

Krankheit als finanzielle Belastung

Diakonie für kranke
Menschen

Vorschläge zur
besseren sozialen
Absicherung
chronisch kranker
Menschen

■ Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Zusammenfassung.....	4
Private Gesundheitsausgaben als Armutsrisiko.....	5
Wie kommt es zur finanziellen Überlastung im Zusammenhang mit einer Krankheit?	7
Schwerwiegende chronische Erkrankungen als Hauptrisikofaktor	8
Hohe private Gesundheitsausgaben bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung	10
Welche Leistungen sollen von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden?.....	13
Eine erneuerte Härtefallregelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung	15
Behinderungsbedingter Mehrbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung	18
Krankheitsbedingte abweichende Bedarfe und Mehrbedarfe in der Sozialhilfe und Grundsicherung	19
Die Grundlagen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall: Sozialstaat und Solidarität	20
Das Selbstverständnis der Diakonie.....	21
Literaturauswahl.....	22
Impressum.....	23

Vorwort

Dass Krankheit arm machen kann, ist in einem entwickelten Sozialstaat eine beunruhigende Vermutung, besonders wenn man berücksichtigt, dass Armut krank macht, wie viele wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt haben. Man kann sich leicht vorstellen, wie Armut und Krankheit sich zu einem Teufelskreis verbinden: Schlechte Lebensverhältnisse, geringe Bildungschancen in der Kindheit, hohe Belastungen und Frustrationen in Erwerbsleben und Arbeitslosigkeit erhöhen das Risiko, schwer zu erkranken – und wenn die Krankheit manifest wird, dann schränken ein verringertes Einkommen und hohe Gesundheitsausgaben die Teilhabe am Leben massiv ein. Aber auch in einer günstigeren sozialen Umgebung kann eine Erkrankung zur Verarmung führen, nämlich wenn sie die Erwerbschancen stark einschränkt und regelmäßige hohe Gesundheitsausgaben erfordert. Damit ist vor allem bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen und bei der Verbindung von Krankheit und angeborener oder früh erworbener Behinderung zu rechnen.

Bislang fehlen neuere empirische Untersuchungen über diesen Zusammenhang zwischen Krankheit und Armut. Zwar wissen wir, dass die privaten Gesundheitsausgaben seit Jahren steigen, zwar liegt die Vermutung nahe, dass diese Ausgaben vorwiegend von einer Minderheit kranker Menschen im höheren Lebensalter getätigt werden, aber wir wissen wenig darüber, wie die finanziellen Lasten genau sind und wie Menschen mit niedrigem Einkommen mit diesen Lasten umgehen: Verzichteten die Menschen mit niedrigem Einkommen auf medizinisch notwendige Leistungen? Scheuen sie den Arztbesuch? Oder schränken sie sich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ein, um die notwendigen Gesundheitsausgaben tätigen zu können? Im Zusammenhang mit diesen Fragen steht die politische Frage: In welchem Umfang soll es von den verfügbaren Barmitteln abhängig sein, ob

ein Mensch die erforderliche gesundheitliche Versorgung in Anspruch nimmt?

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. tritt für eine umfassende und armutsfeste Gesetzliche Krankenversicherung ein, die Menschen mit niedrigem Einkommen über eine Härtefallregelung vor finanzieller Überlastung schützt und behinderungsbedingten Mehrbedarf in der Krankenversorgung berücksichtigt. Die Sozialhilfe und die Grundsicherung sollen Mehrausgaben im Zusammenhang mit einer Erkrankung auffangen, die im alltäglichen Leben entstehen (zum Beispiel für besondere Nahrungsmittel oder Hautpflegemittel).

Diese politische Positionierung ist 2007/2008 von einer Projektgruppe im Diakonischen Werk der EKD erarbeitet worden. In die Positionierung eingeflossen sind die Ergebnisse eines Forschungsprojekts, das Dr. Peter Bartmann als Gastwissenschaftler in der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführt hat. Wir danken dem Wissenschaftszentrum, namentlich Herrn Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, der das aus der sozialpolitischen Praxis kommende Forschungsvorhaben begleitet und der VolkswagenStiftung, die es im Rahmen ihres „Brückenprogramms zur Transformation des Sozialstaats“ ermöglicht hat. Die Diakonie hat dieses Projekt ihrerseits durch ein Expertenteam aus ihren Mitgliedseinrichtungen und durch eine Befragung bei Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker Menschen gefördert. Allen, die sich an dieser Befragung beteiligt haben, insbesondere auch den Mitgliedern der Projektgruppe, sei an dieser Stelle ebenfalls herzlich gedankt.

Pfarrer Klaus-Dieter K. Kottnik
Präsident des Diakonischen Werkes der EKD

Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Positionspapier nimmt die Diakonie Stellung zu den seit Jahren steigenden privaten Gesundheitsausgaben. Eine wichtige Ursache ist die Verlagerung gesundheitlich notwendiger Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in die finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten, vor allem im Zuge der Gesundheitsreform 2003. Von der Privatisierung gesundheitlicher Leistungen sind besonders hart chronisch kranke Menschen mit niedrigem Einkommen betroffen.

Nach Auffassung der Diakonie müssen die Härtefallregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so weiterentwickelt werden, dass bei Menschen mit schwerwiegender chronischer Krankheit und niedrigem Einkommen von Kostenbeteiligungen weitgehend freigestellt werden. Krankheitsbedingt erhöhte Ausgaben im Lebensalltag (zum Beispiel für Ernährung, Hautpflege) sind bei Bedürftigkeit von der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu tragen.

Das vorliegende Positionspapier wurde im Rahmen eines Diakonie-Projektes erarbeitet von:

Stefan Busch,
Diakonisches Werk der EKD e. V.
Dr. Frauke Ishorst-Witte,
Diakonisches Werk Hamburg
Roland Klose,
Diakonisches Werk der EKD e. V.
Peter Niemann,
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen
Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann,
kreuznacher diakonie
Dr. Peter Bartmann,
Diakonisches Werk der EKD e. V. (Projektleitung)

Private Gesundheitsausgaben als Armutrisiko

Im Jahr 2005 hatten die Privathaushalte in Deutschland Gesundheitsausgaben von 32,4 Milliarden €. Diese Ausgaben verteilen sich nicht gleichmäßig auf alle Privathaushalte. Während der Durchschnitt der gesetzlich krankenversicherten Haushalte 57 € im Monat für Gesundheitspflege aufwendete, setzen elf Prozent der Haushalte 2005 durchschnittlich 268 € im Monat ein. Hohe private Gesundheitsausgaben sind kein Privileg der einkommensstarken Haushalte, sondern auch in den unteren Einkommensklassen zu beobachten.

Bei den Haushalten mit einem Einkommen bis 1.300 € liegt der Durchschnitt der monatlichen privaten Gesundheitsausgaben 2005 bei 27 €, aber auch in dieser Einkommensklasse geben eine Million Haushalte durchschnittlich 117 € im Monat, das heißt mindestens neun Prozent ihres Haushaltneueinkommens für Gesundheitspflege aus. In diesen Ausgaben sind noch keine Fahrtkosten zur ärztlichen Behandlung und Therapie und keine erhöhten Lebenshaltungskosten oder Ausgaben für Pflege enthalten – ebenso wenig wie Aufwendungen und Einkommensverluste von Angehörigen für die Unterstützung und Pflege eines kranken Familienmitglieds.

7,8 Millionen Haushalte in Deutschland hatten 2005 ein Haushaltsnettoeinkommen bis zur Höhe von 1.300 €. Davon hatten 13 Prozent – eine Million Haushalte – Gesundheitsausgaben von mehr als fünf, im Durchschnitt sogar mindestens neun Prozent ihres Haushaltneueinkommens. Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Laufenden Wirtschaftsrechnungen 2005 des Statistischen Bundesamtes

Bei niedrigem Einkommen stellen Gesundheitsausgaben von mehr als fünf Prozent des Haushaltneueinkommens, wenn sie regelmäßig anfallen, eine erhebliche finanzielle Belastung dar, die das Ar-

mutrisiko des Haushalts erhöht. Bei den Haushalten, die bereits an der Armutsschwelle sind, führen regelmäßige Gesundheitsausgaben in dieser Höhe zur Unterschreitung des soziokulturellen Existenzminimums.

