

Auswirkungen der Sozialreformen auf die gesundheitliche Versorgung und den Anspruch auf Kostenübernahme bzw. Versicherungsschutz

Die Gesundheitsreform 2004 (GMG) sowie die Sozialreformen (Hartz IV) haben für viele Menschen eine extreme Verschlechterung ihrer Versorgung im Erkrankungsfall mit sich gebracht. Für viele Menschen sind die schmerzlichen Folgen der Ausschluss aus der GKV oder der Verlust des Versicherungsschutzes. Das GMG (Gesundheitsreform 2004) sowie der Verweis im SGB XII auf den Leistungsumfang der GKV bedeuten zudem Einschränkungen des Leistungsumfanges bzw. finanzielle Überforderungen im Krankheitsfalle. Darüber hinaus treten für einige Personengruppen Zuordnungsproblematiken auf, die wiederum auch zu negativen Konsequenzen hinsichtlich der Regelung der Krankenbehandlung führen können. So bestehen dringliche Regelungs- und Änderungsbedarfe zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung.

Die Forderungen bezüglich gesetzlicher Änderungen, Anpassungen der Durchführungsverordnungen oder Verwaltungspraktiken richten sich unterschiedlich an

- das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA),
- das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS),
- die Bundesagentur für Arbeit,
- Träger der Sozialhilfe,
- die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie teilweise auch an
- den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der für die Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV sowie für Festlegungen des Leistungsrechts zuständig ist.

Finanzielle Überforderungen

Für viele Hilfebedürftige stellen die **Zuzahlungen plus Eigenleistungen** im Rahmen der medizinischen Behandlung eine **finanzielle Überforderung** dar. Im Erkrankungsfall können finanzielle Überbelastungen entstehen, da im Regelsatz bzw. in der Regelleistung lediglich gesundheitliche Aufwendungen in Höhe von ca. 13 EUR vorgesehen sind. Sind die privat zu tragenden Kosten für so genannte Zuzahlungen noch mit einer Obergrenze versehen (von 2% des Brutto-Einkommens bzw. 2% des Regelsatzes / Regelleistung), können durch „Eigenleistungen“ Kosten entstehen, die einen erheblich höheren Anteil der Regelleistung verschlingen. Nicht zuletzt der weitgehende Ausschluss von Übernahme der Fahrkosten durch die Krankenkassen, aber auch die Ausgliederung weiterer Bereiche der medizinischen Versorgung aus dem GKV-Katalog (wie Brillen, nicht verschreibungspflichtige Medikamente etc.) schlagen hier zu Buche.

Eine **Darlehensgewährung** bei finanzieller Überforderung bzw. Vorschuss durch den Träger der Sozialhilfe bei gleichzeitiger **Absenkung des Regelsatzes** zwecks Rückzahlung in Raten bedeutet eine **Ungleichbehandlung** kranker Hilfebedürftiger und führt zu einer **Gefährdung des Existenzminimums**.

Hier muss eine Gewährung **einmaliger Beihilfen** oder eine **Kostenerstattung** geschaffen werden bzw. eine **Erhöhung des Regelsatzes** erfolgen, da sonst die Beendigung des Bedarfsdeckungsprinzips dazu führt, dass sich viele Menschen trotz Krankenversicherungsschutz eine gesundheitliche Versorgung nicht mehr leisten können. Änderungen der **Fahrkosten-Richtlinie** können ebenfalls in einigen Punkten Abhilfe schaffen.

Hinsichtlich der oft geschilderten Praxis, dass bei medizinischer Behandlung **gesetzeswidrig Zuzahlungen** auch von Personen verlangt werden, die davon befreit sind (nach SGB XII § 47ff bzw. AsylbLG § 3), bedarf es weit **besserer Information und Aufklärung** der betroffenen PatientInnen und der Leistungserbringer, aber auch besserer **Sanktionsmöglichkeiten** gegen die durchführenden und abkassierenden BehandlerInnen. Ähnliches gilt für den Bereich individueller Gesundheitsleistungen. Auch hier werden oft unzulässigerweise IGeL-Leistungen in Rechnung gestellt und die Informations- und Aufklärungspflicht durch die BehandlerInnen unterlaufen oder unzureichend erfüllt.

Regelungen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Immer mehr Menschen finden sich **ohne geregelten Krankenversicherungsschutz** wieder. Die Zahlen steigen stetig an und die Dunkelziffer ist sehr hoch. Da die Gründe für das Ausbleiben eines Krankenversicherungsschutzes unterschiedlich sind, muss auf unterschiedlichen Wegen Abhilfe geschaffen werden.

Selbständige mit geringem Einkommen:

Für **Selbständige mit ergänzendem Alg II** scheint nun endlich eine Regelung geschaffen worden zu sein: Es ist zu begrüßen, dass die Krankenkassen – wenn auch erst nach einem halben Jahr - der Rechtsauffassung gefolgt sind, dass dieser Personenkreis pflichtversichert wird.

Offen ist jedoch die Forderung, den **Einstiegssatz für Selbständige** zur Erlangung einer freiwilligen Krankenversicherung nicht auf der Bemessungsgrundlage eines Mindesteinkommens von 1800 EUR im Monat zu errechnen. In der BRD gibt es mittlerweile eine Vielzahl prekär lebender Selbständiger, deren Einkommen regelmäßig weit darunter liegt. Für diese Menschen sind Beiträge in Höhe von 250 – 290 EUR pro Monat an die Krankenkasse nicht tragbar.

