

Protokoll des Gesprächs mit dem Bundesgesundheitsministerium

Am 22. Januar 2008 fand zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Vertretern des Bundesverbandes ein Gespräch statt.

Frau Ministerin Ulla Schmidt und ihre Mitarbeiter

- Leiter Unterabteilung „Krankenversicherung
- Leiter Referat „Verbindung zwischen Bund und Ländern und zu den Verbänden, Koordinierung“
- Leiter der Unterabteilung „Pflegeversicherung“
- Leiter Abt. L „Leitungsstab“

stellten sich in einem nahezu 2-stündigen Gespräch den Anliegen contergangeschädigter Menschen. Das Team war zum Thema „Contergan“ gut informiert.

Seitens des Bundesverbandes wurden folgende Anliegen vorgetragen:

- **Heilbehandlung**

Betroffene beklagen immer mehr die restriktive Ausstellung krankengymnastischer Rezepte der behandelnden Ärzte

Diese Heilbehandlungen stellen für Contergangeschädigte eine unverzichtbare Maßnahme dar, die Beweglichkeit des Stütz- und Bewegungsapparats auf einem erträglichen Maß zu halten. Durch die permanente Überbelastung der nur teilweise vorhandenen Gliedmaßen und die atypischen Bewegungen der nicht vollständig angelegten Gelenke treten bei allen Betroffenen, auch unter Berücksichtigung der zeitgemäßen Alterserscheinungen, erhebliche Folgeschäden und somit auch vermehrt große Schmerzen auf.

Bei dem kann man jedoch nur mit regelmäßiger Physiotherapie, Massagen und geeigneter Schmerztherapie begegnen.

Doch gerade bei der Verordnung dieser Heilmittel treffen Contergangeschädigte auf große Schwierigkeiten.

Im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden ab dem 01.01.2004 einige Regelungen festgeschrieben. So gilt zunächst vor allem der Grundsatz „... dass kein Arzt ein Regress genommen werden oder gezwungen werden kann, sein Verordnungsverfahren zum Nachteil von Patienten zu verändern.“

Aber genau hier scheint das Hauptproblem zu liegen. Die behandelnden Ärzte schrecken zum Teil davor zurück, weitergehende Folgeverordnungen auszustellen, weil sie einerseits mit einem langwierigen Wirtschaftlichkeitsverfahren durch die Krankenkassen rechnen, dem dann Regressansprüche folgen könnten. Zum Anderen bedürfen die Verordnungen zusätzlich besonderen Begründungen, die für die Ärzte jeweils auch erhebliche Mehrarbeit bedeuten (können).

In jedem Fall sind die Richtgrößen der Verordnungen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen auf Länderebenen festgelegt worden, Durchschnittswerte und keine Obergrenzen.

Das bedeutet, dass es auch immer Praxisbesonderheiten bzw. Ausnahmen zu berücksichtigen gilt.

Praxisbesonderheiten bedeuten für den verordnenden Arzt, dass eine unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten verordnete Heilmittelbehandlung das Budget der Praxis nicht belastet.

Bei den Heilmittel-Richtlinien, II. Teil-Maßnahmen der Physikalischen Therapie – sind auf Seite 10 die Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane mit dem Schlüssel EX 4 aufgeführt. Es geht dabei um Miss- und Fehlbildungen, Dysmelie, Fehlbildungsskoliosen, Hüftgelenkluxation u. a. Allerdings beschränkt sich die Diagnosegruppe auf das Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter.

In dieser Kategorie wären beispielsweise die Contergangeschädigten wieder zu finden. Das Ziel der Physikalischen Therapie müsste dann jedoch um die „notwendige Erhaltung der Beweglichkeit und Bewegungsfähigkeit“ erweitert werden.

- **Hilfsmittel**

Die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistungspflichtigen Hilfsmittel sind im Hilfsmittelverzeichnis des GKV definiert (entsprechend § 139 SGB V).

Die Krankenkassen sind verpflichtet ihren Mitgliedern nach Indikation (Grund, Anlass) entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Die Indikation wird von Vertragsärzten der Kassen festgestellt. Die Versorgung der Patienten geschieht durch die Leistungsbringer (Sanitätshäuser, Apotheken, Orthopäden).

Die Kassen sind berechtigt von ihren Mitgliedern eine Selbstbeteiligung zu verlangen.

Zusätzlich ist festgelegt, dass die Verordnung von Hilfsmitteln im Gegensatz zu Heilmitteln durch die Kasse zu prüfen und zu genehmigen ist.

Die Prüfung umfasst die Aspekte

- des therapeutischen und qualitativen Nutzens
- der Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels (ist als Hilfsmittel evtl. im Lagerbestand der Kasse vorhanden)

Grundsätzlich soll eine Fehlversorgung ausgeschlossen werden.

Eine Ablehnung mit der Begründung, das „vorgesehene Hilfsmittel ist zu teuer bzw. unwirtschaftlich“ ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen.

Ein weiterer sehr häufig angeführter Ablehnungsgrund der GKV ist, dass der verordnete Gegenstand nicht im Hilfsmittelkatalog sei. Ob ein Gegenstand ein Hilfsmittel ist, entscheidet ausschließlich der Nutzen für den Patienten im Bezug auf seine Behinderung. Aus dem Alltag der Contergangeschädigten wurde hierzu das Problem der Dusch-WC's erörtert, die sich im Anschaffungspreis extrem unterscheiden.

