

## **Gesundheitsreform**

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Es sieht unter anderem Leistungseinschränkungen und eine stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten vor. Nach wie vor ist bei einigen der neuen Vorschriften noch nicht abschließend geklärt, wie diese rechtlich auszulegen sind. Einer der Gründe hierfür ist, dass das Gesetz an einigen Stellen noch durch Richtlinien konkretisiert werden muss. So heißt es beispielsweise in § 62 SGB V: „Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.“ Die Richtlinien, die das Gesetz vorsieht, werden nun nach und nach vom sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Der Gesetzgeber hat dieses neue Gremium durch das GMG zum 1. Januar 2004 errichtet. Der Gemeinsame Bundesausschuss tritt die Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus an. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die Aufgaben, die diesen Ausschüssen oblagen, übernehmen und fortführen. Eine der wichtigsten Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen sind, durch Richtlinien zu konkretisieren. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss beispielsweise Richtlinien zu beschließen über die

- ärztliche Behandlung,
- Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und die
- Verordnung von Krankentransporten.

Gebildet wird der Gemeinsame Bundesausschuss von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen. Neu hinzugekommen sind Patientenvertreter, die ein Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht bei Beschlussfassungen haben. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat durch Rechtsverordnung festgelegt, welche Organisationen auf Bundesebene zur Benennung von Patientenvertretern berechtigt sind. Benennungsberechtigt sind nach der Patientenbeteiligungsverordnung der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und der Verbraucherzentralen Bundesverband e.V..

Der Deutsche Behindertenrat, bei dem der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Mitglied ist, hat zwischenzeitlich sechs Patientenvertreter für die konstituierende Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses benannt. Es handelt sich dabei um folgende Personen:

- Prof. Gerhard Englert (benannt vom Forum chronisch kranker Menschen im Paritätischen Wohlfahrtsverband)
- Brigitte Faber (benannt vom Weibernetz)
- Prof. Ingo Heberlein (benannt vom Sozialverband -SoVD)
- Hannelore Loskill (benannt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte)
- Christoph Nachtigäller (benannt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte)
- Dr. Franz-Josef Oldiges (benannt vom Sozialverband VdK Deutschland)

Die drei anderen Organisationen haben folgende Personen benannt:

Verbraucherzentrale Bundesverband: Dr. Stefan Etgeton  
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.: Klau Balke  
 Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen: Judith Storf

Die fachliche Arbeit wird in den Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses geleistet. Bislang gibt es insgesamt 21 Unterausschüsse, die unter anderem für folgende Themen eingerichtet worden sind: Unterausschuss Heil- und Hilfsmittel, Unterausschuss ärztliche Behandlung, Unterausschuss Krankenhausbehandlung und Krankentransport. Mit Ausnahme des Unterausschusses „Finanzen“ können die Unterausschüsse jeweils mit bis zu fünf einvernehmlich zu benennenden Patientenvertretern besetzt werden. Neben zwei ständigen Vertretern können bis zu drei themenbezogene Vertreter benannt werden. Sie werden entsprechend den Beratungsthemen zu den Sitzungen hinzugezogen.

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte wird die Anliegen seiner Mitglieder über die vom Deutschen Behindertenrat benannten Patientenvertreter in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses einbringen. Schwerpunkte wird der Bundesverband hier insbesondere bei den Heil- und Hilfsmitteln sowie bei sonstigen Themen setzen, die behinderte Kinder betreffen. Diesbezüglich bemüht sich der Bundesverband um die themenbezogene Vertretung in den entsprechenden Unterausschüssen.

