daher jeder Grundlage“, so Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses heute in Bonn.

Die sogenannte Chronikerregelung, die der erst seit dem 1. Januar 2004 kraft Gesetzes 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 wenigstens ein Jahr lang) 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 den Maßstäben § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- 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 (*wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang*) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

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. Diese Liste ist nicht abschließend.

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

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 während der Sitzung die Zustimmung zu beiden Richtlinienbeschlüssen angekündigt.

Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg,

Tel.: 02241-9388-0, Fax: 02241-9388-35

www.g-ba.de

Pressestelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Caroline Mohr Tel.: 02241/9388-41, Fax: 02241/9388-35 caroline.mohr@g-ba.de

Kristine Reis-Steinert Tel.: 02241/9388-30, Fax: 02241/9388-35

kristine.reis-steinert@g-ba.de

Zur Verordnungsfähigkeit rezeptfreier Arzneimittel

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.03.2004

Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Eine Verordnung dieser Arzneimittel ist jedoch ausnahmsweise zulässig, wenn sie bei der Behandlung **schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard** gelten.

Wann gilt eine Krankheit als schwerwiegend?

Eine Krankheit gilt als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

Wann gehört ein Arzneimittel zum Therapiestandard?

Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Dürfen auch homöopathische Arzneimittel verordnet werden?

Der Arzt kann bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung

Medikament / Wirkstoff	Indikation
Abführmittel	- nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mucovisidose, neurogene Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phoshatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz und Opiatherapie
Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/ Dosisinheit)	- als Thrombozyten-Agregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall nach arteriellen Eingriffen
Acetylsalicylsäure und Paracetamol	- nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
Acidose-therapeutika	- nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz
Antihistaminika	- nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus
Antimykotika	- nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum
Antiseptika und Gleitmittel	- nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung
Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen	
Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/ Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)	- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens

	<p>sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen</p> <ul style="list-style-type: none">- nur bei Patienten mit Skelettmetastasen (zur Senkung der skelettbezogenen Morbidität) gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation des Bisphosphonats
Calciumverbindungen (mind. 300mg Calcium-Ionen/Dosiseinheit)	<ul style="list-style-type: none">- nur als Monotherapie bei Hypoparathyreodismus
Chinin	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung der Malaria
Citrate	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung von Harnkonkrementen
E. coli Stamm Nissle 1917	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin
Eisen-(II)-Verbindungen	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie
Flohsamenschalen	<ul style="list-style-type: none">- nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziierte Diarrhoen
Folsäure und Folate	<ul style="list-style-type: none">- nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Palliativbehandlung des kolorektalen Karzinoms in Kombination mit Fluorouracil
Gingko biloba blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert)	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung der Demenz
Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform)	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden
Iodid	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
Iod-Verbindungen	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren
Kaliumverbindungen als Monopräparate	<ul style="list-style-type: none">- nur zur Behandlung der Hypokaliaemie

Lactulose und Lactitol	- nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie
Lösungen zur parenteralen Ernährung	
Magnesiumverbindungen, oral	- nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen
Magnesiumverbindungen, parenteral	- nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko
Metixenhydrochlorid	- nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms
Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin standardisiert	- nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität
Niclosamid	- nur zur Behandlung von Bandwurmbefall
Nystatin	- nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten
Ornithinaspartat	- nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie
Pankreasenzyme	- nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mucoviszidose
Phosphatbinder	- nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse
Phosphatverbindungen	- bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
Salicylsäurehaltige Zubereitungen	- in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme
Synthetischer Speichel	- nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei rheumatischen oder

	onkologischen Erkrankungen
Synthetische Tränenflüssigkeit	- nur zur Behandlung des Siccasyndroms bei rheumatischen Erkrankungen
Vitamin K als Monopräparate	- nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen	- nur bei der Dialyse
Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate	- nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/ Dosiseneinheit)
Zinkverbindungen als Monopräparat	- nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel - zur Hemmung der Kupfereaufnahme bei Morbus Wilson
Arzneimittel zur sofortigen Anwendung	- Antidote bei akuten Vergiftungen - Lokalanaesthetika zur Injektion
Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.	

FAXREPORT

zu HIV und AIDS

Ausgabe Nr. 02/2004 vom 08.04.2004

Impressum

Gastredaktion:
Armin Schafberger, Achim Weber, beide DAH

Redaktion
Bernd Vielhaber
Fon: 0 30 – 62 70 48 02/ Fax: 0 30 – 62 70 48 03
email: bernd.vielhaber@snafu.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

**Nicht verschreibungspflichtige
Medikamente 2**

**Was müssen Menschen mit HIV/AIDS
und/oder chronischer Virushepatitis und
ihre Ärzte ab 1.4. 2004 beachten? 2**



Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Was müssen Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischer Virushepatitis und ihre Ärzte ab 1.4. 2004 beachten?

Nicht verschreibungspflichtige („rezeptfreie“) Medikamente können ab dem 1.4.2004 nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vom Arzt verordnet werden. Allerdings hat der Gemeinsame Bundesausschuss im März 2004 eine so genannte "Ausnahmeliste" beschlossen. Für Medikamente auf dieser Liste gilt, dass sie (meist nur für die Indikation, die in der Liste angegeben ist) weiterhin noch zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden können.

Für Menschen mit HIV/AIDS und/oder chronischen Virushepatitiden fallen nun Medikamente in erheblichem Ausmaß aus der Versorgung, das heißt sie müssen von den Patient(inn)en selbst bezahlt werden. Da die Ausgaben für diese Medikamente auch nicht durch die „2 % bzw. 1 % (für chronisch Kranke) Regelung gedeckelt“ sind, bedeutet dies einen zum Teil hohen persönlichen Mehraufwand um sowohl Symptome der HIV- und/oder Hepatitis-Erkrankung, als auch die Nebenwirkungen der HAART oder der Interferontherapie behandeln zu können.

