VON HAUSARZT ZU HAUSARZT

Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

Typ-2-Diabetes: Wann gibt es noch Teststreifen?

— Das Bundesgesundheitsministerium hat den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. März 2011 zum Verordnungsausschluss von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, nicht beanstandet, sodass dieser nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Oktober 2011 in Kraft tritt.

MMW Kommentar

Damit ist die Verordnung von Blutzuckerteststreifen zur routinemäßigen Selbstkontrolle des Blutzuckers durch die betreffenden Patienten zulasten der GKV nicht mehr möglich. Von der Verordnungseinschränkung für Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, sind allerdings Patienten mit instabiler Stoffwechsellage ausgeschlossen. Dies kann der Fall sein bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko. Hier sind je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen verordnungsfähig. Der Gestationsdiabetes zählt nicht zum Diabetes mellitus Typ 2, so dass hier kein Verordnungsausschluss vorliegt.

Versichertenkarte kann nicht eingelezen werden: Was tun?

— Kann die Versichertenkarte eines Patienten nicht eingelezen werden, ist eine Abrechnung der erbrachten Leistungen nach dem sog. Ersatzverfahren möglich. Dieses gilt aber nicht für die vergessene Krankenversichertenkarte. Hier ist nur eine Behandlung auf der Basis der Privatliquidation nach GOÄ möglich.

Das Ersatzverfahren kann nur angewendet werden, wenn z. B. die Krankenversichertenkarte oder das Lesegerät oder der Drucker in der Praxis defekt sind, die Mitgliedschaft in der Kasse aber anhand der vorgelegten Versichertenkarte nachgewiesen werden kann. Entsprechendes gilt, wenn die Karte bei Notfallbehandlungen nicht vorgelegt und eingelezen werden kann oder bei Hausbesuchen kein Lesegerät zur Verfügung steht. Das Ersatzverfahren ist

auch möglich, wenn der Patient zum Beispiel aufgrund eines Kassenwechsels eine vorläufige – nicht maschinenlesbare – Krankenversichertenkarte vorlegt.

MMW Kommentar

Wer nicht so verfährt, trägt das Risiko, dass der Patient nicht in der angegebenen Kasse oder vielleicht sogar überhaupt nicht versichert ist. In diesem Fall droht eine nachträgliche Regressforderung der fälschlich belasteten Krankenkasse. Ratsam ist beim Ersatzverfahren aber auch, sich die Mitgliedschaft bei dem angegebenen Kostenträger per Unterschrift bestätigen zu lassen. Auf keinen Fall sollten bei ungeklärter Kassenmitgliedschaft Verordnungen vorgenommen werden, denn auch hier droht eine ggf. sehr schmerzhafte nachträgliche Regressforderung.

Beitragsfelder werden für HzV nicht eingesetzt!

— Die gute Konjunktur spült Milliarden in die Sozialkassen – vor allem in die GKV. Für 2011 sagt das Kieler Institut für Weltwirtschaft einen Überschuss von 5,8 Milliarden Euro voraus. Das Gesundheitsministerium (BMG) hält die Schätzung zwar für verfrüht. Die prognostizierten 5,8 Milliarden Euro entsprechen rechnerisch aber fast genau der Beitragserhöhung vom Jahresbeginn um 0,6 Prozentpunkte. Damit würden rund 6 Milliarden Euro auf Rücklagekonten des Gesundheitsfonds fließen.

MMW Kommentar

Für das laufende Jahr 2011 hatte der Schätzerkreis der GKV schon im Januar 2011 mit 181,6 Milliarden Euro Einnahmen für den Gesundheitsfonds (rund 500 Millionen Euro mehr als früher) geschätzt. Die Zuweisungen

an die Krankenkassen würden in 2011 bei 178,9 Milliarden Euro liegen. Die Differenz zwischen den Einnahmen und dem Betrag, der an die Kassen überwiesen wird, wurde demnach bereits zu diesem Zeitpunkt bei plus 2,7 Milliarden Euro erwartet. Angesichts solcher Zahlen ist es schon empörend, dass vom Gesetzgeber alle möglichen Räder in Bewegung gesetzt wurden, das Erfolgsmodell „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HzV) regelrecht zu meucheln, nur weil die Kassen behaupten, das sei nicht finanzierbar. Tatsache ist aber offensichtlich, dass das Geld da ist und zum Vorteil der Versicherten eingesetzt werden könnte. Immerhin hat schon die Evaluation des Hausarztmodells 2005 bis 2008 in Hessen gezeigt, welche Einsparungen an anderer Stelle mit dem Einsatz solcher Mittel erzielt werden können.