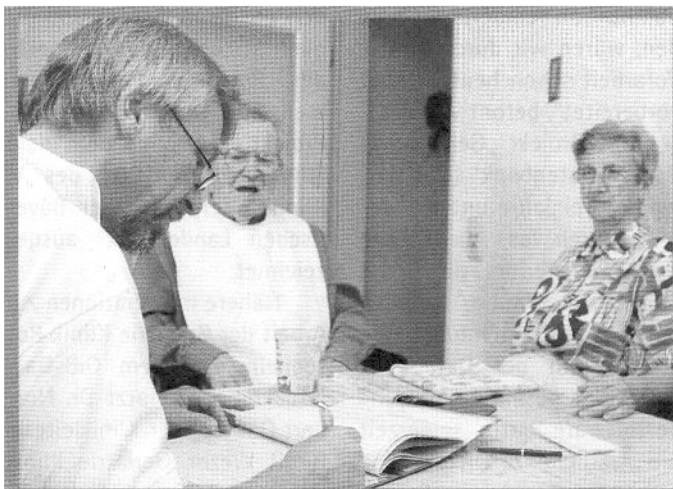


Übersicht: Die Zuzahlungen für die Kunden ab 2004

Ab dem 1. Januar 2004 kommen auf die Kunden der ambulanten Pflegedienste verschiedene, zum Teil neue Zuzahlungen zu. Das Gesetz zur Modernisierung im Gesundheitswesen regelt diese Zahlungen. Die Mitarbeiter der Pflegebetriebe müssen jetzt viele Fragen beantworten. Deshalb stellt CARE konkret-Autor Gerd Nett das Zahlungsmodell im Detail vor und gibt Verhaltenstipps für Pflegedienste.

Berlin/Wershofen. Neu sind die Zuzahlungen nach § 37 SGB V. Pro Verordnung sind zehn Euro zu entrichten, unabhängig davon wie viele Einzelleistungen verordnet wurden. Hinzu kommen zehn Prozent des Leistungspreises. Eine Mindest- oder Maximalhöhe gibt es hier nicht. Es sind jedoch nur die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme pro Jahr für die Berechnung der Zuzahlungen in der Häuslichen Krankenpflege ausschlaggebend.

Bei den Leistungen der Soziotherapie (§ 37a SGB V) und der Haushaltshilfe (§ 38



Die Kunden sollten von den Mitarbeitern in der Pflege aufgeklärt werden, wie mit den Zuzahlungen sinnvoll umgegangen werden kann. Foto: Krüper/nh

SGB V) müssen zehn Prozent des Leistungspreises, d.h. des Gesamtaufwands, pro Tag der Inanspruchnahme der Leistung zugezahlt werden. Hierbei gelten jedoch bestimmte Grenzen: Mindestens fünf Euro pro Tag, maximal zehn Euro pro Tag und nicht mehr als die Kosten der eigentlichen Leistung. Die Zuzahlungsbeträge für Leistungen nach den §§ 37 und 38 SGB V werden dem Versicherten von seiner Krankenkasse rückwirkend in Rechnung gestellt.

Neu für die Kunden ist auch die Praxisgebühr beim Arztbesuch. Wie bisher gibt es weiterhin Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, bei Krankenhausaufenthalten sowie bei ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Die Zuzahlungen für diese Leistungen sind vom Patienten direkt an die Leistungserbringer zu zahlen, z.B. direkt an die Apotheke. Die Kunden erhalten kostenlos entsprechende Quittungen. Den Kunden der ambulanten Pflegedienste ist zu raten, alle

Belege über Zuzahlungen unbedingt aufzubewahren. Damit kann das Überschreiten der Belastungsgrenzen (siehe Teil 2) kontrolliert werden.

Was ist bei der Praxisgebühr zu beachten? Für jede erste mittelbare und unmittelbare Inanspruchnahme eines Vertragsarztes in einem Quartal ist diese Gebühr von zehn Euro zu entrichten. Das gilt für den persönlichen Arztbesuch aber auch für den telefonischen Kontakt. Da die Gebühr auch zu zahlen ist, wenn nur eine Verordnung über Häusliche Krankenpflege ausgestellt wird sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

Besorgt ein Mitarbeiter des Pflegedienstes die Verordnung für den Kunden beim Arzt, sollte er die fälligen zehn Euro mitnehmen, falls der Patient nicht von der weiteren Zuzahlung hierfür schon befreit ist. Das ist sinnvoll, da es zurzeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Spitzenverband der kassenärztlichen Vertragsärzte, der Kassenärzt-

liche Bundesvereinigung, sowie innerhalb der Ärzteschaft heftige Meinungsverschiedenheiten darüber gibt, ob eine Behandlung außer in Notfällen abzulehnen wäre, falls die Praxisgebühr noch nicht entrichtet wurde.

Folgeverordnungen bei absehbaren Dauerleistungen sollten für einen längeren Zeitraum, wenn möglich für mehrere Quartale ausgestellt werden, damit nicht jedesmal wieder erneut die Praxisgebühr zu zahlen ist. Das trifft jedoch nur dann zu, wenn sonst keine weiteren Arztleistungen in diesen Quartalen in Anspruch genommen werden. Unabhängig von einer Praxisgebühr sollten die benötigten Leistungen für Häusliche Krankenpflege nach § 92 SGB V auf möglichst wenigen Verordnungen aufgeführt werden, da pro Verordnung und nicht pro Leistung zehn Euro gezahlt werden müssen.

Für bestehende Leistungen, die voraussichtlich noch bis ins nächste Jahr zu erbringen sind, sollten noch in diesem Jahr Folgeverordnungen besorgt werden.