Aktuelle Informationen zur Arbeit und zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Richtlinien erhält man auf folgender Internetseite: [www.gemeinsamer-bundesausschuss.de](http://www.gemeinsamer-bundesausschuss.de)

### **Schwerwiegende chronische Erkrankung**

Seit dem 1. Januar 2004 muss jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und das 18. Lebensjahr vollendet hat, Zuzahlungen zu allen Leistungen der Krankenkasse erbringen. Das Gesetz sieht jedoch vor, dass die Versicherten nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (der sogenannten Belastungsgrenze) mit Zuzahlungen belastet werden sollen. Pro Kalenderjahr muss ein Versicherter maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 % seines jährlichen Bruttoeinkommens leisten. Bei chronisch kranken Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Erkrankung in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei 1 % ihrer Bruttoeinnahmen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nun am 22. Januar 2004 eine Richtlinie beschlossen, die folgende Anforderungen für den Begriff der schwerwiegenden chronischen Erkrankung festlegt: 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:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 vor.
- Es ist eine kontinuierliche 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 verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Dauerbehandlung ist gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Zum Beleg für den GdB, die MdE und die Pflegestufe haben die Versicherten 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.

### **1 %-Klausel gilt für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen**

Unklar war bis Mitte Januar 2004 noch, ob die niedrigere Belastungsgrenze von 1 % der Bruttoeinnahmen nur für den jeweiligen Versicherten gilt, der an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet oder ob auch die Familienangehörigen, die mit dem chronisch kranken Menschen zusammen leben, die niedrigere Belastungsgrenze geltend machen können. Durch eine Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 19. Januar 2004 ist nunmehr ausdrücklich klargestellt, dass die Belastungsgrenze von 1 % für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Familienhaushalts gilt.

Lebt also ein behindertes volljähriges Kind im Haushalt seiner Eltern und ist es über die Eltern familienversichert, so gilt sowohl für das Kind als auch für die Eltern eine Belastungsgrenze von 1 %, sofern das Kind unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet.

### **Fahrkosten**

Seit dem Inkrafttreten des GMG zum 1. Januar 2004 übernimmt die Krankenkasse nur noch in Ausnahmefällen (beim Vorliegen zwingender medizinischer Gründe) und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse die Fahrkosten. Nach den am 22. Januar 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Krankentransportrichtlinien können 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.

Außerdem können Fahrten für Versicherte genehmigt werden, die an einer Grunderkrankung leiden, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf müssen den Versicherten in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können daher als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden.

Zu den Fahrkosten ist ebenfalls eine prozentuale Zuzahlung zu leisten.

### **Nicht verschreibungspflichtige Medikamente**

Seit dem 1. Januar 2004 werden Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, grundsätzlich nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Ausgenommen davon sind jedoch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Derartige Medikamente können zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss bis zum 31. März 2004 eine Richtlinie beschließen, in der die betreffenden nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die ausnahmsweise verordnet werden können, festgelegt werden. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Zusammen mit dem Arbeitskreis Gesundheitspolitik der vier Fachverbände von Menschen mit geistiger Behinderung wird der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Vorschläge für die behinderungsspezifische Berücksichtigung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente erarbeiten und einbringen.

### **Die Patientenbeauftragte**

Durch das GMG wurde das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragte/r) neu geschaffen. Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Die Bundesregierung hat am 17. Dezember 2004 die SPD-Bundestagsabgeordnete Helga Kühn-Mengel zur Patientenbeauftragten ernannt. Bürger, die Fragen und Beschwerden zum Gesundheitswesen haben, können sich direkt an die Patientenbeauftragte wenden, die unter folgender Anschrift zu erreichen ist:

Patientenbeauftragte beim Bundesministerium  
für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Wilhelmstraße 49  
10117 Berlin

Informationen über die Patientenbeauftragte und ihre Aufgaben erhält man auf folgender Internetseite: [www.die-gesundheitsreform.de/hintergruende/Patientenbeauftragte/index.html](http://www.die-gesundheitsreform.de/hintergruende/Patientenbeauftragte/index.html)

### **Merkblatt des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte**

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte hat ein Merkblatt zur Gesundheitsreform erarbeitet, in dem erläutert wird, in welcher Höhe Zuzahlungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten sind und unter welchen Voraussetzungen man sich von diesen Zuzahlungen befreien lassen kann. Das Merkblatt wird ständig aktualisiert und steht zum kostenlosen Download auf unserer Internetseite [www.bvkm.de](http://www.bvkm.de) in der Rubrik Recht unter „Rechtsratgeber“ bereit.

*Katja Kruse*

(Stand: 9. Februar 2004)