In manchen Fällen kann ein anderes, verschreibungspflichtiges Medikament sinnvoll sein. Manchmal ist auch die höhere Dosierung des gleichen Wirkstoffes oder sogar die gleiche Dosierung des gleichen Wirkstoffes unter anderem Verkaufsnamen verschreibungspflichtig und damit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse zu verordnen. Kompliziert wird die Regelung dadurch, dass auch manche verschreibungspflichtige Medikamente nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Die folgende Liste ist nach „Erkrankung/Symptom/Nebenwirkung“ geordnet und gibt Auskunft über Medikamente

- die, weil nicht verschreibungspflichtig, nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden können, (= man braucht kein „Rezept“ und zahlt selbst)
- die zwar nicht verschreibungspflichtig sind, aber auf der Ausnahmeliste stehen und weiterhin verordnet werden können, (= mit „Rezept“ zahlt die Krankenkasse, ohne „Rezept“ zahlt man selbst)
- die verschreibungspflichtig sind und zu Lasten der GKV verordnet werden können, (= man braucht „Rezept“ und die Krankenkasse zahlt)
- die verschreibungspflichtig sind und trotzdem nicht zu Lasten der GKV verordnet werden können. (= man braucht „Rezept“ und zahlt selbst)

Wichtige Hinweise:

Autoren, Redaktion und Herausgeberin haben für die Wiedergabe aller in diesem Werk enthaltenen medizinischen Informationen (Verfahren, Medikamente, Generika, Inhaltsstoffe, Mengen, Dosierungen, Applikationen usw.) große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Erarbeitung können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Redaktion und Herausgeberin übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Werk berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Diese Liste ist auch als Kopiervorlage gedacht. Sie darf nur vollständig, das heißt in Gänze mit diesem Deckblatt, weitergegeben werden!

Wir bitten um Rückmeldung, wenn Sie einen Fehler in dieser Zusammenstellung gefunden haben. Vielen Dank!

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin, Fon 030/69 00 87-0, Fax 030/69 00 87-42, E-Mail: dah@aidshilfe.de, Internet: www.aidshilfe.de

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Allergien	Antihistaminika		Ja, bei schweren immer wiederkehrenden allergischen Hautreaktionen oder bei lange anhaltendem schwerem Juckreiz!	Juckende Haut und allergische Reaktionen sind häufig bei Menschen mit HIV. Die HIV-Infektion führt zu einer Überreaktion des Immunsystems. Folge sind vermehrt auftretende behandlungsbedürftige Allergien und Autoimmunerkrankungen. Allergische Hautreaktionen sind auch Nebenwirkungen der HIV-Medikamente.
Verstopfung	Abführmittel		Ja, nicht-verschreibungspflichtige (!) Abführmittel sind zu Lasten der GKV zu verordnen nur bei Opiattherapie und einigen anderen Ausnahmen (z.B. neutrogene Darmlähmung, s. Liste des Bundesausschuss).	Substituierte (Opiattherapie = Methadon- oder Polamidon- oder Buprenorphinsubstitution) können somit nicht verschreibungspflichtige Abführmittel noch zu Lasten der GKV verschrieben bekommen. Achtung: Verschreibungspflichtige (!) Abführmittel werden <u>nicht</u> von der GKV erstattet, doch auch hier gibt es eine den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln fast gleichende Ausnahmeliste, die jedoch die Opiattherapie NICHT beinhaltet.
Schmerzen	Acetylsalicylsäure, Paracetamol	Aspirin	Nein, mit Ausnahmen: Nur bei starken und stärksten Schmerzen und nur wenn auch Opiode verordnet werden, also z. B. bei der Therapie starker Krebschmerzen.	Damit sind Acetylsalicylsäure und Paracetamol in der allgemeinen Schmerzbehandlung für Menschen mit HIV praktisch nicht mehr zu Lasten der GKV zu verordnen.
Schmerzen	Ibuprofen, Diclofenac		Ja, aber nur wenn die Präparate verschreibungspflichtig sind.	Achtung: Es gibt niedrig (nicht verschreibungspflichtig) und höher (verschreibungspflichtig) dosierte Präparate von Ibuprofen und Diclofenac. Nur die höher dosierten Präparate können zu Lasten der GKV verordnet werden.
Schmerzen	Opioide/Opiate		Ja, da verschreibungspflichtig.	Keine Veränderungen
krampfartige Schmerzen	Butylscopolaminiumbromid	Buscopan	Nein, da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Krampfartige Schmerzen treten häufiger als Nebenwirkung einer Proteaseinhibitor-Therapie auf.
Fieber/ grippaler Infekt	Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac		Nein, egal, ob verschreibungspflichtig oder nicht, bei grippalem Infekt zahlt die Krankenkasse nicht.	

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
<p>HIV-bedingtes Fieber</p> <p>Fieber, Muskelschmerzen und Gelenkschmerzen infolge Interferontherapie</p>	<p>Ibuprofen, Diclofenac</p>		<p>Eher ja, HIV-bedingtes Fieber und Fieber infolge von Interferon hat schließlich nichts mit einem grippalen Infekt zu tun (s. oben), sondern sind Begleiterscheinungen von schweren Erkrankungen bzw. deren Therapie. Es könnte aber sein, dass die Krankenkassen dies fälschlicherweise als grippalen Infekt einstufen - obwohl der Infekt meist ein einmaliges Ereignis bleibt - HIV-bedingtes Fieber und die Nebenwirkungen der Interferontherapie aber über einen längeren Zeitraum therapiert werden müssen.</p>	<p>Behandlungsbedürftiges Fieber unklarer Ursache treten bei der HIV-Infektion häufig auf. Grippeähnliche Symptome sind häufige Nebenwirkungen einer Interferontherapie. Hier ist eventuell der Einsatz des verschreibungspflichtigen Novalgins sinnvoll. Bei Muskel- und Gelenkschmerzen sind Ibuprofen oder Diclofenac wirkungsvoller.</p> <p>Achtung: Es gibt niedrig (nicht verschreibungspflichtig) und höher (verschreibungspflichtig) dosierte Präparate von Ibuprofen und Diclofenac. Nur die höher dosierten Präparate können zu Lasten der GKV verordnet werden.</p> <p>Acetylsalicylsäure oder Paracetamol können hier nicht zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden, da nicht verschreibungspflichtig (und keine Ausnahmeregelung vorhanden). Acetylsalicylsäure und Paracetamol sind aber zur Senkung von HIV-bedingtem Fieber und bei Fieber infolge der Interferontherapie besser geeignet und nebenwirkungsärmer als Ibuprofen oder Diclofenac. Damit entfällt die erstattungsfähige, nebenwirkungsärmere Therapievariante oder die Patienten bezahlen selbst.</p>
<p>Atemwegserkrankungen</p>	<p>Acetylcystein (ACC)</p>		<p>Ja und Nein: Ja: Wenn das Präparat verschreibungspflichtig ist. Nein: Als nicht verschreibungspflichtiges Präparat und keine Ausnahmeregelung.</p>	<p>Atemwegserkrankungen treten bei HIV-Erkrankung häufiger auf.</p> <p>ACC gibt es in unterschiedlichen Dosierungen jeweils als verschreibungspflichtiges und als nicht verschreibungspflichtiges Präparat.</p>

