

Kapitel IV.D: Finanzierung der medizinischen Versorgung

Kapitel IV.D: Finanzierung der medizinischen Versorgung	134
D. Finanzierung der medizinischen Versorgung.....	135
1. Medizinische Hilfsmittel	135
a. Kennzeichen medizinischer Hilfsmittel.....	135
b. Ersatz – Instandsetzung – Ausbildung.....	136
c. Bundesweit einheitliche Festbeträge für medizinische Hilfsmittel	136
d. Kostensplitting.....	136
e. Abgrenzung zu Leistungen der Eingliederungshilfe.....	136
2. Zuzahlungspflicht für versicherte Studierende.....	136
a. Obergrenzen der Zuzahlungspflicht	137
b. Beantragung der Befreiung und Nachweis.....	137
3. Sonderregelungen für chronisch Kranke	137

D. Finanzierung der medizinischen Versorgung

Die Krankenversicherungen erbringen einerseits allgemeine Leistungen wie z. B. ärztliche und zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arzneimitteln. Außerdem sind sie für die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln zuständig, auf die Studierende mit Behinderung und chronischer Krankheit in besonderem Maß angewiesen sein können. Vorrangig zu Leistungen verpflichtet sind ggf. allerdings die Unfallversicherungsträger und die Versorgungsämter.

Seit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) am 1. Januar 2004 müssen sich behinderte und nichtbehinderte Studierende – wie alle anderen Versicherten – verstärkt an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligen.

Seit Januar 2005 gelten befundbezogene Festzuschüsse für Zahnersatz, Festbeträge für bestimmte patentgeschützte Arzneimittelgruppen und für bestimmte Hilfsmittelgruppen. Die Abrechnung in den Krankenhäusern erfolgt nach Fallpauschalen. Ziel all dieser Maßnahmen ist es – bei Sicherung der notwendigen Qualität – die Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zu senken.

1. Medizinische Hilfsmittel

Zu den medizinischen Hilfsmitteln zählen in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 27 Abs. 1 Ziff. 3 SGB V in Verbindung mit § 33 Abs. 1 SGB V) – der die weitaus meisten Studierenden angehören – alle Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung auszugleichen, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Vorrangig leistungspflichtig sind unter Umständen Unfallversicherungsträger und Versorgungsämter.

a. Kennzeichen medizinischer Hilfsmittel

Kennzeichen der medizinisch indizierten Hilfsmittel ist, dass sie körperliche Behinderungen in medizinischer Hinsicht unmittelbar ausgleichen, also beeinträchtigte oder ausgefallene Körperfunktionen wie Greifen, Gehen, Sitzen, Hören oder Sehen ganz oder teilweise ermöglichen, ersetzen, erleichtern oder ergänzen (BSGE 51, 207). Demnach sind medizinische Hilfsmittel immer nur Sachen, niemals aber Begleitpersonen. So finanzieren die Krankenkassen zwar in der Regel keinen PC, weil es sich dabei um einen Gegenstand des täglichen Lebens handelt, aber z. B.:

- Sonderzubehöerteile
- spezielle Software (z. B. für blinde Menschen)
- Änderungen und Anpassungen, die aufgrund der Behinderung notwendig werden.

Im Hilfsmittelverzeichnis, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam erstellt wird, sind von der Leistungspflicht erfasste Hilfsmittel aufgeführt.

b. Ersatz – Instandsetzung – Ausbildung

Der Anspruch auf Hilfsmittel gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse schließt die notwendige Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel – z. B. Hörtrainingsunterricht, Mobilitätstraining für sehbehinderte Studierende – ein (§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

c. Bundesweit einheitliche Festbeträge für medizinische Hilfsmittel

Seit 1. Januar 2005 gelten für einzelne Hilfsmittelgruppen, zu denen z. B. Hörgeräte und Sehhilfen gehören, bundeseinheitliche Festpreise. Damit hat die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Festsetzung von bundeseinheitlichen Festbeträgen im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes begonnen, die allerdings eine eigenanteilsfreie Versorgung in anerkannter Qualität garantieren soll. Wer sich für ein teureres Hilfsmittel entscheidet, muss den Differenzbetrag in der Regel selber zahlen. Das Hilfsmittelverzeichnis wird regelmäßig fortgeschrieben.

