

## Fazit und Regelungsbedarf

Die Gesundheitsreform 2004 (GMG) sowie die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe (Hartz IV) zum 1.1.2005 haben für viele Menschen zu einer extremen Verschlechterung ihrer Versorgung und ihrer Absicherung im Erkrankungsfall geführt. Für viele Menschen sind die schmerzlichen Folgen der Ausschluss bzw. Verlust eines gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes. Das GMG sowie der Verweis im SGB XII auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Kassen bedeuten außerdem für viele weitere Einschränkungen im Leistungsumfang möglicher Krankenbehandlungen bzw. finanzielle Überforderungen im Erkrankungsfall. Darüber hinaus treten für einige Personenkreise Zuordnungsproblematiken auf, die wiederum auch zu negativen Konsequenzen und Verzögerungen der Krankenbehandlung führen können. So bestehen dringliche Regelungs- und Änderungsbedarfe zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung vieler Menschen mit geringem Einkommen.

Um die wenigen positiven Veränderungen durch diese Sozial- und Arbeitsmarktreformen bezüglich der Krankenbehandlung und Gesundheitskosten nicht zu verschweigen: Menschen im Alter von über 55 Jahren können über den Bezug von Alg II wieder einer

gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Bislang gab es für über 55-Jährige keinerlei Möglichkeit, nach 5 Jahren ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz wieder Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden.

Begrüßenswert ist ebenso, dass ein Teil der ehemaligen Sozialhilfe-EmpfängerInnen und der Flüchtlinge nun eine Krankenkassenkarte ausgehändigt bekommt und sich auch die Krankenkasse selbst wählen kann. Damit brauchen sich diese Menschen nicht mehr dem entwürdigenden und schikanösen Prozedere unterwerfen und vor jeder medizinischen Behandlung einen Berechtigungsschein auf dem Sozialamt abholen.

Doch die Freude selbst über diese kleine Verbesserung wird getrübt durch das halbherzige Verfahren, diesem Personenkreis keine Vollmitgliedschaft in der Krankenkasse zu gewähren.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wo es zentral Regelungsbedarf gibt sowie welche Alternativen und Forderungen bestehen, eine ausreichende, umfassende und finanziell nicht überfordernde Gesundheitsversorgung für alle Menschen herzustellen.



**Lesetipp:**  
**Roth, Rainer**  
**Nebensache**

**Mensch. Arbeitslosigkeit in Deutschland**  
DVS Frankfurt/M.  
Mai 2003  
ISBN 3-932246-39-X

Bezug über:  
info@klartext-info.de

## 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. Die Gründe für das Ausbleiben eines Krankenversicherungsschutzes sind unterschiedlich.

Es handelt sich z.B. um

- Menschen, deren Antrag auf Leistungsbezug nach SGB II oder SGB XII abgelehnt wurde,
- Selbständige mit sehr geringem Einkommen,
- Sozialgeld-BezieherInnen (z.B. in eheähnlichen Gemeinschaften bzw. Sozialgeld beziehende Eltern, die mit einem Kind

zusammenleben, das Alg II erhält) oder  
- BezieherInnen von **Alg II auf Darlehensbasis** (denen zumindest vor Ende Mai kein Zuschuss für Krankenversicherungsbeiträge gezahlt wurde).

Ohne Krankenversicherungsschutz sind aber auch viele (ehemalige) StudentInnen oder Menschen im Alter über 55 Jahre. Auf unterschiedlichen Wegen muss Abhilfe geschaffen werden, dass diese und weitere Personengruppen auch Zugang zu einer geregelten gesundheitlichen Versorgung erhalten.

### 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.

### Von der Versicherungspflicht befreite Menschen

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 (was oftmals hervorgerufen wird durch Verzögerungen seitens der Bundesagentur bei Entscheid oder Widerspruchsverfahren über Anträge zu Alg II. Auch die Information durch Behörden und Krankenkassen erfolgt nicht immer ausreichend).

Folgende Regelungen können hier auf unterschiedlichen Ebenen punktuell abhelfen:

- **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 Bundesagentur für Arbeit und Umsetzung ihrer gesetzlichen Verpflichtung, auf einen Versicherungsschutz hinzuwirken
- Eröffnung **weiterer Zugangswege 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

- Sicherstellung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung von **Wohnungslosen** durch gesetzliche Regelungen, dass auch diese eine Krankenbehandlung und Kostenübernahme nach § 264 SGB V erhalten und eine Krankenkassenkarte ausgehändigt bekommen. Im Regelfall ist von einer dauerhaften Hilfebedürftigkeit auszugehen. Im Falle einer Erwerbsfähigkeit ist auch ein Alg-II-Anspruch mit Pflichtversicherung in der GKV nicht abzulehnen.
- **eigenständiger Krankenversicherungsanspruch** per Pflichtversicherung für alle Alg-II-BezieherInnen **anstelle der Familienversicherung**. 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 drohen: beispielsweise wenn beide PartnerInnen jeweils Kinder aus früheren Ehen/Beziehungen haben, kann das „Stiefkind“ des familienversicherten Elternteils nicht krankenversichert werden.
- **(Voll-)Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung** für alle

Personen, die eine Krankenbehandlung und Übernahme der Behandlungskosten nach **SGB V § 264** erhalten. 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.

- Klärung der **Schnittstellenproblematiken** und Zuordnungsschwierigkeiten (bspw. bei **erwerbsfähigen HeimbewohnerInnen und Wohnungslosen**)
- Eine volle und umfassende Gesundheitsversorgung auch für **Flüchtlinge**, die Leistungen nach AsylbLG 3ff erhalten.