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Atemwegs-erkrankungen	Pflanzliche Kombinationspräparate	Gelomyrtol, Sinupret	Nein , da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Präparate der klassischen Naturheilkunde werden nicht mehr zu Lasten der GKV erstattet (nur einzelne Ausnahmen). Es gibt pflanzliche Kombinationspräparate, denen Antibiotika zugesetzt sind und die daher verschreibungspflichtig sind (und zu Lasten der GKV verordnet werden können). Diese Präparate entstammen dem „trickreichen“ Management der pharmazeutischen Industrie und erfüllen nicht die Kriterien für ein klassisches naturheilkundliches Präparat
starke Abmagerung/ Ernährungsstörung	Lösungen zur parenteralen („künstlichen“) Ernährung		Ja , da zwar nicht verschreibungspflichtig, aber auf der Ausnahmeliste.	Z.B. bei starker Abmagerung infolge Krebserkrankung
Arzneimitteltherapie z.B. in der ambulanten Pflege	Arzneistofffreie Injektions-, Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen		Ja , da zwar nicht verschreibungspflichtig, aber auf der Ausnahmeliste.	Erforderlich als Trägersubstanz zur intravenösen Applikation von Medikamenten (Antibiotika, Antimykotika...)
Pilzkrankungen	Nystatin		Ja , aber nur zur Behandlung von Mykosen (Pilzkrankungen) bei immunsupprimierten Patienten.	Pilzinfektionen treten bei HIV-Erkrankung häufiger auf. Cremes mit Nystatin sind somit bei HIV-Erkrankung erstattungsfähig.
Seborrhoische Dermatitis / Infektionen mit Pityriasis versicolor (Haut-Pilzkrankung)	Ketoconazol	Nizoral-Creme, Terzolin-Creme, Terzolin-Lösung	Nein , da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Zur lokalen („äußeren“) Behandlung von Pityriasis versicolor Infektionen und zur Behandlung von seborrhoischer Dermatitis (häufig bei Menschen mit HIV-Erkrankung). Achtung: Ketoconazol-Tabletten zur systemischen („innerlich, im ganzen Körper wirkende“) Therapie sind verschreibungspflichtig und damit zu Lasten der GKV zu verordnen.
Pilzkrankungen im Mund- und Rachenraum	Antimykotika (Anti-Pilz-Medikamente)		Ja , nicht verschreibungspflichtig, aber auf der Ausnahmeliste (für den Mund- und Rachenraum).	Pilzinfektionen auch im Mund- und Rachenbereich treten bei HIV-Erkrankung häufiger auf.

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Herpes-Simplex-Infektion	Melisse	Lomaherpan	Nein, da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Herpes-Simplex-Infektionen der Haut und Schleimhaut treten bei HIV-Erkrankung häufiger auf. Präparate der klassischen Naturheilkunde werden nicht mehr zu Lasten der GKV erstattet (nur einzelne Ausnahmen).
Durchfall	Trockenhefe aus Saccharomyces boulardii u.a. Probiotika		Nein, da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Saccharomyces boulardii u.a. Probiotika werden eingesetzt zur Unterstützung des Aufbaus der durch HIV, die antiretrovirale Therapie und den häufigen Einsatz von Antibiotika geschädigten Darmflora.
Verdauungsstörungen	Pankreasenzyme	Kreon	Ja , aber nur bei chronischer exokriner Pankreasinsuffizienz (=Störung der Produktion von Verdauungsenzymen in der Bauchspeicheldrüse).	Antiretrovirale Medikamente (z.B. Videx, Kaletra) können zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und nachfolgender Schwäche der Bauchspeicheldrüsenfunktion führen.
Verdauungsstörungen	Pflanzliche Kombinationspräparate	Iberogast	Nein , da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Pflanzliche Präparate können zur Behandlung der Motilitätsstörungen (Störungen der Darmbewegung), Magenstörungen, Magenschleimhautentzündung sowie Krämpfen (Magen- und Darmspasmen) infolge der HAART eingesetzt werden.
Verdauungsstörungen	Simethicon	Sab simplex	Nein , da nicht verschreibungspflichtig und keine Ausnahmeregelung.	Meteorismus (vermehrte Darmgasbildung, „Blähungen“) ist eine häufige Nebenwirkung der Therapie mit Proteaseinhibitoren.
Durchfall	Loperamid	Imodium, Loperamid	Ja , da verschreibungspflichtig.	Durchfälle treten bei HIV-Erkrankung und infolge HAART häufiger auf.
Durchfall	Calciumverbindungen		Nein , da nicht verschreibungspflichtig und ausnahmen nur für Osteoporose, Skelettmetastasen und bei Steroidtherapie bestehen.	Calcium ist ein wirkungsvolles und nebenwirkungsarmes Medikament zur Behandlung von Durchfällen, die infolge einer Therapie mit Proteaseinhibitoren entstehen. Es gehörte dringend auf die "Ausnahmeliste", kann momentan aber nicht zu Lasten der GKV verordnet werden.
Durchfall	Plantago ovata (Flohsamenschalen)		Ja , aber nur bei HIV-bedingtem Durchfall (sowie bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn).	Quellstoffe wie z.B. Flohsamenschalen mindern die durch die HAART auftretenden Durchfälle und führen zu einer Regulierung des häufigen Stuhlgangs.