Außerdem zahlen Versicherte generell für Hilfsmittel 10 % zu, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Bei Verbrauchsmitteln müssen max. 10,- € im Monat selber zugezahlt werden.

d. Kostensplitting

Soweit es sich bei den Hilfsmitteln auch um übliche – nicht behinderungsbezogene – Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt, wird die oder der Versicherte mit einem Eigenanteil belastet, so z. B. bei orthopädischen Schuhen mit den Kosten für Normalschuhe (s. BSGE 42, 229) oder bei einer automatischen Toilettenanlage mit den Kosten für allgemeine Installationsmaßnahmen (s. BSG FEVS 28, 258, 264).

e. Abgrenzung zu Leistungen der Eingliederungshilfe

Über Unstimmigkeiten bei der Zuständigkeit zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträgern wird nicht selten gerichtlich entschieden.

Nicht als Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind von der Rechtsprechung z. B. angesehen worden: Auffahrrampe (BSG FEVS 32, 434), Begleitperson für Blinde (BSG FEVS 27, 31 = Die Sozialgerichtsbarkeit 1979, 156 mit Anm. Mengert), Blindenschriftschreibmaschine (BSG FEVS 27, 29), behindertengerecht gestaltete Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, wie z. B. Essgeschirr (BSG Die Sozialgerichtsbarkeit 1979, 68), Kraftfahrzeug (BSG FEVS 27, 197), Schreibmaschine (BSGE 37, 138) und Sportbrille (BSG FEVS 31, 27).

Trotzdem kann es sich dabei im Einzelfall um erforderliche Hilfsmittel handeln. Als „Soziale Hilfsmittel“ können sie unter bestimmten Bedingungen im Rahmen der Eingliederungshilfe finanziert werden. Weitere Informationen bezüglich der Abgrenzung der Zuständigkeiten und der Finanzierung sozialer Hilfsmittel siehe daher auch Kapitel IV.B.1 „Finanzierung des behinderungsbedingten Studienmehrbedarfs“.

2. Zuzahlungspflicht für versicherte Studierende

Seit 1. Januar 2004 müssen alle versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkasse, wie z. B. Arztbesuche

oder Medikamente, leisten. Das betrifft auch jene Studierende, die sich bis dahin – z. B. als BAföG-Bezieher – von der Zuzahlungspflicht befreien lassen konnten.

a. Obergrenzen der Zuzahlungspflicht

Allerdings gibt es Obergrenzen der Zuzahlungspflicht. Diese beträgt im Allgemeinen 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Für den Fall, dass man wegen einer chronischen Krankheit in Dauerbehandlung ist, beträgt die Obergrenze 1 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Zu den Bruttoeinnahmen zählen alle Einnahmen, die der Finanzierung des Lebensunterhalts dienen. Dazu zählen bei Studierenden z. B.: BAföG, Zuwendungen der Eltern, Zinseinkünfte, Stipendien, Einkünfte aus Vermietungen und Arbeitseinkommen.

Beispiel: Ein Student, der im Jahr über 7.500,- € Bruttoeinnahmen verfügt, muss Zuzahlungen zu Krankenkassenleistungen von maximal 150,- € im Jahr leisten. Ist er chronisch krank, muss er Beträge bis jährlich insgesamt 75,- € selber aufbringen.

b. Beantragung der Befreiung und Nachweis

Wenn diese Belastungsobergrenzen überschritten sind, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung beantragt werden, die dann für den Rest des Jahres gilt. Um die Befreiung geltend machen zu können, müssen alle Quittungen über Zuzahlungen von Medikamenten, Praxisgebühren etc. gesammelt und bei der Krankenkasse eingereicht werden.

3. Sonderregelungen für chronisch Kranke

Für chronisch Kranke, die bislang jährlich den Nachweis ihrer dauerhaften Erkrankung einreichen und die für das Sammeln der Belege besonders viel Zeit aufwenden mussten, hat sich zum Beginn des Jahres 2005 einiges geändert. Der jährliche Nachweis der chronischen Erkrankung entfällt und die Möglichkeit einer Pauschalzahlung des Zuzahlungseigenanteils am Anfang des Jahres befreit von weiteren Zuzahlungen und dem Sammeln der Belege.

Wer wird von der Krankenkasse als chronisch krank anerkannt?

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Außerdem ist chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist. Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, gehören zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder koronare Herzkrankheit.

<http://db1.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS> – Hilfsmittelverzeichnis

www.die-gesundheitsreform.de/ – Informationen des BMG

www.aok-bv.de/politik/agenda/reform/ – AOK zur Gesundheitsreform

STUBEH-12_Kap.IV.D_Finanz. Mediz. Versorgung aus Broschüre „Studium und Behinderung“, 6. Aufl., Berlin 2005;
Herausg.: Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung des Deutschen Studentenwerks

www.bmg.bund.de/ – SGB V und Gesundheitsmodernisierungsgesetz