

41. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



PRESSEINFORMATION

Kassen nehmen Patienten in Regress: Zu den unerwarteten aber möglichen Folgen eines ästhetischen Eingriffs

Dresden – „Bereits seit der Gesundheitsreform 2007 sind die Krankenkassen durch den Gesetzgeber verpflichtet, Patienten an den Folgekosten medizinisch nicht indizierter Maßnahmen – also auch plastisch-ästhetischer Eingriffe – angemessen zu beteiligen“, erläutert Prof. Dr. Peter M. Vogt, Präsident der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC). „Alle Versuche der Ärzteschaft, gegen diese Einführung des Verursacherprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorzugehen, seien leider gescheitert, bedauert Vogt.“

Mit der Pflegereform zur Denunziation

Die ärztliche Schweigepflicht habe Ärzte und Patienten zunächst vor der Umsetzung der Neuregelung bewahrt. Mit der Pflegereform wurde diese aber in 2008 ausgehebelt. Im Sozialgesetzbuch III ist unter § 294 seither geregelt:

„Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

„Eine Ungeheuerlichkeit“, urteilt der Verbandspräsident, „die uns seither zur Denunziation unserer Patienten zwingt und auch bei nicht erfolgter Meldung gehäuft Rückfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen verursacht.“ Ihm sei außerdem unklar, wie der Gesetzgeber dazu komme, Patienten, die einen ästhetischen Eingriff vornehmen lassen, mit Verbrechern und Kunden in Tätowier- oder Piercing-Studios rechtlich gleichzusetzen. „Schließlich handelt es sich bei unseren Patienten um die einzige betroffene Gruppe, die sich von einem ausgebildeten Arzt behandeln lässt – wenn auch nicht aus medizinisch indizierten Gründen“, stellt er klar.

Gesucht und gefunden: Eine Lösung für Patienten

Als Berufsverband und wissenschaftliche Fachgesellschaft der deutschen Plastischen Chirurgen hatte sich die DGPRÄC bereits mit der Gesundheitsreform um eine versicherungstechnische Lösung dieser potentiellen finanziellen Bedrohung der Patienten bemüht. „Wir konnten es nicht verantworten, dass Patienten das Risiko einer schicksalhaften Komplikation – wie einer Thrombose oder Wundheilungsstörungen – anteilig selbst tragen mussten – auch wenn zu diesem Zeitpunkt völlig unklar war, was der Gesetzgeber unter der geforderten ‚angemessenen Beteiligung‘ verstehen würde“, führt Prof. Vogt aus. Gleichzeitig habe man die Mitglieder aufgefordert, ihre Patienten über diese Rechtslage aufzuklären. Schließlich wurde nach einer Datenerhebung bei den Mitgliedern eine versicherungsmathematische Kalkulation des noch sehr vagen Risikos vorgenommen und in 2009 zunächst eine Versicherung des Patienten über den Operateur möglich. Aktuell gibt es diverse Versicherungslösungen für dieses Risiko. DGPRÄC-Mitgliedern und ihren Patienten steht seit diesem Jahr exklusiv auch eine

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Folgekostenversicherung (www.folgekostenversicherung.de) zur Verfügung, die der Patient selbst abschließen kann. Die Ausbildung zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und die Mitgliedschaft in der DGPRÄC garantieren dem Versicherungsgeber hohe Qualität, so dass die Patienten zu vergleichsweise günstigen Konditionen versichert werden können.

Erste Erfahrungen zu Schadensfällen

Aus dieser Lösung gibt es nun erste Daten zur Umsetzung der Rechtslage. Pro 100 patientenseitig abgeschlossene Versicherungen kommt es durchschnittlich zu zwei Schadensfällen, vor allem bei Brustvergrößerungen und -verkleinerungen. Bis dato beträgt die Rückforderungshöhe der Krankenkassen aus diesen Fällen im Mittel 3000€ zu Lasten des Patienten, wobei die einzelnen Schadensummen zum Teil mehr als doppelt so hoch sind. Bei einer Besprechung 2008 einigte sich der Spitzenverband der Krankenkassen auf eine Empfehlung zum Eigenanteil der Versicherten. Dieser solle in der Regel 50 Prozent der OP-Kosten betragen, maximal aber – abhängig vom Einkommen – zwischen einem und sieben Prozent des Jahresbruttoeinkommens (siehe Anhang).

