



Gesundheitsreform und Bürokratie

Kein jährlicher Nachweis für schwerwiegend chronisch Kranke notwendig!

BERICHT
RAMONA VÖLKL
 WWW.DIABETESGATE.DE

ABBILDUNGEN
 4T WERBEAGENTUR

Mit der Gesundheitsreform 2004 erhöhten sich die Eigenleistungen bei der ärztlichen Behandlung, den Medikamenten und Hilfsmitteln von gesetzlich Krankenversicherten. Erst wenn ein Betrag in Höhe von zwei Prozent des Jahresbruttolohnes gezahlt wurde, kann nun eine Befreiung beantragt werden. Da Chroniker durch ihren erhöhten Bedarf nicht noch zusätzlich belastet werden sollen, wurde eine entsprechende Regelung eingeführt, die den Eigenanteil auf 1% des Jahresbruttolohnes reduziert.

Allerdings müssen alle, die diesen Bonus nutzen wollen, einen Nachweis erbringen, dass sie tatsächlich Chroniker sind, auch Menschen mit Diabetes. Dafür definierte der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen folgende einheitliche Bedingungen zur Anerkennung einer schwerwiegend chronischen Erkrankung, nämlich:

- › Dauerbehandlung wegen derselben Krankheit über mindestens ein Jahr und davon mindestens eine ärztliche Behandlung pro Quartal;

sowie einer dieser Punkte:

- › Pflegestufe 2 oder 3
- › Grad der Behinderung (GdB) von 60 oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60%; dieselbe Erkrankung muss im Bescheid zum GdB beziehungsweise MdE als Begründung aufgeführt sein.
- › Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Behandlungspflege), ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund derselben Erkrankung verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Ein Jahr nach Beginn der Gesundheitsreform musste nun geklärt werden, ob Chroniker zu Beginn eines jeden Jahres ihre Krankheit erneut nachweisen müssen. Zunächst war dies so geplant. Um diese Regelung zu entbürokratisieren, wurde beschlossen, dass dieser Beleg nicht zwingend erbracht werden muss. Den Krankenkassen bleibt allerdings freigestellt, im Einzelfall erneut eine Bescheinigung nach den genannten Richtlinien zu fordern. ■