Eine länger andauernde schwere Erkrankung erhöht das Armutrisiko des Betroffenen und seiner Angehörigen auf doppelte Weise: Den erhöhten Ausgaben steht ein krankheitsbedingt reduziertes Einkommen gegenüber. Nicht selten ist eine schwere Erkrankung der Auslöser für den Verlust des Arbeitsplatzes oder für Erwerbsunfähigkeit und führt zu dauerhaften beträchtlichen Einkommensverlusten. Von hohen krankheitsbezogenen Ausgaben

Private Gesundheitsausgaben

Das Statistische Bundesamt führt neben der im Fünfjahresabstand durchgeführten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe jährliche Erhebungen über Einkommen und Ausgaben der Haushalte (die so genannten Laufenden Wirtschaftsrechnungen) durch. Darin werden die Ausgaben für Gesundheitspflege detailliert erfasst. Zu ihnen zählen die Kostenbeteiligungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (zum Beispiel die Praxis- und Rezeptgebühren), Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel, Brillen, Eigenbeteiligungen beim Zahnarzt und vieles mehr. Nicht zur Gesundheitspflege zählen Ausgaben, die im weiteren Sinne mit der Gesundheit zu tun haben, zum Beispiel für Nahrungsmittel oder Sportartikel. Auch Aufwendungen für Leistungen der Altenpflege fallen nicht in die Rubrik Gesundheitspflege.

Näheres siehe unter: <http://www.destatis.de/> sowie in: Statistisches Bundesamt (Hg.) Datenreport 2006, Kapitel 4: Einnahmen und Ausgaben der privaten Haushalte, S. 109 ff.

■ **Private Gesundheitsausgaben als Armutsrisiko**

sind auch Menschen mit Behinderung betroffen, die behinderungsbedingt nur ein geringes Einkommen haben.

Private Gesundheitsausgaben sind ein Faktor in den Wechselwirkungen zwischen Armut, Krankheit und sozialem Ausschluss. Wie seit langem bekannt, erhöhen Einkommens- und Bildungsarmut, die häufig mit sozialem Ausschluss einhergehen, das Risiko, schwerwiegend zu erkranken. Sobald eine Erkrankung eingetreten ist, ist sie ein beträchtliches Risiko für die Verfestigung der Einkommensarmut und den sozialen Ausschluss. In diesem Sinne ist die Aussage zu verstehen, dass Krankheit arm macht.

Dass Krankheit auch heute arm machen kann, ist eine beunruhigende Beobachtung: Leistet der Sozialstaat, leisten die sozialen Sicherungssysteme nicht genug, um zu verhindern, dass ein Mensch in Folge einer Erkrankung seinen Lebensstandard stark absenken muss und sogar unter die Armutschwelle sinken kann?

Nach Auffassung der Diakonie gibt es in der Tat Lücken in der sozialen Absicherung des Krank-

heitsfalls. Sie sind Folgen der Kostendämpfungspolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe und können durch einige Gesetzesänderungen korrigiert werden. Die notwendigen politischen Schritte werden in diesem Positionspapier beschrieben und begründet.

Die Bürgerinnen und Bürger nehmen den Leistungsabbau in der Gesetzlichen Krankenversicherung sehr deutlich wahr. 1987 waren 60 Prozent der im Rahmen des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) Befragten der Auffassung, die finanzielle Absicherung bei Krankheit sei gut oder sehr gut. 2007 sind hingegen nur 43 Prozent dieser Auffassung. Entsprechend ist die Zahl derer gewachsen, die ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall für weniger gut oder schlecht halten: von neun Prozent (1987) auf 17 Prozent (2007).

Kostendämpfungspolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Seit Mitte der 1980er Jahre wurden zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge Leistungen eingeschränkt und Zuzahlungen eingeführt.

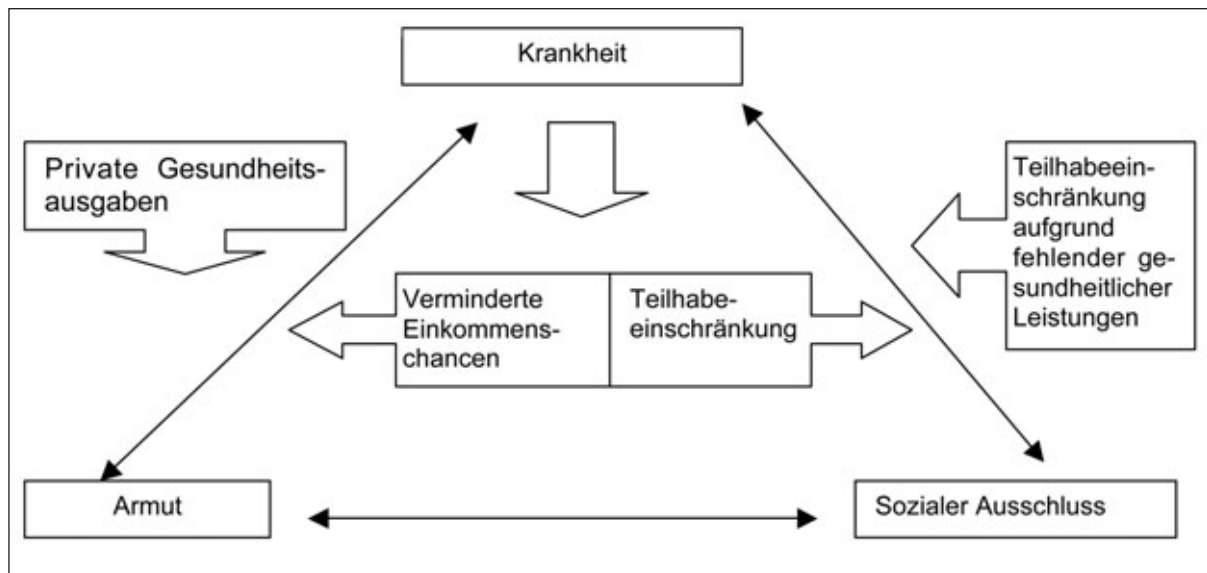


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen dem Armuts-, Krankheits- und Ausschlussrisiko

Wie kommt es zur finanziellen Überlastung im Zusammenhang mit einer Krankheit?

Bei praktisch allen Leistungen werden inzwischen Kostenbeteiligungen (Zuzahlungen, Eigenanteile, Eigenkäufe zum Beispiel von Brillen oder rezeptfreien Arzneimitteln, Aufzahlungen) verlangt. Nur die Zuzahlungen (zum Beispiel Praxis- oder Rezeptgebühr) sind in ihrer Höhe auf zwei Prozent – für schwerwiegend chronisch kranke Menschen auf ein Prozent – ihres Einkommens beschränkt. Diese Beschränkung fehlt bei allen Leistungen und Produkten, die ganz aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgefallen sind, zum Beispiel rezeptfreie Arzneimittel und Brillen. Für Hilfsmittel, zum Beispiel Rollstühle, zahlen die Versicherten häufig Aufzahlungen, weil sie sie faktisch nicht zu den von den Krankenkassen festgelegten Festbeträgen erhalten. Bei anderen Hilfsmitteln, zum Beispiel orthopädischen Schuhen, sind hohe Eigenanteile zu entrichten. Zu diesen Kostenbeteiligungen kommen weitere krankheitsbedingte Ausgaben, zum Beispiel für Fahrten zur ärztlichen Behandlung und Therapie sowie gegebenenfalls erhöhte Aufwendungen für eine veränderte Ernährung (bei Stoffwechselerkrankungen) oder für häufiges Waschen und Salben (bei Hauterkrankungen) hinzu. Von diesen Ausgaben, die im Rahmen einer schulmedizinischen Therapie notwendig sind, unterscheiden wir die für viele Patientinnen und Patienten ebenfalls wichtigen und kostenträchtigen alternativmedizinischen Leistungen und Produkte. Diese sollten nach Auffassung der Diakonie nicht Gegenstand der Gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Zweigs der sozialen Sicherung sein. Hingegen sind die Fahrtkosten zur Behandlung in der sozialen Sicherung zu berücksichtigen, da sie ein Zugangshindernis zu einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung darstellen können.

