

Stellungnahme des Deutschen Vereins zu den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf Personen, die Leistungen nach SGB II und SGB XII (BSHG) erhalten

–su– Aufgrund der Leistungen, die aus dem Katalog der GKV herausgenommen wurden, ergeben sich für die Bezieher von Sozialhilfe und dabei insbesondere für Menschen mit Behinderung erheblich höhere Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Dabei sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Sehhilfen, Krankenfahrten, Zahnersatz und Empfängnisverhütung sowie die Zuzahlungen zum Teil so hoch, dass das soziokulturelle Existenzminimum in diesen Fällen nicht mehr sichergestellt ist. Um die gesundheitliche Versorgung von Sozialhilfeempfängern sicherzustellen und die mit der Zuzahlung verbundenen Abwicklungsprobleme zu verringern, hat die Arbeitsgruppe Zuzahlungsregelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung die vorliegende Stellungnahme erarbeitet, die am 14. Juli 2004 vom Vorstand des Deutschen Vereins verabschiedet wurde.

I. Vorbemerkung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat der Gesetzgeber die bisher nicht versicherten Sozialhilfeempfänger leistungsrechtlich in die GKV einbezogen. Eine Reihe von medizinischen Leistungen wurde aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert. Die Kosten für die Inanspruchnahme dieser Leistungen sind von den Patienten selbst zu tragen. Zugleich hat der Gesetzgeber Zuzahlungen zu allen medizinischen Leistungen der GKV eingeführt.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GMG wurde auch die Härtefallregelung in § 38 BSHG (Befreiung von Zuzahlungen) aufgehoben sowie die Regelsatzverordnung zum BSHG geändert. § 48 SGB XII, der zum 1. Januar 2005 in Kraft tritt, übernimmt diese Regelungen weitestgehend. Dies hat zur Folge, dass Sozialhilfeempfänger nach dem BSHG und zukünftige Leistungsbezieher nach SGB II und XII

von Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen nicht ausgenommen sind und die aus dem GKV-Katalog ausgegrenzten Leistungen selbst übernehmen müssen.

Nachdem erste Erfahrungen der Auswirkungen des GMG für Sozialhilfeempfänger vorliegen, unterbreitet der Deutsche Verein erste Vorschläge, um die gesundheitliche Versorgung von Sozialhilfeempfängern sicherzustellen und die mit der Zuzahlung verbundenen Abwicklungsprobleme zu verringern. Zugleich weist der Deutsche Verein auf Probleme hin, die einer gesetzlichen Klarstellung bedürfen.

Der Deutsche Verein strebt an, nach In-Kraft-Treten des SGB II und SGB XII diese Vorschläge zu konkretisieren und Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen in der Praxis zu erarbeiten.

II. Leistungen, die nicht mehr im Katalog der GKV enthalten sind

1. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den am 16. März 2004 verabschiedeten Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V festgelegt, welche nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Bei den nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten handelt es sich nicht lediglich um Arzneimittel zur Behandlung von Bagatellerkrankungen (z.B. bei Erkältungskrankheiten), sondern um Medikamente, die für bestimmte Zielgruppen zum Behandlungsstandard gehören, aufgrund geringer bzw. keiner Nebenwirkungen jedoch rezeptfrei erworben werden können.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Richtlinien enthalten eine Reihe von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, die als Therapiestandard zur Behandlung von akuten oder chronischen Krankheiten gehören und damit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Für den Perso-

nenkreis der chronisch kranken Menschen ist damit eine deutliche Verbesserung gegenüber der ursprünglichen Regelung eingetreten. Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen sind dabei aber nicht in ausreichendem Umfang berücksichtigt worden. Die Verordnungsfähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten ist an eine schwerwiegende Erkrankung geknüpft, die bei Menschen mit Behinderungen nicht typischerweise vorliegt. Einige Krankheiten oder Krankheitsfolgen treten jedoch behinderungsbedingt gehäuft auf (z.B. Pilzkrankungen, Behandlung von Hauterkrankungen, prophylaktische Hautbehandlungen usw.). Zwar sind z.B. Medikamente zur Behandlung von Pilzkrankungen im Mund-Rachen-Raum anerkannt. Medikamente gegen andere Pilzkrankungen, die bei Menschen mit Behinderungen behinderungsbedingt häufiger auftreten, sind jedoch nicht im Leistungskatalog aufgenommen worden.