## Finanzielle Überforderungen

Für viele Hilfebedürftige stellen die Zuzahlungen und/oder Eigenleistungen im Rahmen der medizinischen Behandlung eine finanzielle Überforderung dar. Im Erkrankungsfall können finanzielle Überbelastungen entstehen, da im Regelsatz bzw. in der Regelleistung lediglich ca. 13 EUR für gesundheitliche Aufwendungen vorgesehen sind. Die privat zu tragenden Kosten für so genannte Zuzahlungen sind noch mit einer Obergrenze versehen, die bei 2% des Brutto-Einkommens bzw. 2% des Regelsatzes oder der Regelleistung liegt. Durch „Eigenleistungen“ im Rahmen einer Krankenbehandlung können jedoch 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 weiter Bereiche der medizinischen Versorgung aus dem GKV-Katalog (wie Brillen, nicht verschreibungspflichtiger Medikamente etc.) schlagen hier zu Buche.

Eine **Darlehensgewährung** bei finanzieller Überforderung bzw. ein 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**.

Finanzielle Überforderungen durch Behandlungen im Krankheitsfall müssen auf folgenden Wegen verhindert werden:

- Gewährung **einmaliger Beihilfen**
- **Kostenerstattung**
- **Erhöhung des Regelsatzes**

Sonst führt die Beendigung des Bedarfsdeckungsprinzips dazu, dass sich viele Menschen trotz Krankenversicherungsschutz



eine medizinische Versorgung nicht mehr leisten können. Änderungen der **Fahrkosten-Richtlinie** können ebenfalls in einigen Punkten Abhilfe schaffen.

Es wird in Beratungseinrichtungen oft geschildert, dass bei medizinischer Behandlung **gesetzeswidrig Zuzahlungen** auch von Personen verlangt werden, die davon befreit sind (nach SGB XII § 47ff bzw. AsylbLG § 3). Hier bedarf es weit **besserer Informationen und Aufklärung** der betroffenen PatientInnen und der Leistungserbringer, aber auch bessere **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 nur unzureichend erfüllt.

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 Zuzahlungsobergrenze schon im ersten Jahr der Erkrankung erfolgen kann.

## Handlungsschritte

Die oben genannten Forderungen bzw. Änderungsbedarfe haben unterschiedliche Adressaten. Die gesundheitliche Versorgung, insbesondere von Menschen mit zu geringem Einkommen, kann (und muss) verbessert werden durch Gesetzesreformen, Anpassungen von Durchführungsverordnungen oder Verwaltungsvorschriften und Änderungen von Richtlinien. Anzusprechen sind hier insbesondere

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

Eine erfolgreiche Durchsetzung dieser (und weiterer) Änderungsbedarfe kann nur gelingen, wenn Erwerbslosen- und Sozialhilfe-

initiativen, Patientenunterstützungseinrichtungen, Beratungsstellen bei Arbeitskammern, Gewerkschaften, Sozialverbände, Kirchen, Flüchtlingsinitiativen und u.a. Druck auf die politischen Entscheidungsträger ausüben. Dies kann z.B. auch geschehen im Rahmen einer Kampagne zur Erhöhung der Regelsätze oder gemeinsam mit den PatientenvertreterInnen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die alltägliche Praxis bei Behörden, Krankenkassen und Leistungserbringer im Gesundheitssektor muss dabei intensiv beobachtet, ggf. kritisiert oder angeprangert werden.

Neben der Rechtslage in den Sozialgesetzbüchern und den entsprechenden Durchführungsverordnungen gilt es, auch die regional oft unterschiedliche Verwaltungspraxis und entsprechende Sozialgerichtsurteile zu verfolgen und sich auszutauschen über die daraus abzuleitenden Rechtsansprüche.

Eine Förderung der Selbstorganisation der Betroffenen kann zur Umsetzung (nicht nur) eines Zugangs zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung und Übernahme von Krankheitskosten sehr hilfreich sein.

## Patientenberatung und -unterstützung

Gesundheit ist ein elementares Gut. Jeder Mensch soll die Möglichkeit haben, seine Gesundheit zu erhalten und im Krankheitsfall entsprechend behandelt zu werden. In unserer Gesellschaft ist dieser Zugang zum Gesundheitssystem allerdings für einen Großteil der Bevölkerung nur eingeschränkt möglich und an viele Bedingungen (und an Geld) geknüpft. So haben immer mehr Menschen Fragen und Probleme hinsichtlich der Befriedigung ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse.

Dabei kann es um Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem und Versicherungsschutz gehen, um Behandlungsmethoden, Kosten für medizinische Maßnahmen, Patientenrechte oder Behandlungsfehler. Zu diesen unterschiedlichen Problemlagen benötigen insbesondere Kranke und Ärmere eine unabhängige und patienten-parteiische Infor-

mation, Beratung und Unterstützung.

Schon seit mehr als 2 Jahrzehnten gibt es auch hierzulande Ansätze einer unabhängigen Patientenunterstützungslandschaft. Eine institutionelle Förderung auf bundesweiter Ebene gelang aber erst in den letzten 5 Jahren, und dies auch nur in bescheidenem Umfang. Zu groß sind die Vorbehalte gegen unabhängige Patientenberatungseinrichtungen, sowohl von Seiten der organisierten Ärzteschaft (*„Der millionenfache Zustrom von Patienten tagtäglich in die Praxen zeigt: Wir Ärzte haben das Vertrauen der Patienten und sind die besten Patientenberater.“*) als auch bei den Krankenkassen (*„Millionen Versicherte sind bei uns Mitglied und werden bei uns unterstützt und beraten.“*).

Der erste Durchlauf einer modellhaften Förderung von Patientenunterstützungsange-