Zur finanziellen Belastung im Krankheitsfall gehören im weiteren Sinne auch die Aufwendungen und Einkommensverluste, die Angehörige akzeptieren, um ein krankes Familienmitglied zu pfle-

gen und in seinem Alltag sowie seiner Teilhabe am sozialen Leben zu unterstützen. Die erhöhten Ausgaben müssen bei einer langwierigen Erkrankung wie auch bei einer schwerwiegenden Behinderung aus einem reduzierten Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Wegfall von Überstunden, Mehrarbeitszeitentgelten oder Nebentätigkeit) bestritten werden. Im günstigen Fall können die erhöhten Lasten von Familienmitgliedern mitgetragen oder aus Rücklagen finanziert werden.

Haushalte mit geringen Rücklagen haben bei einer langwierigen Erkrankung jedoch Schwierigkeiten, die krankheitsbedingten Mehrausgaben zu tätigen, ohne sich in anderen Lebensbereichen (Wohnen, Ernährung, soziale Teilhabe) stark einzuschränken.

Zum „soziokulturellen Existenzminimum“ gehört nicht nur das zum Lebensunterhalt Unerlässliche. Von Armut bedrohte Menschen sollen in die Lage versetzt werden, in einer Nachbarschaft von Nichthilfeempfängern anerkannt leben zu können.

Vgl. Gerechte Teilhabe. Befähigung zur Eigenverantwortung und Solidarität. Eine Denkschrift des Rates der EKD zur Armut in Deutschland (2006), S. 25

Für Haushalte, die aufgrund von Überschuldung oder Langzeitarbeitslosigkeit bereits längere Zeit mit einem Einkommen am soziokulturellen Existenzminimum auskommen müssen, kann eine langwierige Erkrankung mit den oben beschriebenen Mehrkosten zur dauernden Unterschreitung des Existenzminimums – also zu extremer Armut – führen.

Für Menschen mit Behinderung bedeutet ein längerfristig erhöhter gesundheitlicher Bedarf häufig, dass sie ihre sehr begrenzten verfügbaren Mittel für Gesundheit einsetzen und praktisch nicht mehr am sozialen und kulturellen Leben teilnehmen können.

Schwerwiegende chronische Erkrankungen als Hauptrisikofaktor

Der Einkommens- und Verbrauchsstatistik des Statistischen Bundesamtes (genauer den so genannten Laufenden Wirtschaftsrechnungen) ist zu entnehmen, dass etwa ein Zehntel der Haushalte mindestens fünf Prozent ihres Haushaltsnettoeinkommens für Gesundheitspflege ausgibt. Da die Statistik nur den Zeitraum jeweils eines Jahres betrachtet, lassen sich daraus keine Aussagen über längerfristige finanzielle Belastungen in den Haushalten ableiten. So ist sehr wahrscheinlich, dass viele Haushalte in einem einzelnen Jahr aufgrund besonderer Ausgaben zum Beispiel für Zahnersatz, Brillen, Hilfsmittel oder im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten zu den zehn Prozent der Haushalte mit besonders hohen Ausgaben zählen, in den Folgejahren aber niedrigere private Gesundheitsausgaben haben. Sofern also hohe Gesundheitsausgaben für Leistungen getätigt werden, die nur in größeren Zeitabständen erforderlich sind, zum Beispiel Zahnersatz oder Brillen, müssen sie keine finanzielle Belastung darstellen. Es sei denn, es stehen aktuell keine Geldmittel zur Verfügung und der Weg der Mittelbeschaffung mittels Darlehen ist nicht realistisch gangbar, zum Beispiel wenn der Darlehensrahmen ausgeschöpft ist.

Zu einer finanziellen Belastung werden private Gesundheitsausgaben, wenn sich die Ausgaben über einen längeren Zeitraum häufen, zum Beispiel wenn ein Haushaltsmitglied längerfristig an einer

Unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung wird in diesem Zusammenhang eine Krankheit verstanden, die regelmäßig ärztlich behandelt werden muss und die Lebensqualität und die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben längerfristig oder wiederkehrend einschränkt. Zu der für die Krankenkassen geltenden Definition einer schweren chronischen Erkrankung siehe unten Seite 15.

schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet. Auch in Verbindung mit einer schweren Behinderung können im Krankheitsfall hohe laufende Gesundheitsausgaben entstehen.

Um das Risiko einer finanziellen Überlastung durch eine chronische Erkrankung genauer zu erfassen, hat das Diakonische Werk der EKD e. V. in Verbindung mit einem Forschungsprojekt am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung eine Expertenbefragung unter Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen durchgeführt.

Die Experten aus der Selbsthilfe wurden gebeten, die monatlichen privaten Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit der jeweils im Mittelpunkt stehenden chronischen Erkrankung zu schätzen und die Zusammensetzung dieser Ausgaben zu beschreiben. In der Befragung wurden 27 Krankheitsbilder identifiziert, die mit monatlichen privaten Gesundheitsausgaben von mindestens 51 € verbunden sind. Darunter sind weit verbreitete Erkrankungen wie Rheuma, Diabetes, Osteoporose sowie schwere psychische Erkrankungen, aber auch vergleichsweise seltene schwere Haut- und Stoffwechselerkrankungen. Bei 80 Prozent der Krankheitsbilder werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel als Kostenfaktor genannt, außerdem fallen – mit abnehmender Häufigkeit – Heilmittel (75 Prozent), Hilfsmittel (68 Prozent), Krankenfahrten (61 Prozent) sowie Haushaltshilfen und Pflegeleistungen (je 53 Prozent) ins Gewicht. Die Verteilung der Ausgaben unterscheidet sich von Krankheitsbild zu Krankheitsbild und entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung. Bei einigen Erkrankungen treten hohe Krankheitskosten nur in wiederkehrenden Phasen auf, bei anderen ist ein permanent hoher Therapieaufwand gegeben. Neben den gesundheitlichen Leistungen, die für die Gesetzliche Krankenversicherung relevant sind, werden auch hohe

■ Schwerwiegende chronische Erkrankungen als Hauptrisikofaktor

Ausgaben im alltäglichen Leben, zum Beispiel für Strom, Wasser und Hautpflegemittel bei den Hauterkrankungen oder besondere Ernährung bei den Stoffwechselerkrankungen beobachtet.

Die Angaben der Selbsthilfeorganisationen beziehen sich nur auf die Haupterkrankung und nicht auf andere gesundheitliche Bedarfe wie Brillen oder

Zahnersatz. Für eine realistische Abschätzung der gesamten finanziellen Belastung chronisch kranker Menschen müssen also die Schätzungen der Selbsthilfeorganisationen mit Schätzwerten für die übrigen gesundheitlichen Bedarfe zusammengeführt werden. Die folgende Tabelle stellt dies am Beispiel einiger der erfassten Krankheitsbilder dar:

Modellrechnung: Geschätzte monatliche Gesundheitsausgaben insgesamt bei ausgewählten chronischen Krankheiten im Einpersonenhaushalt							
	Diabetes mellitus	Rheuma	Osteoporose	Ichthyose	Psoriasis	Glykose Typ 1	Affektive Störungen
Monatliche Ausgaben für die Behandlung der Haupterkrankung *	51-75 €	65 €	51-75 €	51-75 €	51-75 €	mehr als 75 €	mehr als 75 €
Übrige Gesundheitsausgaben des chronisch kranken Menschen **	14-44 €	21-44 €	14-44 €	19-44 €	19-44 €	14-44 €	14-44 €
Monatliche Gesundheitsausgaben des Einpersonenhaushalts insgesamt	65-119 €	86-109 €	65-119 €	70-119 €	70-119 €	mehr als 89 €	mehr als 89 €

Private Gesundheitsausgaben chronisch kranker Menschen (Quelle: Studie des Diakonischen Werkes der EKD e. V. 2007/2008)

* Die Angaben sind im Rahmen einer schriftlichen und telefonischen Expertenbefragung bei Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene erhoben worden. Die Gesprächspartner wurden gebeten, die privaten Gesundheitsausgaben zu schätzen und nach Ausgabenarten zu differenzieren.

