

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Arzt, Ihrer Apotheke oder Ihrer Krankenkasse und kostenfrei beim Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter

08 00 / 15 15 15 9
(Mo-Do von 8-20 Uhr).

Alpha1-Redaktion: Eine Gesundheitsministerin, die bei ihren Reformbemühungen gezwungen ist, sich ausschließlich an der schlechten Kassenlage zu orientieren, sollte den Mut haben, den Versicherten reinen Wein einzuschenken und keine Mogelpackungen verkaufen. Kein

Patient glaubt, dass er nach dieser Reform besser versorgt ist und jeder hat begriffen, dass er für einen deutlich abgespeckten medizinischen Leistungskatalog tiefer in die Tasche greifen muss. Da braucht es keine rhetorischen Verrenkungen – Frau Ministerin.

Unser Gesundheitssystem

Wer in unserem Gesundheitssystem hätte (es) gedacht.....

Bekanntlich hat der Mensch drei Wege zu Weisheit und Einsicht zu gelangen:

- durch Nachdenken – das ist der edelste
- durch Nachahmung – das ist der leichteste
- durch Erfahrung – das ist der bitterste.

Ich kann Ihnen nicht die Frage beantworten, warum eine Bundesregierung sich unter Hintanstellung eines jeden Sachverständigen (Alternative a) und unter klarem Verzicht darauf sich in anderen Ländern leidlich gelungene Systemstabilisierungen anzuschauen und zu kopieren (Alternative b) immer für den bitteren Weg der eigenen Erfahrung entscheidet. Vielleicht, weil der Preis dafür immer von Nicht-Politikern gezahlt wird? Nämlich vom Bürger? Unsere Politiker sind überwiegend privat versichert (es kommen 2/3 öffentlicher Dienst und Gewerkschaftler)

Nun hat der Berg gekreist, und eine Maus an Effizienz ist geboren worden. Niemand glaubt ernsthaft, dass die jetzt in Kraft getretenen Bestimmungen der „Gesundheitsreform“ – wie kann man eigentlich

Gesundheit reformieren? – eine Wirkung auf die Begrenzung der Kosten im Gesundheitssystem haben werden. Alle Versuche der vergangenen Jahrzehnte gleich ob Blüm, Seehofer oder deren Vorgänger, haben gezeigt, dass es so nicht gelingt Kosten zu begrenzen!

Unsere Politiker, übrigens quer durch alle Fraktionen, meiden die wirkliche Diskussion in der Bevölkerung so wie der Teufel das Weihwasser, die Antwort auf die Frage nämlich:

WAS KÖNNEN WIR UNS UND ZU WELCHEM PREIS AN GESUNDHEITSLISTUNGEN JETZT UND ZUKÜNFTIG ERLAUBEN?

UND WIE VERTEILEN WIR FAIR UND GERECHT DIE VORHANDENEN FINANZIELLEN RESSOURCEN?

Die demographische Entwicklung der Gesellschaft (von der Bevölkerungspyramide zum Bevölkerungspilz), der dramatische Geburtenrückgang seit 35 Jahren, die ansteigende Lebenserwartung wie auch die hohe Zahl von Dauerarbeitslosen: alle diese Faktoren werden unser System definitiv und exemplarisch

an die Wand fahren. Und unsere Politiker machen die Augen zu und verschlafen alles bis nach der Wahl..

Sie, liebe Leser, haben alle bereits in den ersten Wochen des Jahres 2004 am eigenen Leib erfahren können / müssen, welche Neuerungen im System eingebaut worden sind. **Und, ist es billiger geworden?** Ich rede nicht von der Senkung um die politisch verordnete Schamprozente der Gesetzlichen Versicherungen. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Versicherungen ein Minus von 5.000.000.000 Euro vor sich her schieben.

Was nutzen Regeln (z.B. zur Einführung der Kassen-Strafgebühr), wenn ich noch vor in Kraft treten bereits 72 (!) Ausnahmetatbestände geschaffen habe. Was nutzt die Bereinigung der Liste der verordnungsfähigen Medikamente, wenn per Ulla Schmidt - Ordre de Mufti - Dekret alles gleich wieder ausgehebelt wird. Wasch mich, aber mach mich nicht nass dabei! Politikäse!