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Übelkeit	Dimenhydrinat	Vomex A	Ja, verschreibungspflichtig und für diese Indikation erstattungsfähig.	Häufiges Erbrechen infolge der Medikation kann zu einer Verringerung der Wirksamkeit der HAART und dadurch zu Resistenzbildungen führen. Achtung: Für die Indikation "Reisekrankheit" sind diese Medikamente <u>nicht</u> zu Lasten der GKV zu verordnen.
Leberzirrhose	Silymarin		Nein, da nicht verschreibungspflichtig.	Silymarin (Wirkstoff der Mariendistel) wird zur unterstützenden Behandlung bei chronisch entzündlichen Lebererkrankungen (z. B. bei chronischer Virushepatitis, medikamentenbedingten Leberschäden) von einigen Ärzten eingesetzt. Achtung: Mögliche Wechselwirkungen mit der HAART
Leberzirrhose	Essentielle Aminosäuren	Falkamin	Nein, da nicht verschreibungspflichtig und nicht auf der Ausnahmeliste.	Vorbeugung und Verbesserung der Hirnfunktion bei Hepatitis-bedingter Leberzirrhose mit hepatischer Enzephalopathie. Die HIV/Hepatitis (B oder C)-Koinfektion führt zu einem rascheren Fortschreiten der Zirrhose.
Leberzirrhose	Lactulose		Ja, aber nur bei Leberversagen in Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie (Schädigung des Gehirns infolge Leberversagen).	Lactulose / Lacticol kann somit nur noch bei schwerer Leberzirrhose (z.B. bei HIV/Hepatitis-Koinfektion) zu Lasten der GKV verordnet werden. Nicht mehr zu Lasten der GKV ist Lactulose zur Behandlung der Obstipation (Verstopfung) infolge Opiattherapie (Substitution) zu verordnen.
Neuromuskuläre Störungen	Magnesiumoxid		Nein, da nicht verschreibungspflichtig (Ausnahme lediglich bei Magnesiumverlust und Magnesiummangel).	Neuromuskuläre Störungen sind eine häufige Nebenwirkung der HAART bzw. werden auch durch die HIV-Infektion selbst verursacht. Magnesium kann zur Therapie der neuromuskulären Störungen eingesetzt werden.
Schlafstörungen	Baldrian		Nein, da nicht verschreibungspflichtig und als Präparat der klassischen Naturheilkunde nicht auf der Ausnahmeliste.	Schlafstörungen als Folge von Krankheitsbewältigungsprozessen oder als Nebenwirkung der HAART oder Interferon-Therapie treten häufig auf. Andere Beruhigungs- oder Schlafmittel (z.B. Benzodiazepine) sind nur beschränkt einsetzbar aufgrund von unerwünschten Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten.

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Depressive Episoden	Hypericum perforatum (Johanniskraut)		Ja , nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden (Ausnahmeliste)!	Nur als hydroalkoholischer Extrakt und nur mit mindestens 300 mg pro Applikationsform bei mittelschweren depressiven Episoden zu Lasten der GKV zu verordnen! Achtung: starke Wechselwirkungen mit HIV-Medikamenten!
Polyneuropathie	Vitamin B 6		Nein , Vitamine werden nur noch bei Vitaminmangel erstattet.	Nervenschädigungen (mit Nervenschmerzen) sind häufiger bei der HIV-Infektion und treten auch infolge der HAART als Nebenwirkung auf.
Scheideninfektionen (Prophylaxe und Nachbehandlung)	Milchsäurehaltige Vaginaltherapeutika		Nein , da nicht verschreibungspflichtig und nicht auf der Ausnahmeliste.	Störungen der Scheidenflora sind bei HIV-Infektion und dem Einsatz von Antibiotika und der HAART häufig. Milchsäurehaltige Vaginaltherapeutika werden zur Nachbehandlung (Regulierung der Scheidenflora) eingesetzt, wenn vorab Antibiotika oder Antimykotika eingesetzt wurden.
Störungen der Menstruation (Regeltempoanomalien), prämenstruelle Beschwerden, Spannungs- und Schwellungsgefühl in den Brüsten	Mönchspfeffer		Nein , da nicht verschreibungspflichtig und als Mittel der klassischen Naturheilkunde keine Ausnahmeregelung.	Anwendungsgebiete von Mönchspfeffer sind unregelmäßige Monatsblutungen, Beschwerden vor Eintritt der Regelblutung sowie Spannungs- und Schwellungsgefühl in den Brüsten, die unter der HAART vermehrt auftreten. Die HIV-Infektion und die HAART führen gehäuft zu Zyklusstörungen und früher einsetzender Menopause. Damit entfällt die erstattungsfähige nebenwirkungsärmere Therapievariante oder die Patientinnen bezahlen selbst. Der Einsatz von Hormonen ist aufgrund von Wechselwirkungen mit der HAART problematisch.
Pilzinfektionen der Scheide	Nystatin		Ja , da zwar nicht verschreibungspflichtig, aber auf der Ausnahmeliste.	Zur lokalen Behandlung von Pilzinfektionen in der Vagina (häufig auftretend bei der HIV-Infektion).
Blutarmut infolge Eisenmangels	Eisen (II)-Verbindungen		Ja , aber nur bei nachgewiesener Eisenmangelanämie.	Eine Eisenmangelanämie tritt häufiger in der Schwangerschaft auf.

Fax Report 02 / 2004

Erkrankung / Symptom / Nebenwirkung	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Präparatebeispiel	zu Lasten der GKV (Krankenkasse)?	Bemerkung
Toxoplasmose-Therapie / Darmkrebs-Therapie	Folsäure und Folate (z.B. Folinsäure)		Ja, nur zur Prophylaxe und Therapie von Nebenwirkungen durch Folsäureantagonisten (z.B. Pyrimethamin).	Erforderlich und unverzichtbar zur Prophylaxe und im Nebenwirkungsmanagement bei der Toxoplasmose-therapie (mit Pyrimethamin) und in der Krebstherapie (Darmkrebs). Bei Einsatz von Pyrimethamin bei Toxoplasmose sollte Folinsäure (teuer) und nicht Folsäure (billig) verwendet werden, da Folsäure in Anwesenheit von Pyrimethamin nicht wirksam umgewandelt werden kann!
Erektionsstörungen (erektile Dysfunktionen)	Erektionsfördernde Medikamente	Viagra, Uprima, Cialis, Levitra	Nein , obwohl verschreibungspflichtig, von der Erstattung ausgenommen.	Erektile Dysfunktionen (Erektionsstörungen. Umgangssprachlich: „Potenzstörungen“) sind häufiger bei HIV-Erkrankung und als Nebenwirkung der HIV-Therapie.