** Für die Modellrechnung wurden die durchschnittlichen privaten Gesundheitsausgaben eines Einpersonenhaushaltes im Jahr 2005 (Grundlage: Laufende Wirtschaftsrechnungen des Statistischen Bundesamtes) zu Grunde gelegt. Sie betragen 44 € im Monat. Der höhere Schätzwert kommt zustande, wenn man annimmt, dass ein schwerwiegend chronisch kranker Patient neben den Ausgaben zur Behandlung seiner Haupterkrankung durchschnittliche Gesundheitsausgaben (für Zahnersatz, Brillen und andere) in Höhe von 44 € hat. Der niedrigere Wert ergibt sich, wenn man nur die Ausgabenarten ansetzt, die nicht im Zusammenhang mit der Haupterkrankung entstanden sein können.

Hohe private Gesundheitsausgaben bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten den weitaus größten Teil der gesundheitlichen Leistungen als Sachleistungen, für die sie in beschränktem Umfang Zuzahlungen leisten müssen. Die Zuzahlungen machen nur einen Teil – den kleineren Teil – der Gesundheitsausgaben von Privathaushalten aus. Sehr viel höheres Gewicht haben direkte Zahlungen (Eigenkäufe) für ärztliche Dienstleistungen, Arzneimittel, Brillen, Eigenanteile bei Hilfsmitteln und Zahnersatz sowie Aufzahlungen für Hilfsmittel und andere.

Für diese Ausgaben gibt es vor allem zwei Gründe:

1. Die entsprechende Leistung ist nicht Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. So sind zum Beispiel Brillen oder Verhütungsmittel, aber auch Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten nicht mehr im Leistungskatalog der GKV enthalten. Außerdem gibt es in Arztpraxen ein zunehmendes Angebot „individueller Gesundheitsleistungen“ (IGeL), die von den Patienten selbst bezahlt werden müssen. Aber auch Leistungen von Heilpraktikern und andere alternativmedizinische Angebote sowie alle Produkte und Leistungen, mit denen sich Versicherte ohne ärztliche Beratung und Verordnung selbst behandeln, müssen selbst bezahlt werden, da sie von der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.
2. Die entsprechende Leistung ist Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber die Patientin oder der Patient erhält sie de facto nicht ohne zusätzliche Ausgaben. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen, die überwiegend in der Verwaltungspraxis der Krankenkassen und dem Verhalten der Leistungserbringer (zum Beispiel Arztpraxen) liegen. Die folgende Aufzählung benennt einige wichtige Ursachen.

Die OTC-Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses

(OTC= apothekenpflichtige, frei verkäufliche Arzneimittel)

Rezeptfreie Arzneimittel können nur im Ausnahmefall zu Lasten der GKV verordnet werden, nämlich wenn sie Behandlungsstandard bei schweren Erkrankungen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer immer wieder aktualisierten Ausnahmeliste fest, welche Arzneimittel bei welchen Erkrankungen verordnet werden dürfen. Dass rezeptfreie Arzneimittel dennoch eine wesentliche finanzielle Belastung darstellen, liegt nicht nur daran, dass sich Patienten ohne ärztliche Verordnung mit Arzneimitteln versorgen und diese selbst bezahlen müssen (Selbstmedikation), sondern auch daran, dass sie zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die nicht zum relativ kleinen Kreis der schweren Erkrankungen zählen. So haben zum Beispiel Neurodermitis-Patienten regelmäßige hohe Ausgaben für Arzneimittel, die ärztlicherseits nur empfohlen, nicht aber verordnet werden können. Die OTC-Ausnahmeliste kann wegen ihrer Beschränkung auf schwere Krankheiten nur einen beschränkten Beitrag zur Entlastung chronisch kranker Menschen leisten.

Näheres zur OTC-Ausnahmeliste unter www.g-ba.de

- Aufgrund der Regelungskomplexität innerhalb der GKV wissen Ärzte, Therapeuten und andere nicht, dass eine Leistung in einem bestimmten Fall zu Lasten der GKV erbracht werden kann. Der Leistungsumfang der GKV wird durch eine Vielzahl von Regelungen beschrieben (zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses), die den verschiedenen Beteiligten nicht im Detail bekannt sind, (zum Beispiel Aus-

■ Hohe private Gesundheitsausgaben bei GKV-Mitgliedern

- nahmeregelungen bei der Verordnung rezeptfreier Arzneimittel, bei der Beantragung von Krankenfahrten et cetera).
- Eine weitere Ursache kann in einer ökonomischen Beschränkung auf der Seite des Leistungserbringers liegen. So unterliegt die Verordnung von Arzneimitteln in der Arztpraxis einem Regelleistungsvolumen, innerhalb dessen die Ärztin oder der Arzt verordnet. Wenn ein Patient ein rezeptpflichtiges Medikament „nur auf Privatrezept“ erhält, so kann dahinter ein ausgeschöpftes Regelleistungsvolumen der Arztpraxis stehen. Sofern das Medikament notwendig ist, besteht jedoch ein (praktisch nicht durchsetzbarer) Anspruch auf die Verordnung.
 - Bei Hilfsmitteln müssen Patienten Aufzahlungen oder Eigenanteile leisten, obwohl das Hilfsmittel (zum Beispiel der Rollstuhl) im Grundsatz von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Hier ist zu beobachten, dass die Hilfsmittelerbringer (zum Beispiel Sanitätshäuser) kein ausreichendes Angebot zu den von den Krankenkassen festgelegten Festbeträgen machen. Häufig akzeptieren Patienten Aufzahlungen, um von ihrem Leistungserbringer vor Ort ein passendes Angebot zu erhalten. Hohe Eigenanteile sind zum Beispiel bei orthopädischen Schuhen zu entrichten. Sie werden von den Krankenkassen festgelegt und liegen häufig weit über den Preisen für übliches Schuhwerk.

Chronisch kranke Menschen, die von Grundsicherung oder Sozialhilfe leben müssen, haben ein hohes Unterversorgungsrisiko.

Im Regelsatz der Sozialhilfe/Grundsicherung für den Einpersonenhaushalt sind monatlich ca. 14 € Ausgaben für Gesundheitspflege vorgesehen. Davon müssen die Leistungsberechtigten alle Leistungen finanzieren, die der Gesetzgeber in die finanzielle Eigenverantwortung der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung verlagert hat. Gesunde und kranke Leistungsberechtigte erhalten – gemäß dem Prinzip der Pauschalierung – im Prinzip den gleichen Regelsatz. Wenn man diese Beträge mit den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der Einpersonenhaushalte (2005: 44 €) und der Haushalte mit Einkommen bis 1.300 € (2005: 27 €) vergleicht, zeigt sich, dass im Regelsatz nur 30 Prozent (bezogen auf den Durchschnitt der Einpersonenhaushalte) bzw. 48 Prozent (bezogen auf den Durchschnitt der Haushalte mit Einkommen bis 1.300 €) der Mittel zur Verfügung stehen.

Bei einer chronischen Erkrankung kommt erschwerend hinzu, dass die betroffenen Menschen praktisch keine Rücklagen für Gesundheitsausgaben bilden können, weil die zum Sparen erforderliche Summe durch gegenwärtige Gesundheits-

ausgaben aufgezehrt wird. Um ein zutreffendes Bild von der finanziellen Unterdeckung dieser Menschen zu gewinnen, muss man zum Vergleich die Gesundheitsausgaben schwerwiegend chronisch kranker Menschen heranziehen. Diese betragen bei den oben erwähnten chronischen Erkrankungen zwischen 65 und 120 € pro Monat. Schwerwiegend chronisch kranke Menschen können ihren gesundheitlichen Bedarf aus dem Regelsatz also keinesfalls decken.