So muss der Mindest-Beitragssatz niedriger und realistischer angesetzt wird, um zu verhindern, dass zunehmend mehr Selbständige sich keinen Krankenversicherungsschutz mehr leisten können.

Personen, die nach § 5 SGB V **nicht pflichtversichert** werden können und für die eine Familienversicherung nicht möglich ist, können nur über eine **freiwillige Versicherung** einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Doch auch dieser Weg bleibt **oft versperrt**, falls

- a) die erforderlichen **Vorversicherungszeiten** nicht erfüllt werden,
- b) sie die Beiträge nicht aus eigener Tasche bezahlen können oder
- c) die Frist zur Beantragung verstrichen ist.

Im Fall a) können die Betroffenen nichts aus eigener Kraft dagegen unternehmen. Unter b) fallen Menschen, die oft aufgrund finanzieller Notlage nicht dazu in der Lage sind. Auch im Fall c) ist nicht unbedingt von einer Selbstverschuldung auszugehen, da es in vielen Fällen z.B. zu Verzögerungen

seitens der BA bei Entscheid oder Widerspruchsverfahren über Anträge zu Alg II kommt oder die Information durch Behörden und Kassen nicht ausreichend erfolgt.

Daher müssen dringlich Regelungen hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes folgender Personengruppen getroffen werden:

- Menschen **nach Ablehnung** von Leistungsbezug
- **Selbständige** mit sehr geringem Einkommen
- **Sozialgeld-BezieherInnen** z.B. in eheähnlichen Gemeinschaften oder auch Sozialgeld beziehende Eltern, die mit einem Kind zusammenleben, das Alg II erhält
- BezieherInnen von **Alg II auf Darlehensbasis** (denen zumindest vor Ende Mai kein Zuschuss für Krankenversicherungsbeiträge gezahlt wurde)
- **StudentInnen**
- Menschen **über 55 Jahre**
- u.a.

Folgende Regelungen können hier auf unterschiedlichen Ebenen punktuell Abhilfe schaffen:

- **Verlängerung der Beantragungsfrist** für den freiwilligen Krankenversicherungsschutz bzw. Eröffnung der Möglichkeit eines **rückwirkenden Beitritts**
- Möglichkeit der Pflichtversicherung auch bei Bezug von Sozialgeld und Alg II als Darlehen
- **Übernahme der Krankenkassenbeiträge** (bei Bezug von Alg II als Darlehen) als „Muss“-Regelung und nicht nur als „Kann“-Regelung
- **Verbesserung der Information** durch die BA und Ausführung ihrer Pflicht, auf einen Versicherungsschutz hinzuwirken
- Pflichtversicherung für hilfebedürftige Selbständige
- Eröffnung **weiterer Wege in die GKV** bzw. Verlängerung der Antragsfristen für den Beitritt in die freiwillige Versicherung beispielsweise für Menschen, die als nicht versicherungspflichtige Personen aus der Sozialhilfe ausscheiden oder deren Anspruch auf Familienversicherung aus Altersgründen oder Scheidung erloschen ist
-

Weiterer Regelungsbedarf hinsichtlich des Versicherungsanspruchs

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung von **Wohnungslosen** sollten Bestimmungen erlassen werden dahingehend, dass auch diese eine Krankenbehandlung und Kostenübernahme nach § 264 SGB V erhalten und eine Krankenkassenkarte ausgehändigt bekommen, da im Regelfall von einer dauerhaften Hilfebedürftigkeit auszugehen ist. Im Falle einer Erwerbsfähigkeit ist auch ein Alg II-Anspruch mit Pflichtversicherung in der GKV nicht abzulehnen.

Eine volle und umfassende Gesundheitsversorgung muss auch für **Flüchtlinge** ermöglicht werden, die

Leistungen nach AsylbLG 3ff erhalten.

Anstelle der Familienversicherung sollte allen Alg II-BezieherInnen ein **eigener Krankenversicherungsanspruch** per Pflichtversicherung eingeräumt werden. Denn die Familienversicherung kann Nachteile hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung mit sich bringen: Aufgrund der Pflicht, sich auf eine gemeinsame Krankenkasse festzulegen, können diese Personen nicht mehr die gewünschten Vorzüge des unterschiedlichen Leistungsspektrums ihrer jeweiligen Kassen wählen. Es kann sogar der Verlust des Versicherungsschutzes für einen Teil der Familie entstehen (bspw. wenn beide PartnerInnen jeweils Kinder aus früheren Ehen/Beziehungen haben, kann das „Stiefkind“ des familienversicherten Elternteils nicht versichert werden).

Alle Personen, die eine Krankenbehandlung und Übernahme der Behandlungskosten nach **SGB V § 264** erhalten, sollten eine **(Voll-)Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung** eingeräumt bekommen. Nur darüber kann sichergestellt werden, dass diese Personen bei Ausscheiden aus dem Leistungsbezug (bspw. nach Erbschaft oder bei Aufnahme einer Selbständigkeit) Vorversicherungszeiten erwerben für einen freiwilligen Krankenversicherungsschutz.

Die **Schnittstellenproblematiken** und Zuordnungsschwierigkeiten (bspw. bei **erwerbsfähigen HeimbewohnerInnen und Wohnungslosen**) müssen schnellstens geklärt werden.

Sonstiger Regelungsbedarf bezüglich Gesundheitskosten

Für bestimmte, sicher in Chronizität mündende Krankheiten muss im Rahmen der **Chroniker-Regelung** eine Änderung erfolgen dahingehend, dass auch bei Neu-Erkrankungen die Halbierung der Zuzahlungs-Obergrenze schon im ersten Jahr der Erkrankung erfolgen kann.