Fragen und Antworten: Heilmittel

1. Was versteht man unter Heilmitteln?

Heilmittel werden eingesetzt, um Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zu Heilmitteln gehören Dienstleistungen wie zum Beispiel die physikalische Therapie (Massagen, Krankengymnastik), die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und die Ergotherapie. Diese werden von zugelassenen Heilmittelerbringern nach einer ärztlichen Verordnung geleistet.

2. Wann habe ich Anspruch auf eine Behandlung mit Heilmitteln?

Als Versicherte bzw. Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie Anspruch auf Heilmittel. Das sind zum Beispiel Krankengymnastik, Massage, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Heilmittel darf Ihnen nur eine Ärztin oder ein Arzt verordnen. Und auch nur dann, wenn die Heilmittel notwendig sind, d. h. wenn sie eine bestehende Krankheit heilen oder lindern helfen, Pflegebedürftigkeit verhindern oder die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes ohne Heilmittelanwendung ernsthaft gefährdet ist. Nach der ärztlichen Verordnung dürfen die Heilmittel ausschließlich von zugelassen Heilmittelerbringern wie Ergo- oder Logotherapeuten geleistet werden.

3. Welche Heilmittel übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen?

Ihr Arzt kann ein Heilmittel nur dann verordnen, wenn der therapeutische Nutzen anerkannt und die Qualität bei der Leistungserbringung gewährleistet ist. Welche Heilmittel verordnungsfähig sind, ist in den Heilmittel-Richtlinien veröffentlicht. Im sogenannten Heilmittel-Katalog sind den einzelnen Erkrankungsbildern die Heilmittel zugeordnet, die am sinnvollsten eingesetzt werden. Fragen Sie dazu Ihre Krankenkasse.

4. Wie viel muss ich bei Heilmitteln zuzahlen?

Bei Heilmitteln gehen 10 Prozent der Kosten des Mittels zuzüglich 10 Euro je Verordnung auf Ihr Konto. Damit wird die Zuzahlung bei Heilmitteln gegenüber früher von 15 auf 10

Prozent der Kosten des Heilmittels abgesenkt und eine zusätzliche Zuzahlung von 10 Euro je Verordnung eingeführt, die mehrere Anwendungen umfassen kann.

5. Wie viele verordnungsfähige Mengen kann mein Arzt bei Heilmitteln pro Verordnungsblatt (Rezept) verschreiben?

Die maximale Verordnungsmenge beträgt bei Heilmitteln pro Verordnungsblatt (Rezept) im Regelfall sechs Einheiten für die physikalische Therapie und zehn Einheiten für Maßnahmen der Ergotherapie sowie der Stimmen-, Sprech- und Sprachtherapie. Allerdings sind Ausnahmen, beispielsweise für Patienten nach einem Schlaganfall, möglich. Übrigens: In den Fällen, in denen eine längerfristige Verordnung erforderlich ist, kann Ihr Arzt die Verordnungsmenge pro Rezept selbst bestimmen.

6. Wie viele Heilmittel-Behandlungen können bei einer Erkrankung insgesamt verordnet werden?

Ihr Arzt kann Ihnen bei Erkrankungen mit voraussichtlich kurzfristigem Verlauf einmal bis zu sechs Behandlungen verordnen, bei Erkrankungen mit voraussichtlich langfristigem Verlauf 20, 30 oder 50 Behandlungen. Langfristige Verordnungen, die über die festgelegte Gesamtverordnungsmenge hinausgehen, sind grundsätzlich möglich, müssen jedoch medizinisch begründet und von Ihrer Krankenkasse genehmigt werden.

7. Warum dürfen Behandlungen mit Heilmitteln nur bis zu einer bestimmten Menge verordnet werden?

Um die Qualität und den Erfolg der Behandlung zu sichern, gilt für alle Maßnahmen der Heilmitteltherapie, dass der behandelnde Arzt vor einer Folgeverordnung den bisherigen Behandlungserfolg überprüft. Er überzeugt sich vom Zustand der Patientin bzw. des Patienten und entscheidet mit ihr bzw. ihm gemeinsam über den weiteren Verlauf der Behandlung. Besonders wichtig für eine Fortsetzung der Behandlung ist die Motivation und Mitarbeit des Patienten. Die maximale Verordnungsmenge beträgt deshalb pro Verordnungsblatt (Rezept) im Regelfall sechs Einheiten für die physikalische Therapie und zehn Einheiten für Maßnahmen der Ergotherapie sowie der Stimmen-, Sprech- und Sprachtherapie. Ausnahmen, beispielsweise für Patienten nach einem Schlaganfall, sind möglich, wenn die medizinische Notwendigkeit hierfür gegeben ist.

8. Kann ich mir Heilmittel auch langfristig verordnen lassen?

Ja. Auch nach Überschreiten der in den Heilmittel-Richtlinien geregelten Gesamtverordnungsmengen für einzelne Diagnosegruppen ist eine Fortsetzung der Heilmittelbehandlung möglich, wenn dies medizinisch notwendig erscheint. So erhalten beispielsweise Kinder mit einer schweren spastischen Lähmung, Schlaganfallpatienten oder Patienten mit einer schweren Multiplen Sklerose die notwendige Behandlung ohne Unterbrechung und ohne weiteren bürokratischen Aufwand.

9. Wird der Anspruch auf eine Heilmittelversorgung durch den Anspruch auf Frühförderung eingeschränkt?

Der Anspruch auf eine Heilmittelversorgung wird durch den Anspruch auf Frühförderung nicht eingeschränkt. Allerdings dürfen Heilmittel nicht verordnet werden, wenn diese im Rahmen der Frühförderung als therapeutische Leistung bereits erbracht werden.