Hinzu kommen als wesentliches Hindernis beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung die Fahrtkosten zur ärztlichen Behandlung oder Therapie. Im Regelsatz waren 2005 für Fahrtkosten insgesamt 14 € monatlich vorgesehen. Dieser Betrag reicht selbst in Regionen mit gut ausgebautem öffentlichen Nahverkehr nach unseren Schätzungen für nicht mehr als vier Hin- und Rückfahrten. Schwerwiegend chronisch kranke Menschen, die von der Grundsicherung oder Sozialhilfe leben müssen, müssen also für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung die Teilhabe in anderen Dimensionen des Lebens einschränken oder sind sogar – bei hoher Therapiefrequenz – im Zugang zu Gesundheitsleistungen behindert. Der Regelsatz reicht insgesamt nicht aus, um das soziokulturelle Existenzminimum zu gewährleisten.

■ Hohe private Gesundheitsausgaben bei GKV-Mitgliedern

Neben diesen und weiteren einzelnen Gründen sind veränderte Rahmenbedingungen und Einstellungen der Akteure im Gesundheitswesen dafür verantwortlich, dass Versicherte häufiger zusätzlich bezahlen müssen. Auf der Ebene der Rahmenbedingungen ist der politisch gewollte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu erwähnen. Im Wettbewerb suchen die Krankenkassen nach Einsparmöglichkeiten und vermitteln private Zusatzversicherungen. Auf der Seite der Leistungserbringer ist eine zunehmende Bereitschaft zur Privatliquidation festzustellen. Den Versicherten werden privat zu finanzierende Angebote empfohlen, die von der GKV getra-

genen – im Umfang nach wie vor dominierenden – Leistungen treten in den Hintergrund. Beide Entwicklungen tragen dazu bei, dass die Gesetzliche Krankenversicherung – trotz ihres immer noch hohen Leistungsniveaus – als beschränkte Grundabsicherung wahrgenommen wird, die durch Zusatzversicherungen oder Selbstzahlungen aufgestockt werden muss. Die Diakonie spricht sich dafür aus, dass sich Krankenkassen und Leistungserbringer, die Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen haben, auf die Kernaufgabe der gesetzlich gewährleisteten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung konzentrieren.

Welche Leistungen sollen von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden?

Die Gesetzliche Krankenversicherung kann nicht alle Leistungen und Produkte finanzieren, die auf dem Gesundheitsmarkt angeboten werden und im Einzelfall für einen Versicherten sinnvoll oder wünschenswert sind. Hinter den erforderlichen Grenzziehungen stehen Wertentscheidungen, über die in einer Demokratie diskutiert werden muss. Aus der Sicht der Diakonie sind in diesem Zusammenhang zu beachten:

- die Grundprinzipien der GKV (Sachleistungsprinzip, Bindung an den allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnisstand und medizinischen Fortschritt, Wirtschaftlichkeitsgebot – §§ 2 und 12 SGB V, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Leistungen)
- der seit langem geltende, verschiedentlich modifizierte Grundsatz, dass zur Abwendung einer finanziellen Überlastung durch Zuzahlungen oder Eigenanteile Härtefallregelungen zugunsten einkommensschwacher Versicherter angewendet werden sollen (zum Beispiel beim Zahnersatz § 55 Abs. SGB V)
- die seit 2004 im Gesetz festgeschriebene besondere Berücksichtigung der Belange behinderter und chronisch kranker Menschen (§ 2a SGB V).

Klärungsbedürftig sind aus der Sicht der Diakonie vor allem der Umfang der Eigenverantwortung der Versicherten (§ 2 SGB V) und die Abgrenzungen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialhilfe bzw. Grundsicherung. Unter der Eigenverantwortung der Versicherten ist zu verstehen, dass eine nach den Kriterien der GKV notwendige Leistung dennoch nicht von der GKV, sondern von den Versicherten selbst zu finanzieren ist (zum Beispiel eine Brille). Bei der Abgrenzung zwischen den Leistungen der GKV und der Sozialhilfe geht es erstens darum, ob und wie die Sozialhilfe oder Grundsicherung bedürftige Haushalte in die Lage

versetzt, gesundheitliche Leistungen zu finanzieren, die die GKV nicht übernimmt. Zweitens geht es um den behinderungsbedingten Mehrbedarf in der Krankenversorgung (zum Beispiel besondere Anforderungen an Brillen und Zahnersatz).

Nach Auffassung der Diakonie sollte die Gesetzliche Krankenversicherung die Kostenbeteiligungen (einschließlich der zur GKV gehörigen, aber in die Eigenverantwortung verlagerten Leistungen) durch eine einkommensbezogene Härtefallregelung reduzieren. Und zwar so, dass die Versicherten mit niedrigem Einkommen ohne finanzielle Überlastung alle notwendigen gesundheitlichen Leistungen in Anspruch nehmen und kein anderer Zweig der sozialen Sicherung (Sozialhilfe, Grundsicherung) belastet wird. Die GKV sollte außerdem den behinderungsbedingten Mehrbedarf in der Krankenversorgung übernehmen. Den existenzsichernden Zweigen der sozialen Sicherung (Sozialhilfe, Grundsicherung) sollten hingegen der krankheitsbedingte Mehraufwand im alltäglichen Leben zugeordnet werden, den chronisch kranke oder behinderte Menschen aus eigenem Einkommen nicht abdecken können, zum Beispiel für aufwändige Ernährung oder Hautpflege.

Allerdings gibt es einige Leistungen, die verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung zugeordnet werden können. So war die Brille jahrzehntlang Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heute muss sie im Regelfall selbst finanziert werden, auch von Haushalten mit niedrigem Einkommen, fällt also bei den Beziehern von Transferereinkommen in den Lebensunterhalt. Sie könnte aber auch als wesentliches Hilfsmittel zur sozialen Teilhabe als besondere Leistung der Eingliederungshilfe angesehen werden. Auch die Fahrten zur ärztlichen Diagnose oder Behandlung können als Zugang zur Krankenversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung oder – im Fall einer Behinderung – als Leistung der sozialen Teilhabe

■ Welche Leistungen sollen von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden?

Krankheitsbedingter Bedarf	Leistungsträger	Leistungsvoraussetzungen
Rezeptfreie Arzneimittel für Versicherte ab dem 12. beziehungsweise 18. Lebensjahr, die im Rahmen einer ärztlichen Behandlung medizinisch notwendig sind und nicht von der Ausnahmeregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (OTC-Liste) erfasst werden.	GKV	Für schwerwiegend chronisch kranke oder behinderte Versicherte mit niedrigem Einkommen sowie für Menschen ohne Wohnung.
Fahrten zu medizinisch notwendigen Maßnahmen, die nicht nach § 60 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 von der Krankenkasse übernommen werden.	GKV beziehungsweise Sozialhilfeträger	Auf besondere ärztliche Verordnung und Antrag Kostenübernahme der GKV für Versicherte mit niedrigem eigenen Einkommen. Auf besondere ärztliche Verordnung und Antrag Kostenübernahme des Sozialhilfeträgers für Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege erhalten.
Medizinisch notwendige Sehhilfen für Versicherte nach dem 18. Lebensjahr, die nicht als Ausnahme in § 33 Abs. 2 oder in der Ausnahmeliste des GBA enthalten sind.	GKV	Auf ärztliche Verordnung und Antrag für Versicherte mit niedrigem Einkommen.
Behinderungsbedingt notwendige Sehhilfen, zum Beispiel Prismen, Gleitsichtgläser, Plastikgläser und Brillengestelle (zum Beispiel bei Spastik).	GKV, ersatzweise Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe)	Auf ärztliche Verordnung und Antrag für Versicherte mit niedrigem Einkommen sowie Leistungsberechtigte der Hilfe zum Lebensunterhalt, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege.
Behinderungsbedingter aufwändiger Zahnersatz (zum Beispiel fester Zahnersatz bei spastischer Lähmung)	GKV, ersatzweise Sozialhilfeträger (Eingliederungshilfe)	Auf ärztliche Verordnung für Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.
Arzneimittel zur Empfängnisverhütung.	GKV ersatzweise Sozialhilfeträger	Auf ärztliche Verordnung und Antrag zu Lasten der GKV für Menschen mit niedrigem Einkommen; ersatzweise: Auf ärztliche Verordnung und Antrag Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger für Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.
Hautpflegemittel bei schweren chronischen Hauterkrankungen.	Sozialhilfeträger, Grundsicherungsträger	Als individuell abweichender Bedarf in der Hilfe zum Lebensunterhalt oder als Mehrbedarf in der Sozialhilfe und Grundsicherung.
Hohe Eigenanteile zum Beispiel bei orthopädischen Schuhen, behinderungsgerechten Fahrrädern und anderen Hilfsmitteln	Sozialhilfeträger	Für Haushalte mit niedrigem Einkommen sowie für Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege.
Aufzahlungen für medizinisch notwendige Festbetrags-Hilfsmittel, die wohnortnah nicht zum Festbetrag angeboten werden	GKV	Die Krankenkasse muss dem Versicherten das Hilfsmittel zum Festbetrag bereitstellen.