Rechtslage seit dem 1. Juli 2008, Sozialgesetzbuch V, § 52, (2) NEU! Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Alt	Neu
Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.	<p>(1) Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern.</p> <p>(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, <u>hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.</u></p>

Pressekontakt:
Kerstin van Ark

Deutsche Gesellschaft der
Plastischen, Rekonstruktiven und
Ästhetischen Chirurgen
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
Fax: 030 / 28 00 44 59

www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

41. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



(Zur Veröffentlichung freigegeben)

Niederschrift

über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
am 22./23. Januar 2008 in Bochum

6. § 52 SGB V – Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Doku-Nr.: - 511.2 -

Sachstand:

Nach § 52 Abs. 2 SGB V hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen, wenn diese sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme zugezogen haben. Ferner ist das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurück zu fordern. Im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. März 2007 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG ist zu § 52 SGB V unter Ziffer 5 ausgeführt, dass bei der Frage der Angemessenheit der versichertenbezogenen Kostenbeteiligung insbesondere die Leistungsaufwendungen, die finanzielle Leistungsfähigkeit und Unterhaltungspflichten zu berücksichtigen sind.

Im Interesse einer einheitlichen Kassenpraxis wird es für sinnvoll erachtet, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen allgemein anwendbare Hinweise für die Umsetzung des § 52 Abs. 2 SGB V erarbeiten.

Besprechungsergebnis:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen fest, dass jeder Fall nach § 52 Abs. 2 SGB V individuell zu regeln ist. Hierbei hat die Krankenkasse eine Ermessensentscheidung zu treffen. Ungeachtet der damit verbundenen Schwierigkeiten besteht die Notwendigkeit, die betreffenden Versicherten über ihren zu erwartenden Kostenanteil zu informieren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten es für vertretbar, dass von den Versicherten grundsätzlich ein 50%iger Eigenanteil an den Behandlungs- und Neben-

41. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



kosten gefordert wird, soweit nicht auf Grund der der Krankenkasse bereits bekannten Verhältnisse ein anderer Prozentsatz angemessen erscheint.

Bedarf es einer anderen Entscheidung über die Höhe des Eigenanteils des Versicherten, kann diese unter Berücksichtigung der nachstehenden Hinweise getroffen werden.

1. Bestimmung einer kalenderjährlichen (nicht behandlungsbezogenen) Zumutbarkeitsgrenze für außergewöhnliche Belastungen entsprechend § 33 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes. Dementsprechend beträgt die jährliche Zumutbarkeitsgrenze bei einem Einkommen von
 - a) bis 15.340,-- €
 - 5 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 4 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 2 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 1 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern;
 - b) über 15.340,-- € bis 51.130,-- €
 - 6 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 5 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 3 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 1 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern;
 - c) über 51.130,-- €
 - 7 % des Einkommens Alleinstehender ohne Kinder,
 - 6 % des Einkommens Verheirateter ohne Kinder,
 - 4 % des Einkommens Versicherter mit ein oder zwei Kindern,
 - 2 % des Einkommens Versicherter mit drei oder mehr Kindern.
2. Eine fallbezogene Deckelung der Zumutbarkeitsgrenze erfolgt nicht.
3. Bei der Ermittlung des maßgeblichen Einkommens wird entsprechend § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V das Einkommen des Mitgliedes und ggf. des Ehegatten bzw. Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes und der hauseingetragenen Kinder zugrunde gelegt, welches auch bei der Anwendung der Härtefallregelung des § 62 SGB V zu berücksichtigen ist (vgl. gemeinsames

41. Jahrestagung der DGPRÄC

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

15. Jahrestagung der VDÄPC

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Rundschreiben „Einnahmen zum Lebensunterhalt“). Demgemäß werden auch SGB II- und SGB XII-Leistungen in ihrer tatsächlichen Höhe berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V bleibt unbeachtlich). Eine Ermittlung und Berücksichtigung von eventuellem Vermögen erfolgt nicht. Zum Ansatz gelangt das Vorjahreseinkommen, sofern nicht bei negativer Entwicklung das aktuelle Einkommen zu ermitteln und heranzuziehen ist.

Hinsichtlich des Versagens bzw. der Rückforderung von Krankengeld sprechen sich die Spitzenverbände für eine Anlehnung an § 54 Abs. 4 SGB I aus, d. h., das Krankengeld kann oberhalb der Pfändungsfreigrenze versagt bzw. zurückgefordert werden; bei im gleichen Monat bezogenen anderen Einkünften wie z. B. Arbeitsentgelt ggf. also in voller Höhe.