Dies kann beispielsweise bei Menschen mit Down-Syndrom, bei denen langwierige Fuß- und Nagelpilzkrankungen überproportional häufig auftreten, dazu führen, dass ihnen für die Behandlung mit einem nicht verschreibungspflichtigen Medikament mit dem Wirkstoff Amorolfin monatlich Kosten in Höhe von 13,- € entstehen.

Menschen mit Behinderungen stehen oft keine Alternativen zur Behandlung oder zur Prävention (z.B. sportliche Ertüchtigung) zur Verfügung. In vielen Fällen können Komplikationen durch nicht verschreibungspflichtige Medikamente verhindert oder behandelt werden. Für diese Zielgruppen gehören solche Medikamente zum Behandlungsstandard.

Es war und ist nicht Ziel des Gesetzgebers, durch das GMG Kosten für medizinisch notwendige Arzneimittel in das SGB II oder SGB XII zu verschieben. Diejenigen nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die aufgrund eines besonderen behinderungsbedingten Behandlungsbedarfs medizinisch notwendig sind, müssen künftig wieder von den Krankenkassen erstattet werden können.

Der Deutsche Verein spricht sich deshalb für die Aufnahme einer Generalklausel in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V aus, nach der es einem Vertragsarzt ermöglicht wird, ein durch einen besonderen behinderungsbedingten Bedarf benötigtes Arzneimittel verordnen zu dürfen.

Da die Kosten für die Zuzahlung und für die nichtverschreibungspflichtigen Medikamente in Folge der Änderung der Regelsatzverordnung nunmehr aus dem Regelsatz zu finanzieren sind, bedeutet dies, dass Sozialhilfeberechtigte einen wesentlich höheren Betrag als bisher für ihre Gesundheitsleistungen ausgeben müssen. Besonders bei Menschen mit Behinderung mit hohem medizinischem Versorgungsbedarf und bei chronisch kranken Menschen können bei einer Reihe von Betroffenen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Zuzahlungen so hoch sein, dass das soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr sichergestellt ist. Während das SGB II keine entsprechende Öffnungsklausel enthält, sieht die Regelung des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII bei Vorliegen eines unabweisbaren Bedarfs vor, dass dieser Bedarf vom Träger der Sozialhilfe zu decken ist.

Es ist jedoch nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, diesen Bedarf durch die Anhebung von Fürsorgeleistungen und die Erhöhung lebensunterhaltssichernder Leistungen (Gewährung von Mehrbedarf, Anhebung der Regelsätze) zu decken und die Krankenkassen zu entlasten. Nach der Intention des Gesetzgebers sollten mit dem GMG keine Kostenverschiebungen in die Sozialhilfe, sondern Einsparungen erfolgen.

Daher vertritt der Deutsche Verein die Auffassung, dass diejenigen Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, aber zum Behandlungsstandard gehören, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden müssen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedeten Richtlinien sind deshalb kurzfristig entsprechend fortzuentwickeln.

2. Sehhilfen

Zuschüsse zu Brillen und sonstigen Sehhilfen werden seit In-Kraft-Treten des GMG nur noch bei Versicherten unter 18 Jahren und bei Personen mit schwerwiegenden Sehbeeinträchtigungen gezahlt. Dies bedeutet, dass – von diesen Ausnahmen abgesehen – diese Kosten zukünftig vollständig von den sozialhilfeberechtigten Personen selbst aufgebracht werden müssen.

Der Deutsche Verein hält diese im SGB V vom Gesetzgeber vorgenommene Gewichtung, gerade für diesen Personenkreis die Sehhilfen aus dem Leistungskatalog der GKV herauszunehmen, für nicht akzeptabel.