der Eingliederungshilfe oder aber – im Rahmen einer öffentlich gewährleisteten Verkehrsinfrastruktur – den privaten Ausgaben beziehungsweise dem Lebensunterhalt zugeordnet werden. Auch Mittel der Empfängnisverhütung für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr können – wie es früher der

Fall war – der GKV oder auch dem Lebensunterhalt zugeordnet werden. Im Interesse der betroffenen Menschen sind bei Zuordnungsproblemen pragmatische Lösungen angezeigt. Als ein solcher pragmatischer Lösungsvorschlag versteht sich die folgende Zuordnung krankheitsbedingter Bedarfe:

Eine erneuerte Härtefallregelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Härtefallregelungen zugunsten einkommensschwacher Haushalte sind in den letzten Jahren politisch umstritten gewesen. Bei der Neuordnung der Zuzahlungen 2003 waren sich die großen Volksparteien einig, dass ausnahmslos alle Versicherten Zuzahlungen leisten und darüber hinaus zahlreiche Leistungen vollständig finanzieren müssen. Die Zuzahlungen wurden allerdings auf bis zu zwei Prozent des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt – beziehungsweise ein Prozent für schwerwiegend chronisch kranke Menschen – beschränkt. Sehr viel schwerer für Haushalte mit niedrigem Einkommen wiegen jedoch die ganz in die finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten verlagerten Leistungen, bei denen es keine Belastungsgrenze gibt.

Eine erneuerte Härtefallregelung muss, wenn sie wirksam entlasten soll, auch die in die Eigenverantwortung verlagerten Leistungen berücksichtigen. Zugleich muss um politische Akzeptanz für eine solche umfassende Härtefallregelung geworben werden.

Zunächst ist zu präzisieren, welcher Personenkreis die Härtefallregelung in Anspruch nehmen kann – und aus welchem Grund. Aus der Sicht der Diakonie ist ein Härtefall in der Krankenversicherung dann gegeben, wenn Versicherte notwendige Leis-

tungen nicht in Anspruch nehmen können. Dies ist typischerweise der Fall

- bei einem Einkommen an oder unterhalb der Armutrisikogrenze

oder

- bei abweichendem hohem Bedarf aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung oder Behinderung,

besonders aber

- wenn beide Belastungen vorliegen.

Eine Härtefallregelung kann, aus unterschiedlichen politischen Erwägungen, Versicherte mit niedrigem Einkommen oder mit einem abweichenden hohen Bedarf vor finanzieller Überlastung schützen. Sie muss dies nach Auffassung der Diakonie bei denjenigen Versicherten tun, die von beiden Belastungen betroffen sind. Eine Härtefallregelung für schwerwiegend chronisch kranke Menschen mit niedrigem Einkommen ist aus der Sicht der Diakonie das Minimum, weil das Zusammenreffen von Armut und chronischer Erkrankung in eine dauernde existenzielle Notlage bringt, der sie mit eigenen Kräften kaum entgehen können. Es gibt aber auch gute Gründe für eine weitergehende Regelung. Diese sollte alle armen Menschen von Kostenbeteiligungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung befreien. Dadurch würde das Risiko verringert, dass Krankheiten, von denen die Armutbevölkerung im Durchschnitt häufiger betroffen ist, unbehandelt bleiben. So würde der Kreislauf von Erwerbslosigkeit, Armut und Krankheit unterbrochen. Aus anderen guten Gründen könnte aber auch eine Härtefallregelung befürwortet werden, die allein bei der schwerwiegenden chronischen Erkrankung einsetzt. Von einer solchen Regelung

Für die Krankenkassen gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer an einer schwerwiegenden Krankheit leidet, die mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt wird oder in höherem Maße pflegebedürftig beziehungsweise behindert ist. Dies ist in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser) so geregelt. Näheres siehe unter:
www.gba.de/informationen/richtlinien/8/

■ Eine erneuerte Härtefallregelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

würden alle schwerwiegend chronisch kranken Menschen unabhängig von ihren Einkommen profitieren. In diesem Fall würde die Härtefallregelung dazu beitragen, dass die Menschen sich nicht allein aufgrund der Krankheit oder Behinderung in ihrem Lebensstandard stark einschränken müssten. Andererseits gäbe es Mitnahmeeffekte durch solche Personengruppen, die über ein hohes Einkommen verfügen und deshalb auch hohe zusätzliche Kosten übernehmen können, ohne sich einschränken zu müssen.

Im Recht der Krankenkassen (SGB V) gibt es sowohl Kriterien für Einkommensarmut als auch für das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung. So ist vorgesehen, dass die Versicherten einen Einkommensnachweis führen, auf dessen Grundlage zum Beispiel die Höhe der Zuzahlungen begrenzt (§ 62 Abs. 2 SGB V) oder ein Zuschuss beim Zahnersatz (§ 55 Abs. 2 SGB V) geleistet wird. Die Krankenkassen können also auf die Einkommenssituation ihrer Mitglieder reagieren, ohne dass dies eine zusätzliche Legitimation oder größeren Verwaltungsaufwand erfordern würde. Auch das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung, für das auch eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird, kann auf der Grundlage der so genannten Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgestellt werden.

Die Krankenkassen können also auf Antrag eines Mitglieds sowohl die Einkommenssituation als auch die Belastung durch eine schwerwiegende chronische Erkrankung feststellen. Sie sind deshalb besser als andere Leistungsträger der sozialen Sicherung dazu geeignet, krankheitsbedingte finanzielle Überlastungen aufzufangen. Eine Härtefallregelung der Krankenkassen hat auch den Vorzug, dass sie im Unterschied zu anderen Zweigen der sozialen Sicherung praktisch die gesamte Bevölkerung erreicht. Dadurch kann eine weit gehende Gleichbehandlung gleicher Problemlagen gewährleistet werden.

Dass die Härtefallregelung von den Versicherten beantragt und durch den Einkommensnachweis und eine ärztliche Bescheinigung über das Vorlie-

gen einer chronischen Erkrankung begründet werden muss, beschränkt den Kreis der Begünstigten. Ausgeschlossen werden allerdings – das ist kritisch anzumerken – nicht nur diejenigen, bei denen die Voraussetzungen fehlen, sondern auch Menschen, die aufgrund ihrer Lebenslage nicht in der Lage sind, das entsprechende Verfahren bei den Krankenkassen anzustrengen.

Breite Kreise in der Gesundheitspolitik halten nach wie vor an einer allgemeinen Zuzahlungspflicht bei Leistungen der GKV fest. Die Härtefallregelung könnte so ausgestattet werden, dass die Begünstigten wie alle anderen Versicherungen Zahlungen bis zu ihrer persönlichen Belastungsgrenze leisten müssen, auch wenn für eine positive Steuerungswirkung der Zuzahlungen eine gesicherte Evidenz fehlt und sie deshalb als fraglich anzusehen ist. Eine Härtefallregelung, die nur Versicherte vor finanzieller Überlastung schützt, die einkommensarm und chronisch krank sind, könnte folgendermaßen gefasst sein:

Schwerwiegend chronisch kranke bzw. behinderte Menschen (im Sinne der so genannten Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) werden von den Leistungsausschlüssen der §§ 33 Abs. 2, 34, Abs. 1 Satz 1 und 24a Abs. 2 sowie 60 SGB V befreit, sofern sie ansonsten aufgrund ihres niedrigen Einkommens unzumutbar belastet würden. Die Einkommensgrenzen sind nach § 55 Abs. 2 Satz 2 SGB V festzulegen.