Was hat sich zum Beispiel für Ihren Arzt geändert, der ja die fälschlicherweise „Praxis“gebühr genannte Preiserhöhung für Menschen, die Leistungen in Anspruch nehmen kassieren muss? Nun bei uns ist es folgendermaßen gewesen. ▶

Fortsetzung „Unser Gesundheitssystem“

Kosten für unsere Praxis

- Installation einer Videoüberwachung in der Praxis zum Aufzeichnen eventueller Einbrecher außerhalb der Öffnungszeiten (Gauner vermuten jetzt fälschlicherweise Geld in der Praxis).
- Abschluss eines Miet- und eines Versicherungsvertrages für den Nachttresor der örtlichen Bank
- Miete von 2 Tresorboxen
- Kauf einer Kassenschublade aus Stahl und Anschluss an die Praxis EDV
- Kauf eines EC Karten Lesegerätes (nicht alle haben Scheine dabei)
- Kauf eines Buchhaltungsprogramms
- 2 x am Tag Gang einer Mitarbeiterin zur Bank und Einzahlen

des Geldes

- Regelmäßige Kontobuchungskosten (Banken machen nichts umsonst)

Die Buchungsvorgänge mit Quittungserstellung summieren sich in Arbeitszeitkosten zu einigen Tausend Euro je Quartal. Multiplizieren wir diese Kosten einmal mit 130.000 (Anzahl der Praxen in Deutschland) so ist nichts entstanden als eine komplett neue Verwaltungsstruktur, die von den Ärzten komplett allein bezahlt wird. Und das alles wozu?

Wenn es sich doch nur um eine Preiserhöhung handelt für das in Anspruch nehmen medizinischer Leistungen, so wäre der Kauf von Berechtigungsscheinen zu 10 Euro bei der örtlichen AOK sicher wirtschaftlicher, einfacher und nachvoll-

ziehbarer, aber so einfach wollen wir es ja nicht haben, oder? Prost Politik! Kein Wunder, dass die Bürger verdrossener und verdrossener werden.

**„Jahre runzeln die Haut,
die Begeisterung aufgeben
runzelt die Seele“
- Albert Schweitzer -**



Dr. Michael Willems
Facharzt für Innere Medizin
Gastroenterologie/Homöopathie

Neue Heilmittelrichtlinien



**Ulla Schmidt:
Neue Heilmittel-Richtlinien
sichern notwendige
medizinische Versorgung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat heute neue Heilmittel-Richtlinien beschlossen. Damit hat er seinen Beschluss vom Dezember um die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geforderten Regelungen insbesondere auch zur Ermöglichung notwendiger längerfristiger Verordnungen ergänzt. Bundesministerin Ulla Schmidt erklärt dazu:

„Mit den neuen Heilmittel-

Richtlinien gibt es klare Vorgaben für eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln. Im Regelfall beträgt die maximale Verordnungsmenge pro Verordnungsblatt („Rezept“) 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. Diese Verordnungsmengen sind ein sachgerechtes Instrument zur Qualitätssicherung der Heilmittelbehandlung. Wenn eine längerfristige Verordnung erforderlich ist, kann der Arzt oder die Ärztin die Verordnungsmenge pro Rezept selbst bestimmen.

Selbstverständlich ist er dabei an die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gebunden. Dieser Begriff der längerfristigen Verordnung ist jetzt ausdrücklich in die Richtlinien aufgenommen worden. Folglich erhalten das Kind mit einer schweren spastischen Lähmung, der Patient mit einem Schlaganfall, die Patientin mit einer schweren Multiplen Sklerose oder ähnliche Fälle die notwendige Behandlung ohne Unterbrechung und ohne weiteren bürokratischen Aufwand.

Damit sicher gestellt ist, dass durch das Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse keine Behandlungsunterbrechungen entstehen, ist die Krankenkasse so lange zur Zahlung verpflichtet bis ►

Fortsetzung „Neue Heilmittelrichtlinien“

über die Kostenübernahme entschieden ist.

Mit den neuen Heilmittel-Richtlinien ist gewährleistet, dass die Verordnung von Heilmitteln sich an der medizinischen Notwendigkeit orientiert. Gleichzeitig werden die Ressourcen so eingesetzt, dass die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit beachtet wer-

den. Somit können die Richtlinien am 1. Juli 2004 in Kraft treten.“

Zu den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hat der Bundesausschuss eine themenbezogene Hotline eingerichtet

Tel. 02241-14 67 94 0 (Mo. - Fr. 8.30 bis 17.30 Uhr), außer dem gibt es ein Mailadresse: hotline@g-ba.de

<http://www.gemeinsamer-bundesausschuss.de/>

Das BMGS hat außerdem für Sie Fragen und Antworten zum Thema Heilmittel im Internet vorbereitet.

Entnommen der Website des Bundesgesundheitsministeriums

Krankentransportrichtlinien

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 Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Diese Liste ist nicht abschließend.

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

Alphas können diese Regelung für den Transport zur wöchentlichen Prolastin - Infusion in Anspruch nehmen. Wir raten aber dies nur zu tun, wenn eine Transportmöglichkeit durch den eigenen PKW aus gesundheitlichen Gründen ausgeschlossen ist oder keine Fahrerlaubnis vorliegt.