Der Anteil derjenigen Menschen ab 16 Jahren, die Sehhilfen benötigen, liegt bei über 60 %.¹ Jede Person mit einer Sehschwäche benötigt eine Brille oder eine sonstige Sehhilfe. Zudem dienen diese Sehhilfen vielen Personen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, aber auch zum Erhalt des Arbeitsplatzes, insbesondere wenn eine starke Sehbehinderung vorliegt. Bei Menschen mit Behinderungen z.B. mit autistischen Verhaltensweisen, sind Sehhilfen unerlässlich, um gravierende Verschlimmerungen der Behinderungsfolgen zu vermeiden. Diese Sehhilfen sind z.T. sehr kostenintensiv und daher schwerlich dem laufenden Bedarf des Lebensunterhalts zuzurechnen.

3. Krankenfahrten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Krankenfahrten nur noch, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung übernimmt die Krankenkasse nur noch nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Krankentransport-Richtlinien festgelegt hat (§ 60 Abs. 1 SGB V). Im Januar 2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Krankentransport-Richtlinien neu erlassen. Dabei findet die besondere Situation von chronisch kranken und behinderten Menschen weitgehend Berücksichtigung.

Trotz der eingetretenen Verbesserung für den genannten Personenkreis ergeben sich in der Praxis zum Teil Schwierigkeiten durch eine zu enge Auslegung der Krankentransport-Richtlinien durch einzelne Krankenkassen. So vertreten einige Krankenkassen die Auffassung, dass die Fahrtkosten für mobilitätsbeeinträchtigte Personen nur dann zu übernehmen seien, wenn die Fahrt aufgrund der Art der jeweiligen ambulanten Behandlung zwingend medizinisch erforderlich sei. Demgegenüber wird in der Begründung der Krankentransport-Richtlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die

¹ 63 % der Erwachsenen (ab 16 Jahre) in Deutschland, das sind 39,4 Millionen Menschen, tragen eine Brille. Dies ist das Ergebnis der „Brillenstudie 2002“ des Instituts für Demoskopie Allensbach, die im Auftrag des Kuratorium Gutes Sehen (KGS) durchgeführt wurde.

Übernahme der Fahrtkosten bei Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen nicht auf eine bestimmte Behandlungsform beschränkt ist.

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die im Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgten Nachbesserungen im Ergebnis nur dann zu insgesamt flexibleren Regelungen führen, wenn die Krankenkassen die Richtlinien gemäß der Intention des Bundesausschusses umsetzen. Nur so können Benachteiligungen und Gesundheitsgefährdungen von Menschen mit Behinderungen vermieden werden.

4. Zahnersatz

Ab 1. Januar 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen und von den gesetzlichen Krankenkassen als obligatorische Satzungsleistung angeboten. Dies bedeutet, dass Versicherte ab 2005 für die Versicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag zahlen müssen, der automatisch mit dem Krankenversicherungsbeitrag eingezogen wird.

Da es sich bei dieser Versicherung um eine Pflichtversicherung handelt (die allerdings nicht paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, sondern nur von den Versicherten zu übernehmen ist), wird davon ausgegangen, dass die Träger der Sozialhilfe diese Versicherungsbeiträge bei Bedürftigkeit nach § 32 SGB XII übernehmen.

Wünschenswert wäre aus Sicht des Deutschen Vereins eine Klarstellung in § 32 Abs. 3 SGB XII, dass bei Bedürftigkeit auch die obligatorische Zahnersatzversicherung übernommen wird.

5. Empfängnisverhütung

Gemäß § 24 a Abs. 2 SGB V haben junge Frauen nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln. Der Deutsche Verein kommt in einem Gutachten zu dem Schluss, dass durch die strikte Anpassung des Leistungskatalogs der Sozialhilfe an den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung empfängnisverhütende

Mittel nicht mehr von der Sozialhilfe finanziert werden können. Auf der anderen Seite hat eine sozialhilfeberechtigte Frau weiterhin Anspruch auf Kostenübernahme der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nach § 24 b SGB V und nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (BGBl. I 1995 S. 1050).

Der Deutsche Verein sieht in der jetzt geltenden Rechtslage einen Verstoß gegen den in Art. 1 Abs. 1 GG verankerten Grundsatz der unantastbaren Menschenwürde, wenn auf der einen Seite ein Anspruch auf Kostenübernahme für empfängnisverhütende Mittel verneint und auf der anderen Seite die Möglichkeit der Kostenübernahme eines Schwangerschaftsabbruchs bejaht wird.

Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, eine Korrektur der geltenden Rechtsvorschriften vorzunehmen, die eine Kostenübernahme für empfängnisverhütende Mittel ermöglicht.

III. Folgen der finanziellen Mehrbelastung für die Gewährung von Darlehen

Die Leistungsbeschränkung im Katalog der GKV hat zur Folge, dass für den einzelnen Sozialhilfeempfänger zum Teil sehr hohe Kosten entstehen können. Dies betrifft insbesondere ständig benötigte Arzneimittel, Sehhilfen und den Zahnersatz. In den Regelsätzen sind zwar gewisse laufende Leistungen enthalten. Der gesamte Bedarf für die medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen, die nicht im GKV-Katalog enthalten sind, kann bei sehr hohen Kosten jedoch nicht im Rahmen der Regelsätze übernommen werden. Die Vorschriften über die einmaligen Leistungen sind im SGB XII abschließend geregelt und lassen eine Gewährung von Gesundheitsleistungen nicht zu. Grundsätzlich käme daher nur eine ergänzende darlehensweise Gewährung von Gesundheitsleistungen gemäß § 37 SGB XII in Betracht, wenn im Einzelfall ein von den Regelsätzen umfasster und nach den Umständen unabweisbar gebotener Bedarf besteht, der auf keine andere Weise gedeckt werden kann.

Für viele sozialhilfeberechtigte Menschen dürfte die darlehensweise Gewährung der notwendigen Hilfen durch den Träger der Sozialhilfe – ganz abgesehen von dem bü-

rokratischen Aufwand – keine Alternative darstellen, da sich die Rückzahlung der Darlehen über viele Jahre erstrecken würde.

Insbesondere bei einer Vielzahl von medizinisch notwendigen Leistungen (Kosten für Zahnersatz, Sehhilfen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente) und der daraus resultierenden kumulierenden Beträge wäre die Darlehenssumme so hoch, dass es als unwahrscheinlich anzusehen ist, dass die Sozialhilfeberechtigten – auch unter Berücksichtigung der zukünftig entstehenden weiteren finanziellen Belastungen durch die Leistungsbeschränkung im GMG – die Darlehenssumme jemals zurückzahlen können. Die Gewährung von Darlehen kann jedoch nur dann ein taugliches Mittel darstellen, wenn eine Rückzahlung der Darlehenssumme möglich wäre. Dies könnte jedoch allenfalls für die Bezieher von Leistungen nach dem SGB II gelten, die in Kürze wieder eine Beschäftigung aufnehmen werden.

Der Deutsche Verein spricht sich deshalb dafür aus, dass für von Zuzahlungen befreite Personen (alternativ: für Sozialhilfeempfänger oder für Bezieher einer Grundsicherung) medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen weiterhin von den Krankenkassen finanziert werden.

IV. Zuzahlungen

Um die finanzielle Belastung von Sozialhilfeempfängern und Beziehern einer Grundsicherung zu begrenzen, sieht das GMG für diese Personengruppe Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 2 % (bei chronisch kranken Menschen 1 %) des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes vor (vgl. § 62 SGB V). Patienten haben die Quittungen über Zuzahlungen zu sammeln und können bei Erreichen der Belastungsgrenze bei der Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von weiteren Zuzahlungen für das laufende Jahr stellen. Nach Erteilung des Freistellungsbescheides durch die Krankenkasse kann ein Antrag auf Rückzahlung der bis dahin geleisteten Überzahlung an die Krankenkasse gestellt werden, die dann diesen Betrag zurückerstattet.