Aufgrund dieser Regelung könnten schwerwiegend chronisch kranke und behinderte Menschen ab dem 18. Lebensjahr auf ärztliche Verordnung auch Sehhilfen, rezeptfreie Arzneimittel sowie Arzneimittel zur Empfängnisverhütung (dies betrifft vor allem Menschen mit Behinderung) sowie Beförderungsleistungen erhalten, wenn sie das Unterschreiten der auch beim Zahnersatz geltenden Einkommensgrenzen nachweisen. Die Grenzen für das in der GKV relevante Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt liegen für den Einpersonenhaushalt im Jahr 2008 bei 994 €(West) beziehungsweise 840 €(Ost) pro Monat. Den schwerwiegend chronisch kranken Menschen im eigenen Haushalt werden außerdem

■ Eine erneuerte Härtefallregelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

diejenigen Menschen gleich gestellt, die in einem Pflegeheim leben und dies nicht aus eigenem Einkommen finanzieren können, sondern Hilfe zur Pflege erhalten sowie Menschen, die wegen einer wesentlichen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Ebenfalls gleich gestellt werden chronisch kranke und behinderte Menschen, die Ausbildungsförderung erhalten.

Aus der Sicht der Diakonie sollte außerdem eine Personengruppe die Härtefallregelung auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie keinen Nachweis über eine schwerwiegende chronische Erkrankung erbringt, nämlich die Menschen in der Wohnungslosigkeit. Viele wohnungslose Menschen suchen nämlich auch dann, wenn sie an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden, nicht regelmäßig eine Arztpraxis auf – und erfüllen allein deshalb nicht die Anforderungen der Chroniker-Richtlinie. Um diesen – in der Zahl kleinen – medizinisch unterversorgten Personenkreis besser

in die gesundheitliche Versorgung zu integrieren, sollte die Härtefallregelung bei Wohnungslosigkeit ohne weiteres in Anspruch genommen werden.

Eine solche sehr eng gefasste Härtefallregelung führt nicht zu einer wesentlichen Kostenbelastung der Krankenkassen, da sie nur Menschen unterstützt, die chronisch krank und arm in dem definierten Sinne sind. Was zur Schonung der von den Krankenkassen verwalteten Finanzmittel geeignet erscheint, wirft aus der Perspektive erkrankter Menschen kritische Fragen auf. Denn es gibt Menschen, die krank sind, aber nicht genau die Anforderungen der Chroniker-Richtlinie erfüllen oder arm sind, aber in ihrem Einkommen gerade oberhalb der Einkommensgrenze liegen. Derartige Einwände sollten zur Überprüfung der entsprechenden Kriterien, nicht aber zur Infragestellung einer Härtefallregelung für die am meisten belasteten Menschen führen.

Behinderungsbedingter Mehrbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Dass Menschen mit Behinderung einen höheren Bedarf an medizinischen, pflegerischen Leistungen, aber auch an Heil- und Hilfsmitteln haben, ist seit langem anerkannt. Bislang wird dieser Mehrbedarf überwiegend vom Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe getragen.

Im Zuge der Gesundheits- beziehungsweise Sozialhilfereform 2003/2004 ist jedoch die Entscheidung getroffen worden, dass der Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung auch für Menschen gilt, die einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben. Dadurch ist die Möglichkeit entfallen, sich mit einem behinderungsbedingten Mehrbedarf (zum Beispiel bei Sehhilfen oder beim Zahnersatz) nach einem abschlägigen Bescheid der Krankenkasse an den Sozialhilfeträger zu wenden. In derselben Reform sind die Krankenkassen dazu verpflichtet worden, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V), ohne dass dieses bisher spürbare Folgen gezeigt hätte.

Für die Diakonie ist von vorrangiger Bedeutung, dass die entstandene Lücke zwischen den beiden

Sicherungssystemen wieder geschlossen wird. Die Entscheidungen des Gesetzgebers sind offenbar so zu verstehen, dass die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung an behinderte und chronisch kranke Menschen ihren besonderen Belangen, und das heißt: ihrem Bedarf entsprechend erbracht werden sollen. In diesem Sinne spricht sich die Diakonie für eine entsprechende Präzisierung des § 2 oder 2a SGB V aus. Die allgemeine Aussage ist durch Ergänzungen in den Bestimmungen über die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Zahnersatz und Fahrtkosten zu präzisieren.

Ob sich diese Gesetzesinterpretation durchsetzen wird, ist allerdings noch vollkommen offen. Bis zu einer solchen Klärung spricht sich die Diakonie nachdrücklich dafür aus, dass der Sozialhilfeträger die in der Tabelle aufgeführten Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe übernimmt. Dies gilt insbesondere auch für Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, die im Rahmen eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderung von Bedeutung sind.

Krankheitsbedingte abweichende Bedarfe und Mehrbedarfe in der Sozialhilfe und Grundsicherung

Die existenzsichernden Sicherungssysteme nach dem SGB XII und II sollen nach Auffassung der Diakonie die krankheitsbedingten Mehrbelastungen tragen, die hilfebedürftige und leistungsbeeinträchtigte Menschen in ihrem Alltag haben und aus ihrem Lebensunterhalt nicht tragen können. Nach Auffassung der Diakonie sollten Ausgaben im Zusammenhang mit einer langwierigen Erkrankung, die nicht von der GKV übernommen werden und nicht unter die Härtefallklausel fallen (zum Beispiel für Ernährung, Hautpflege, Eigenanteile für orthopädische Schuhe und für Fahrtkosten zur ärztlichen Behandlung et cetera), als erheblich abweichender Bedarf anerkannt werden und durch eine individuelle, zeitlich befristete Regelsatzerhöhung gedeckt werden. Diese im SGB XII verankerte Regelung (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB XII), ist sinngemäß auch in das SGB II zu übernehmen. Dies gilt besonders, weil das Kriterium der Erwerbsfähigkeit im SGB II sehr weit ausgelegt wird, so dass auch Personen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen dem SGB II zugeordnet werden.

Daneben sollten krankheitsspezifische Mehrbedarfe bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen (zum Beispiel Ausgaben für das Waschen und Salben bei Hauterkrankungen), wie dies bisher bereits bei der so genannten Krankenkost der Fall ist (§ 22 Abs. 5 SGB II/§ 30 Abs. 5 SGB XII), in der Sozialhilfe und Grundsicherung mit einer Mehrbedarfszuschuss abgedeckt werden.

Die Berücksichtigung erheblich abweichenden Bedarfs und die Mehrbedarfsregelung ergänzen einander. Der erheblich abweichende Bedarf kann in unterschiedlichen, nicht standardisierbaren Konstellationen von Erkrankung und Lebenslage auftreten. Krankheitsspezifische Mehrbedarfe kommen hingegen nur in Frage, wenn der Mehrbedarf einem bestimmten Krankheitsbild zugeordnet werden kann, wie dies bei der Krankenkost der Fall ist.

Die Grundlagen der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall: Sozialstaat und Solidarität

Dieses Positionspapier zielt darauf, Lücken in der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall durch die Gesetzliche Krankenversicherung und die Sozialhilfe oder Grundsicherung zu schließen. Von diesen Lücken ist nur ein kleiner Teil der Bürgerinnen und Bürger betroffen, die krank oder behindert sind und über wenig Geld verfügen. Die überwältigende Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger erfreut sich einer besseren Gesundheit und besserer Einkommenschancen. Allerdings können sich nur die allerwenigsten auf privater Basis vollständig gegen das Doppelrisiko schwerer Erkrankung und Armut absichern. Deshalb ist eine ausreichende soziale Absicherung dieses existenziellen Risikos auch in ihrem Interesse.