Betroffene machen in diesem Fall oft die Erfahrung, dass die Krankenkasse die Verordnung an die Pflegekasse weiterleitet mit der Begründung „es würde sich hier um eine pflegeerleichternde Maßnahme handeln“. Hintergrund dieses unkorrekten Verhaltens ist überwiegend der Kosteneinsparungsgedanke, da die GKV's was die Beiträge anbetrifft in einem starken Wettbewerb stehen. Das Risiko für Betroffene ist aber, dass es über die Pflegekasse nur einen Festbetrag gibt. Nicht selten bleibt der/die Antragssteller/in auf nicht unerheblichen Kosten sitzen, da in diesem Fall seitens der Pflegekasse „bei Leistungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes“ je Maßnahme höchstens 2557 € gewährt werden.

Als weiteres Problem der Betroffenen wurden die Hörhilfen und die Probleme im Falle von Reparaturen erörtert.

- **Medizinische Versorgung**

Häufig sind ortsansässige Orthopäden in der Behandlung Contergangeschädigter unsicher oder überfordert. Die Contergansprechstunde bei Herrn PrivDoz. Dr. med. Jürgen Graf wird von Betroffenen immer mehr nachgefragt.

Das Hauptanliegen der Betroffenen ist es, im Falle von Schmerzzuständen adäquate Therapieformen zu erfahren. Nicht selten tauschen sich ortsansässige Ärzte mit Herrn Dr. Graf aus.

Obwohl freie Arztwahl besteht, gibt es für einige Betroffene das Problem der Fahrkostenübernahme durch die GVK. Diese wird von den zuständigen GKV's oft abgelehnt mit der Begründung, dass ein ortsansässiger Orthopäde aufzusuchen sei.

Ein weiteres Problem ist, dass es sich bei der High-Tech-Clinic um eine Privatklinik handelt.

Grundsätzlich besteht aus Sicht der Klinik die Möglichkeit von Herrn. Dr. Graf und Herrn Prof. Böhm operiert zu werden. Dies liegt aber im Ermessen der Krankenkasse, inwieweit eine Aufnahme in einen Privatklinik gerechtfertigt ist.

Das BMG wurde informiert, dass es für contergangeschädigte Menschen wenig Alternativen gibt.

Ein weiteres Problem sind Rehakliniken.

Die Beratungspraxis zeigt immer wieder, dass es nur sehr wenig Einrichtungen gibt, die Erfahrungen mit Contergangeschädigten haben. Erschwert wird das Ganze dadurch, dass die Reha-Beratungsstellen in gewisser Weise mit bestehenden Einrichtungen verstärkt kooperieren und damit wenig auf die behinderungsspezifischen Anliegen eingehen.

- **Zahnproblematik**

Trotz regelmäßiger Zahnpflege entstehen bei Armgeschädigten aufgrund des eingeschränkten Aktionsradius im Vergleich zu nicht behinderten Menschen verstärkt Zahnsteinablagerungen. Behandelnde Zahnärzte empfehlen dann mehrmals jährlich professionelle Zahnreinigungen, die von den Betroffenen selbst finanziert werden müssen.

Die unverhältnismäßig starke vorzeitige Abnutzung der Zähne wurde ebenfalls thematisiert.

- **Pflegeversicherung**

Der Bundesverband Contergangeschädigter beklagte, dass ein Großteil der Betroffenen ihre Ansprüche gegenüber der Pflegekassen durch Gerichtsverfahren erkämpfen musste, obgleich die Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit dieses Personkreises offensichtlich ist.

Der BV kritisierte weiter die regelmäßig abzurufenden Beratungseinsätze, da dies von den Betroffenen als diskriminierend empfunden wird.

Nach geltendem Recht besteht im Moment das Problem, dass wenn Pflegebedürftige dieses Beratungsangebot nicht abrufen, die Pflegekassen oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen kürzen oder im Wiederholungsfall entziehen können.

- **Gesetzliche / Private Krankenversicherung**

Das BMG wurde informiert, dass Betroffene in der Privatversicherung einen sog. Risikozuschlag zu tragen haben.

Laut Aussagen der Vertreter des BMG könnte der in der privaten Krankenversicherung anvisierte Basistarif für die Betroffenen eine Erleichterung bringen.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) wird zum 01. Januar 2009 ein sog. Basistarif eingeführt, der den bisherigen Standardtarif der Privatversicherung ersetzen wird/soll. Der Basistarif enthält ein Leistungsangebot, das mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar ist.

Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht nach seinem Gesundheitsstatus.

Risikoausschlüsse oder -zuschläge gibt es beim Basistarif nicht.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf (zahn-) ärztliche Versorgung haben.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Betrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbetrag der GKV nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbetrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 €.

Die Ministerin und ihre Mitarbeiter zeigten sich für die Anliegen Contergangeschädigter interessiert und sicherten zu, mit den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Unterstützungsmöglichkeiten zu erörtern. Aus der Sicht des Ministeriums ist oft der behandelnde Arzt der Dreh- und Angelpunkt für die Versorgung der Patienten.

Die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

Margit Hudelmaier