Wer gilt als chronisch krank?

Der gemeinsame Bundesausschuss hat am 22.01. 2004 die Richtlinien zur Definition „schwerwiegende chronische Krankheiten“ und die Änderung der Krankentransport-Richtlinien beschlossen.

Demnach gilt als schwerwiegend chronisch krank wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal) und außerdem eines der

folgenden Kriterien erfüllt:

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
2. 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.
3. 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 auf Grund der Krankheit nach Satz 1 ►

Fortsetzung „Wer gilt als chronisch krank?“

verursachten Gesundheitstörung zu erwarten ist.

Was bedeutet diese Regelung im konkreten Fall für einen Patienten mit Alpha1 Antitrypsinmangel in Hinblick auf die Zuzahlungsbefreiung für schwerwiegend chronisch Kranke?

Für ZZ - Kinder hat sie keine Relevanz, weil sie ohnedies von Zuzahlungen befreit sind.

- Erwachsene Leberalphas fallen

in die Kategorie „schwerwiegend chronisch krank“ weil sie mit Sicherheit in ärztlicher Dauerbehandlung sind und zusätzlich einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gemäß Punkt „3“ bedürfen. Außerdem steht ihnen eine Anerkennung ihrer Behinderung je nach Schwere der Beeinträchtigungen zu.

- Für Lungenalphas Phänotyp „ZZ“ und „SZ“ trifft ebenfalls die ärztliche

che Dauerbehandlung zu und in jedem Fall wieder Punkt 3 (Prolastinsubstitution, ständige Einnahme von Atemwegstherapeutika etc.) Darüber hinaus ist oft ein Schwerbehinderungsgrad von über 60% zuerkannt.

Alphas der Phänotypen MZ und SS bleiben meist ohne signifikanten klinischen Befund und fallen daher nicht unter die 1% Zuzahlungsregelung.

Wichtiger Hinweis

Beide Richtlinien („wer gilt als chronisch krank und Krankentransportrichtlinien) bedürfen auch in Zukunft einer regelmäßigen Überprüfung, um gegebenenfalls erkennbaren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken oder veränderte Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Auswirkungen beider Richtlinien werden am 31. Dezember 2004 überprüft.

Auszugsweise entnommen aus der Chronikerregelung und den Krankentransportrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschlusses. Die Alpha1-Redaktion

Teilweise Befreiung von Medikamentenzuzahlung

Wenn Sie nun als chronisch kranker Patient bereits die Belastungsgrenze von 1% des Familieneinkommens erreicht haben, (bei akuten Erkrankungen 2%) dann haben Sie die Möglichkeit, eine teilweise Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung (§62 SGB V) bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen.

Dabei ist folgendes zu beachten:

1. Quittungen sammeln! Besser ist, gleich ein sog. Nachweisheft von Ihrer Krankenkasse anzufordern. (Siehe Abbildung rechts)
2. Nachweisheft oder Originalquittungen per Einschreiben senden oder persönlich bei Ihrer Krankenkasse vorbeibringen.

3. Nachweis der Einkünfte, wie z.B. Rentenbescheide oder aktuelle Gehaltsabrechnung vorlegen.
4. Bescheid vom Versorgungsamt über den Grad der Behinderung.
5. Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit

Wird Ihrem Antrag stattgegeben, erhalten Sie eine sog. Befreiungskarte. Am Jahresende erfolgt eine nochmalige Überprüfung des Familieneinkommens, worunter auch Einkünfte wie z.B. aus Vermietung, Verpachtung oder Zinseinkünfte fallen. (Steuererklärung)

Nachweisheft
über gesetzliche Zuzahlungen

für das Jahr _____

Mitglieds-Nr. _____

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

BARMER
Deutschland große Krankenkasse

Teil 4
Zuzahlungen zu vertragsärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln

Hinweise für die Apothekerin / den Apotheker:

- > Differenzbeträge zwischen Festbetrag und Apothekergabepreis oder Aufwendungen für auf einem Privatrezept verordnete Arzneimittel oder sonstige, nicht kassenübliche Produkte dürfen hier nicht bestätigt werden.
- > Ist der Preis des Mittels geringer als die Zuzahlung, bitte im Feld „Zuzahlung in Euro“ die tatsächlichen Kosten eintragen.

Anzahl der Packungen	Zuzahlung in €	Kassenrezept liegt vor	Bezeichnung des/der Arzneimittel(s)/Verbandmittel(s)	Datum, Stempel und Unterschrift der Apothekerin/ des Apothekers
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____	_____