10. Warum war eine Neufassung der Heilmittel-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig?

Patientinnen und Patienten sollen bei jeder Erkrankung die erforderliche Versorgung erhalten. Dies schließt auch die Versorgung mit Heilmitteln ein. Die Ausgaben für Heilmittel sind jedoch seit 2001 um über 20 Prozent gestiegen, ohne dass hierfür zwingende medizinische Gründe erkennbar waren. Ursächlich für den überproportionalen Ausgabenanstieg waren vielmehr Probleme in der praktischen Anwendung der Heilmittel-Richtlinien. So gab es nicht nur unterschiedliche Verordnungsmengenvorgaben, sondern auch eine Vielzahl verschiedener Einzeldiagnosen: im Bereich physikalische Therapie allein für das Bewegungssystem 53 mögliche Diagnosen. Für Ärzte und Patienten gleichermaßen kompliziert und aufwändig erwiesen sich zudem die Vorgaben für die Verordnung von Heilmitteln (Erstverordnung, 1. und 2. Folgeverordnung, Langfristverordnung im Regelfall und begründungspflichtige Verordnung außerhalb des Regelfalls). Die Kombination mit jeweils völlig unterschiedlichen Verordnungsmengen sorgte für eine unübersichtliche Vielzahl verschiedener Verordnungsregeln. Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinien schafft hier Abhilfe und sorgt für mehr Übersichtlichkeit und damit auch mehr Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung mit Heilmitteln.

11. Was wurde bei den Heilmittel-Richtlinien zum 01.07.2004 geändert?

Mit der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien wurde für mehr Übersichtlichkeit gesorgt und eine leichtere Handhabung ermöglicht. So sind beispielsweise einzelne Diagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst worden. Die Zahl der Skelettdiagnosen wurde beispielsweise von 53 Diagnosen auf sieben Diagnosegruppen reduziert.

Darüber hinaus wurden die Verordnungsvorschriften vereinfacht. Das, heißt, dass im Rahmen der Regelversorgung für die einzelnen Diagnosegruppen Gesamtverordnungsmengen festgelegt wurden. Für die physikalische Therapie bei einem Kind mit einer angeborenen Fehlbildung des Fußes beträgt z. B. die Gesamtverordnungsmenge 30 Einheiten.

12. Weshalb ist eigentlich der Gemeinsame Bundesausschuss für die Neufassung der Heilmittel-Richtlinien zuständig?

Im Recht der Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V) werden die Leistungsansprüche der Versicherten und der Behandlungsumfang in der gesundheitlichen Versorgung nur generell und abstrakt geregelt. Die Einzelheiten bestimmen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Gültigkeit zum 01.07.2004 die Neufassung der Richtlinien für die Versorgung mit Heilmitteln (z. B. Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie) verabschiedet.

Bekanntmachungen

■ Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
[1689 A] **Bekanntmachung
des Bundesausschusses
der Ärzte und Krankenkassen
über einen Beschluss zur Änderung der Anlage A
„Anerkannte Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden“
der Richtlinie
zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie)
gemäß § 135 Abs. 1
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Vom 1. Dezember 2003**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2003 beschlossen, die Anlage A der BUB-Richtlinien in der Fassung vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4602), zuletzt geändert am 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. ■ ■), wie folgt zu ändern:

„10. Genotypische HIV-Resistenztestung

Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten, wenn unter einer ausreichend langen und zuverlässigen Einnahme einer antiretroviralen Medikamentenkombination entsprechend dem Therapiestandard aktueller Behandlungsleitlinien (mit einer Kombination aus drei antiretroviralen Medikamenten aus mindestens zwei unterschiedlichen Substanzklassen, in der Regel einschließlich eines Protease-Hemmers oder eines Nicht-Nukleosidalen Reverse Transkriptase-Hemmers)

— jeweils durch eine Kontrollmessung der Viruslast bestätigt—

- a) die Viruslast innerhalb von vier bis sechs Monaten nicht unter die Nachweisgrenze zu senken ist
oder
- b) ein erneuter, klinisch relevanter Anstieg der Viruslast auf mindestens das Dreifache des niedrigsten, unter der Therapie erreichten Viruslast-Niveaus festgestellt wurde
oder
- c) ein Abfall der Viruslast bei zuvor klinisch relevant erhöhtem Viruslast-Niveau um weniger als 90% des Ausgangswertes nach acht Wochen festgestellt wurde,
und
- d) deshalb eine Therapieumstellung notwendig wird und beabsichtigt ist.

Es können nur solche genotypischen HIV-Resistenztests zur Anwendung kommen, durch welche die relevanten Genomabschnitte, die für die Reverse Transkriptase und die Protease kodieren, gemäß aktueller Standards hinreichend genau und reproduzierbar sequenziert werden. Die Interpretation der Testergebnisse und gegebenenfalls die weitere Therapieplanung sollen unter Einbeziehung eines in der HIV-Behandlung erfahrenen Arztes vorgenommen werden.

Eine labortechnische Voraussetzung für die Durchführung und Aussagefähigkeit einer HIV-Resistenztestung ist derzeit eine aktuelle Viruslast von ca. 1000 Kopien/ml.“

Die vorstehende Änderung der Anlage A der BUB-Richtlinien tritt am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Köln, den 1. Dezember 2003
Bundesausschuss
der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

Jung

Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Definition
schwerwiegender chronischer Krankheiten
im Sinne des § 62 SGB V

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1343) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 die folgende Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V beschlossen:

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Definition
schwerwiegender chronischer Krankheiten
im Sinne des § 62 SGB V**

in der Fassung vom 22. Januar 2004

§ 1 Allgemeines

- (1) Diese Richtlinie bestimmt das Nähere zur Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten gemäß § 62 Abs. 1 Satz 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V.
- (2) Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit i. S. d. Richtlinie leiden, wird durch die Krankenkasse getroffen.

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

- (1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
- (2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
 - a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 - b) 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, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
 - c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

§ 3 Belege

- (1) Versicherte weisen die Dauerbehandlung nach § 2 Abs. 2 Satz 1 durch eine ärztliche Bescheinigung nach, in der die dauerbehandelte Krankheit angegeben ist.
- (2) Zum Beleg für den Grad der Behinderung, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Pflegestufe haben Versicherte die entsprechenden bestandskräftigen amtlichen Bescheide in Kopie vorzulegen. Die Krankheit, wegen der sich die Versicherten in Dauerbehandlung befinden, muss in dem Bescheid zum GdB oder zur MdE als Begründung aufgeführt sein.
- (3) Das Vorliegen der kontinuierlichen Behandlungserfordernis nach § 2 Abs. 2 Buchstabe c wird durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen.
- (4) Auf die Unterlagen, die der zuständigen Krankenkasse bereits vorliegen, kann verwiesen werden.