Bei der Reform des Sozialstaates in den vergangenen Jahren sind notwendige Leistungen aus der Verantwortung der Sozialversicherung oder Sozialhilfe in die finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten zurückverlagert worden. Tatsächlich hat der Gesetzgeber einen weit gehenden Gestaltungsspielraum in Fragen der sozialen Sicherung. Die durch das Grundgesetz vorgegebenen Grenzen dieses Gestaltungsspielraums werden erst erreicht, wenn das soziokulturelle Existenzminimum – die Grundlage für ein menschenwürdiges Leben – tangiert wird. Zu diesem soziokulturellen Existenzmi-

nimum gehört auch ein medizinisches Existenzminimum, das nicht nur das nackte Überleben sichert, sondern die betroffene Person gesundheitlich so versorgt, dass sie sich am Erwerbsleben und Leben in der Gemeinschaft entsprechend ihren Möglichkeiten beteiligen kann.

Der Gesetzgeber konnte die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zwar im Prinzip reduzieren, wie er dies in den letzten Jahren getan hat. Aber gerechterweise hätte er dann die Menschen, die nicht über die erforderlichen Eigenmittel verfügen, durch Einkommenstransfers in die Lage versetzen müssen, notwendige private Gesundheitsausgaben zu tätigen. Eine derartige Privatisierung von notwendigen gesundheitlichen Leistungen wäre also nur in Verbindung mit Auffangregelungen in der Sozialhilfe oder Grundsicherung vertretbar gewesen.

Die Diakonie spricht sich, wie oben näher erläutert, für eine umfassende Gesetzliche Krankenversicherung aus, die alle notwendigen gesundheitlichen Leistungen umfasst. Dafür sprechen unter anderem Gründe der Transparenz und allgemeinen Zugänglichkeit gesundheitlicher Leistungen, der Gleichbehandlung bei gleichem Bedarf und der Verwaltungsvereinfachung.

Das Selbstverständnis der Diakonie

Mit dem vorliegenden Positionspapier will das Diakonische Werk der EKD e. V. auf Lücken in der sozialen Sicherung hinweisen und dazu beitragen, diese zu schließen. Als einer der fünf Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege versteht sich das Diakonische Werk der EKD e. V. als Akteur im Sozialstaat, der sich für sozial benachteiligte, chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen praktisch und politisch einsetzt.

In der christlichen Tradition ist die Fürsorge für kranke und arme Menschen eine zentrale Verpflichtung. Dabei geht es nicht nur um die Linderung aku-

ter Not, sondern darum, dass Menschen auch dann voll am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können, wenn sie arm oder krank sind. In der Moderne sind die Möglichkeiten gewachsen, Armut und Krankheit zu bekämpfen. Die moderne Diakonie setzt sich dafür ein, dass diese Möglichkeiten auch genutzt werden und damit letztlich allen Menschen zugute kommen.

„Wir leisten Hilfe und verschaffen Gehör“
(aus dem Leitbild der Diakonie)

Literaturauswahl

Bartmann, P., Busch, St. (2008): Tagungsbericht "Krankheit als finanzielle Belastung. Herausforderungen für Privathaushalte und die soziale Sicherung." Kooperationstagung des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und des Diakonischen Werkes der EKD e. V., Berlin 18.06.08 *)

Busch, St. (2008): Private Gesundheitsausgaben chronisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Expertenbefragung bei Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker Menschen. Ms. 2008. *)

Bartmann, P. (2008): Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Chancen- und Bedarfsgerechtigkeit in der Krankenversicherung und Krankenhilfe nach der Gesundheits- und Sozialreform 2003/2004“, Ms. 2008. *)

*) Diese Texte können über das Diakonische Werk der EKD, Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege bezogen werden. Details dazu im Impressum.

Bergner, E.; Braun, H.; Lempert-Horstkotte, J.; Müller, L.; Post, H.; Seidel, M. (2006): Benachteiligung durch das GMG. Evaluation der Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe, Bielefeld: von-Bodelschwinghsche Anstalten Bethel:

http://www.bethel.de/bethel_de/ueber_uns/gmg/index.php

http://www.bethel.de/bethel_de/ueber_uns/gmg/GMG-Bericht_Kurzfassung.pdf

Mielck, A. (2008): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K.; Brause, M.; Lierse, M.; Lukas-Nülle, M.; Hehlmann, T.: Der blinde Fleck. Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung. Bern: Verlag Hans Huber, 21-38.

Public Health Forum Bd. 16, Heft 2 (2008): Gesundheitliche Ungleichheit, München: Elsevier

Holst, J. (2007): Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: WZB Discussion Papers.

Tamsma, N.; Berman, P C. (2004): The Role of the Health Care Sector in Tackling Poverty and Social Exclusion in Europe, Dublin: EuroHealthNet.

Paterson, I.; Judge, K. (2002): Equality of Access to Healthcare, in: Mackenbach, J., Bakker, M. (Hgg), Reducing Inequality in Health: A European Perspective. London: Routledge

Auszug Diakonie Texte 2007/2008

- 18.2008 Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ nach § 8a Abs. 2 SGB VIII - eine neue fachdienliche Aufgabe?
- 17.2008 Characteristics of Diaconal Culture
- 16.2008 Vorstandsbericht Diakonisches Werk EKD
- 15.2008 Familien wirksam fördern
- 14.2008 Mobile Rehabilitation
- 13.2008 Interkulturelle Öffnung in den Arbeitsfeldern der Diakonie
- 12.2008 Integrationsarbeit von A-Z
- 11.2008 Die Migrationserstberatung der Diakonie 2007
- 10.2008 Sucht im Alter – Herausforderungen und Lösungswege für diakonische Arbeitsfelder
- 09.2008 Sucht im Alter - Sozial- und gesundheitspolitische Forderungen der Diakonie
- 08.2008 Gesetz zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts RDG vom 12. Dezember 2007
- 07.2008 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- 06.2008 Sucht im Alter
- 05.2008 Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie im Wandel
- 04.2008 Gesunde Kinder – gesunde Zukunft? Zukunftsaufgabe Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- 03.2008 Zukunftswege Pflegeausbildung
- 02.2008 Positionen der Diakonie zur Finanzierung von Kindertageseinrichtungen
- 01.2008 Charakteristika einer diakonischen Kultur
-
- 23.2007 Statistik der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie für das Jahr 2005
- 22.2007 Hauswirtschaft – Gesicherte Qualität in der stationären Pflege
- 21.2007 Synopse zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
- 20.2007 Rolle rückwärts? Erfahrungen und Wirkungen des Prostitutionsgesetzes
- 19.2007 Synopse zum Referentenentwurf der Pflegereform 2007
- 18.2007 Neue Wohnformen im Alter
- 17.2007 Diakonie in der Einwanderungsgesellschaft
- 16.2007 Präsidentenbericht 2007
- 15.2007 Rechenschaftsbericht 2007
- 14.2007 Einrichtungsstatistik Regional 2006
- 13.2007 Pflegestatistik 2005
- 12.2007 Handlungsoption Gemeinwesendiakonie
- 11.2007 Ärztliche Versorgung im Pflegeheim
- 10.2007 Einrichtungsstatistik 2006
- 09.2007 Die Rolle der Allgemeinen Sozialarbeit im Rahmen gemeinde- und gemeinorientierten Handelns der Diakonie
- 08.2007 Schuldnerberatung als Dienstleistung in der Diakonie?
- 07.2007 Zehn Jahre Gleichstellung von Frauen und Männern im Diakonischen Werk der EKD
- 06.2007 Konzeption für die Arbeit der Frauenhäuser in evangelischer Trägerschaft
- 05.2007 Diakonische Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- 04.2007 Diakonische Positionen zu einer Modernisierung des Heimrechts
- 03.2007 Ehrenamtlich Engagierte in der Schuldnerberatung

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen.
Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42
70010 Stuttgart
Telefon +49 711 21 59-454
Telefax +49 711 21 59-566
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Peter Partmann
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 83001 362
Telefax: + 49 30 83001 222
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de
Layout:
H. M. Saecker, A. Stiefel

Druck:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

www.diakonie.de

© Februar 2009 · 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-937-291-90-1

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Staffenbergstraße 76
70184 Stuttgart
Telefon: +49 711 21 59-0
Telefax: +49 711 21 59-288
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de