Da sozialhilfeberechtigte Personen nur über geringe finanzielle Mittel (beispielsweise Regelsatz, ggf. geschütztes Vermögen, freibleibendes Werkstatteinkommen) verfü-

gen, ergeben sich für diesen Personenkreis in den ersten Monaten eines jeden Jahres unverhältnismäßig hohe finanzielle Belastungen. Die Belastungsgrenze ist, insbesondere bei chronisch kranken oder behinderten Menschen, häufig schon nach wenigen Monaten erreicht. Da die Anträge auf Befreiung von weiteren Zuzahlungen durch die Krankenkassen oft zeitverzögert bearbeitet werden, kommt es in vielen Fällen zu erheblichen Zuzahlungen über die Belastungsgrenze hinaus. Hinzu kommt, dass insbesondere Menschen mit schweren Behinderungen, altersverwirrte Personen, psychisch kranke Menschen, wohnungslose oder drogenkranke Personen durch das aufwändige Verfahren (Sammeln der Quittungen, Antragstellung bei der Krankenkasse, Antragstellung auf Rückzahlung von Überzahlungen usw.) völlig überfordert sind. Der notwendige Verwaltungsaufwand der Krankenkassen (Prüfung der Anträge auf Befreiung von weiteren Zuzahlungen, Rückzahlung von Überzahlungen usw.) übersteigt bei weitem die Einsparungen der Krankenkassen durch die Zuzahlungsverpflichtung von Sozialhilfeempfängern.

Für die Leistungsbezieher nach SGB II und SGB XII ist in vielen Fällen absehbar, ob die im Laufe eines Jahres zu leistenden Zuzahlungen die Belastungsgrenze übersteigen oder nicht. Um in Zukunft eine gleichmäßigere Belastung der betroffenen Personen zu erreichen und den Verwaltungsaufwand zu minimieren, schlägt der Deutsche Verein deshalb vor, dass Sozialhilfeempfänger zu Beginn des Jahres den Betrag an Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (im Jahr 2004: ca. 72,- € bzw. bei chronisch Kranken ca. 36,- € in den alten Bundesländern) an die Krankenkassen zahlen und von diesen direkt die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht für das laufende Kalenderjahr erhalten. Ein solches Vorgehen setzt voraus, dass die betroffenen Personen ihr Einverständnis zu dieser Abrechnungsweise erklären.

Nicht alle Krankenkassen sind bisher bereit, auf dieses vereinfachte Verfahren zurückzugreifen.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher, dass alle Krankenkassen dieses vereinfachte Abrechnungsverfahren anwenden, ihre Mitglieder auf dieses Verfahrensvereinfachung aufmerksam machen und auf die Vorteile dieses Abrechnungsverfahrens hinweisen.

Da sozialhilfeberechtigte Heimbewohner in der Regel nur über den Barbetrag, das sogenannte Taschengeld, verfügen, können sich auch für diesen Personenkreis unverhältnismäßige finanzielle Belastungen ergeben. Die finanzielle Belastung dieses Personenkreises darf im Ergebnis jedoch nicht so hoch sein, dass der Barbetrag nur für Zuzahlungen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente ausgegeben wird und damit der eigentliche Verwendungszweck des Barbetrages nicht mehr erreicht werden kann. Hier müssen Lösungen auf Seiten des Gesetzgebers gefunden werden, damit der Barbetrag auch tatsächlich für die regelmäßigen persönlichen Bedürfnisse aufgewendet werden kann.

Erste Praxisberichte zeigen, dass für den Personenkreis der Wohnungslosen, der Drogenkranken und der psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen die gesetzlichen Zuzahlungen nach dem GMG zu einer gefährlichen Unterversorgung an medizinischer Leistungen führen. Für diesen Personenkreis bedeutet es eine besondere Hürde z.B. einen Arzt aufzusuchen. Bei psychisch Kranken führen die Zuzahlungsregelungen in nicht wenigen Fällen dazu, aus der Therapie auszusteigen. Zudem ist dieser Personenkreis kaum in der Lage, Quittungen zu sammeln und aufzubewahren, um das Erreichen der Belastungsgrenze dokumentieren zu können.

Der Deutsche Verein empfiehlt, mit den betroffenen Personen – ggf. unter Einbeziehung entsprechender Kontakt- und Beratungsstellen – zukünftig Zielvereinbarungen bzw. Absprachen im Sinne von § 12 SGB XII zu treffen, um eine Einmalzahlung des Zuzahlungsbetrages zu ermöglichen, eine Verrechnung mit den Krankenkassen vorzunehmen und die Beträge ggf. in monatlichen Raten durch den Träger der Sozialhilfe einzubehalten.