§ 4 Überprüfung

Die Auswirkungen dieser Richtlinie auf die Handhabung der Belastungsgrenze werden zum 31.12.2004 überprüft.

§ 5 Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt mit Wirkung vom 01.01.2004 in Kraft."

Bonn, den 22.01.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess

Richtlinien
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Krankenfahrten,
Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten

(Krankentransport-Richtlinien)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18
vom 28. Januar 2004)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Allgemeines
- § 2 Verordnung
- § 3 Notwendigkeit der Beförderung
- § 4 Auswahl des Beförderungsmittels
- § 5 Rettungsfahrten
- § 6 Krankentransporte
- § 7 Krankenfahrten
- § 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung
- § 9 Genehmigung
- § 10 Information des Versicherten
- § 11 Überprüfung der Richtlinien
- § 12 Inkrafttreten

Anlage 1: "Inhalt der Verordnung"

Anlage 2: "Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien"

§ 1 Allgemeines

- (1) Diese Richtlinien gemäß § 92 Abs.1 SGB V regeln die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen sind nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vom Vertragsarzt zu verordnen.
- (2) Gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Krankenförderungsleistungen ist § 60 SGB V.

§ 2 Verordnung

- (1) Für die Verordnung einer Krankenförderungsleistung hat der Vertragsarzt
 - die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 zu prüfen und
 - das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 auszuwählen.Die Verordnung ist auf dem vereinbarten Vordruck auszustellen. Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.
- (2) Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. In Notfällen kann er nachträglich verordnen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.
- (3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.
- (4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

- (1) Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. Eine Verordnung zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen ist unzulässig.
- (2) Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung ist deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 5 Rettungsfahrten

- (1) Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.
- (2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.
- (3) Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist. Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF).
- (4) Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.
- (5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

§ 6 Krankentransporte

- (1) Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Die medizinisch-technische Einrichtung ist auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgelegt.
- (2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.
- (3) Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

§ 7 Krankenfahrten

- (1) Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.
- (2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V),
- b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.

Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

- (3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.
- (4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.
- (5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

- (1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.
- (2) Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,
 - dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schemata behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,
 und
 - dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

- (3) Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

- (4) Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

§ 9 Genehmigung

Fahrten nach § 6 Abs. 3 sowie § 8 dieser Richtlinien bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information des Versicherten

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

§ 11 Überprüfung der Richtlinien

Die Auswirkungen dieser Richtlinien werden bis zum 31.12.2004 überprüft.

§ 12 Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 01. Januar 2004 in Kraft.

Bonn, den 22.01.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess

Anlage 1: Inhalt der Verordnung

In der Verordnung hat der Vertragsarzt insbesondere anzugeben:

- 1. Das medizinisch notwendige Transportmittel**
- 2. Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10**
- 3. Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:**
 - vollstationäre Leistung
 - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten
(bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
 - teilstationäre Leistung
 - ambulante Behandlung im Krankenhaus
 - ambulante Behandlung in der Vertragsarztpraxis
 - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der Behandlungsdaten
 - ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation
- 4. Ausgangsort:**
 - Wohnung
 - Arztpraxis
 - Krankenhaus
 - sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe
- 5. Zielort:**
 - Wohnung
 - Arztpraxis
 - Krankenhaus
 - sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe
- 6. Art des Transportes:**
 - Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrer
 - Wartezeit ja/nein; Dauer der Wartezeit
- 7. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294 a SGB V):**

Anhaltspunkte für:

 - Arbeitsunfall / -folgen,
 - sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
 - Berufskrankheit
 - Versorgungsleiden (u.a. BVG)
 - Gewaltanwendung
 - Sonstiges
- 8. besonders anzugebende Leistungen:**
 - Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
 - erforderliche Ausstattung bei Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)
 - erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)
- 9. bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8**

Anlage 2: Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien

Ausnahmefälle gemäß § 8 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- onkologische Chemotherapie

Arzneimittel-Richtlinien

F. Gesetzliche Verordnungsausschlüsse bei der Arzneimittelversorgung und zugelassene Ausnahmen

16. Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V

16.1 Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen. Die Verordnung dieser Arzneimittel ist nach § 34 Abs. 1 Satz 2 ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten.

16.2 Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.

16.3 Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

16.4 Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

- 16.4.1 Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogene Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz und Opiatherapie
- 16.4.2 Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/ Dosisseinheit) als Thrombozyten- Agregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen
- 16.4.3 Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
- 16.4.4 Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz
- 16.4.5 Antihistaminika
- nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
 - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien
 - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus
- 16.4.6 Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
- 16.4.7 Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung
- 16.4.8 Arzneistofffreie Injektions/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen
- 16.4.9 Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/ Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
- nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose
 - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen
 - nur bei Patienten mit Skelettmetastasen (zur Senkung der skelettbezogenen Morbidität) gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation des Bisphosphonats.

- 16.4.10 Calciumverbindungen (mind. 300mg Calcium-Ionen/Dosiseinheit) nur als Monotherapie bei Hypoparathyreodismus.
- 16.4.11 Chinin nur zur Behandlung der Malaria
- 16.4.12 Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen
- 16.4.13 E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin
- 16.4.14 Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie
- 16.4.15 Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoe
- 16.4.16 Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Palliativbehandlung des kolorektalen Karzinoms in Kombination mit Fluorouracil
- 16.4.17 Gingko biloba blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz
- 16.4.18 Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden
- 16.4.19 Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
- 16.4.20 Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren
- 16.4.21 Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie
- 16.4.22 Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie
- 16.4.23 Lösungen zur parenteralen Ernährung
- 16.4.24 Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlust-erkrankungen
- 16.4.25 Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
- 16.4.26 Mexitenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms
- 16.4.27 Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin standardisiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität

- 16.4.28 Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall
- 16.4.29 Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten
- 16.4.30 Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie
- 16.4.31 Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mucoviszidose
- 16.4.32 Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse
- 16.4.33 Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
- 16.4.34 Salicylsäurehaltige Zubereitungen in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme
- 16.4.35 Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei rheumatischen oder onkologischen Erkrankungen
- 16.4.36 Synthetische Tränenflüssigkeit nur zur Behandlung des Siccasyndroms bei rheumatischen Erkrankungen
- 16.4.37 Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
- 16.4.38 Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse
- 16.4.39 Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/ Dosis-einheit)
- 16.4.40 Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson
- 16.4.41 Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
- Antidote bei akuten Vergiftungen
 - Lokalanaesthetika zur Injektion

- Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zu sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

16.5 Für die in diesen Richtlinien im Abschnitt F aufgeführten Indikationsgebiete kann der Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. Der Arzt hat zur Begründung der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose in der Patientendokumentation aufzuzeichnen.

16.6 Die Verordnung der Arzneimittel in den zugelassenen Fällen, ist in der ärztlichen Dokumentation durch Angabe der entsprechenden Diagnose zu begründen.

16.7 Die Vorschriften in Nr.16.1 bis 6 regeln abschließend, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind. Insoweit finden die Vorschriften anderer Abschnitte der Arzneimittel-Richtlinien, insbesondere die Vorschriften der Nr. 20 ff. der Arzneimittel-Richtlinien, keine Anwendung.

16.8 Die Verpflichtung des Vertragsarztes zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bleibt von diesen Regelungen unberührt. Der Vertragsarzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.

16.9 Die Regelungen in Nr. 16.1 bis 8 gelten nicht für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

17. verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß § 34 Abs.1 Satz 6 SGB V

Folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nach § 34 Abs. 1 SGB V bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von der Versorgung ausgeschlossen:

17.1 Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt

17.2 Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich

17.3 Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen z.B. im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megakolon, Divertikulose, Divertikulitis, neurogene Darmlähmungen, vor diagnostischen Eingriffen und bei phosphat-bindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz

17.4 Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen Erkrankungen z.B. Menièrescher Symptomkomplex).

18. Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs.1 Satz 7 SGB V

18.1 Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sind von der Versorgung ausgeschlossen. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz im Wesentlichen durch die private Lebensführung bedingt ist oder die aufgrund ihrer Zweckbestimmung insbesondere

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
- zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist oder

- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel medizinisch nicht notwendig ist.

18.2 Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

18.3 Die nach Nr.18.2 ausgeschlossenen Fertigarzneimittel sind in einer Übersicht als Anlage 8 der Arzneimittel-Richtlinien zusammengestellt.

19. Verordnungsausschluss aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 3 SGB V

Arzneimittel, welche aufgrund von § 34 Abs. 3 SGB V durch die Rechtsverordnung vom 21.2.1990 in der jeweils aktuellen Fassung als "unwirtschaftliche Arzneimittel" von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind (sogenannte Negativliste). Dies sind Arzneimittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln Anlage 8

Arzneimittel-Richtlinien Anlage 8

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Erektile Dysfunktion	G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL
	G 04 BE 02 Papaverin	
	<i>G 04 BE 03 Sildenafil</i>	VIAGRA
	<i>G 04 BE 04 Yohimbin</i>	
	G 04 BE 05 Phentolamin	
	G 04 BE 06 Moxisylyt	
	<i>G 04 BE 07 Apomorphin</i>	IXENSE UPRIMA

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln Anlage 8

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
	<i>G 04 BE 08 Tadalafil</i>	CIALIS
	<i>G 04 BE 09 Vardenafil</i>	LEVITRA
	G 04 BE 30 Kombinationen	
	G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Nikotinabhängigkeit	N 07 BA 01 <i>Nicotin</i> <i>(nicht verschreibungspflichtig)</i>	NIQUITIN
	N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln Anlage 8

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Verbesserung des Haarwuchses	D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
	D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA
	Flupredniden -21 acetat Estradiol	CRINOHERMAL fem
	Prednisolon; Salicylsäure	ALPICORT
	Estradiolbenzoat; Prednisolon; Salicylsäure	ALPICORT F
	Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
	Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
	Dexamethason; Alfatriadiol	ELL CRANELL dexta
	Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cystin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln Anlage 8

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Abmagerungsmittel (zentral wirkend)	A 08 AA 01 <i>Phentermin</i>	
	A 08 AA 02 <i>Fenfluramin</i>	
	A 08 AA 03 Amferamon	REGENON
	A 08 AA 04 <i>Dexfenfluramin</i>	
	A 08 AA 05 <i>Mazindol</i>	
	A 08 AA 06 <i>Etilamfetamin</i>	
	A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X-112 T
	A 08 AA 08 <i>Clobenzorex</i>	
	A 08 AA 09 <i>Mefenorex</i>	
	A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
	Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S

§ 34 Abs. 1 n. F. SGB V Ausschluss von Life style Arzneimitteln Anlage 8

Indikation	Wirkstoffe	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
Abmagerungsmittel (peripher wirkend)	A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

- Internetseiten und Telefonnummern

Grundsätzlich sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu allen Fragen der Gesundheitsreform zu beraten. Darüber hinaus bieten alle Kassen zumeist sehr ausführliche Informationen im Internet.

Fragen zur **gesetzlichen Krankenversicherung**: Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung
Tel. 0800 / 15 15 15 9 gebührenfrei (Mo. - Do. 08:00 – 20:00 Uhr)
www.die-gesundheitsreform.de

Fragen zur **gesetzlichen Pflegeversicherung**: Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung
Tel. 0800 / 15 15 15 8 gebührenfrei (Mo. - Do. 08:00 – 20:00 Uhr)

Fragen zur **gesetzlichen Rentenversicherung**: Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung
Tel. 0800 / 15 15 15 0 gebührenfrei (Mo. - Do. 08:00 – 20:00 Uhr)
www.die-rente.de
www.rententips.de

Anfragen an die **Patientenbeauftragte** unter:

Mail: info@die-patientenbeauftragte.de

Briefpost:

Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 11017 Berlin

Fragen zur **Medikamenten-Ausschlussliste** (Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Ausnahmefall): Themenbezogene Hotline des Gemeinsamen Bundesausschusses
Tel. 02241-14 67 94 0 (Mo. - Fr. 08:30 bis 17:30 Uhr)
Mail: hotline@g-ba.de
www.gemeinsamer-bundesausschuss.de

Informationen zu **Zuzahlungen** und „Zuzahlungsrechner“
www.zuzahlung.de und
www.zuzahlung.de/zuzahlungsrechner

