

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen

- überarbeitete Fassung Stand Januar 2006 -

- Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach BSHG / SGB XII und § 2 AsylbLG
- Keine Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach §§ 3 ff. AsylbLG
- Härteklausel für Empfänger von Leistungen nach BSHG / SGB II / SGB XII und § 2 AsylbLG
- Chroniker-Richtlinien zur Härteklausel
- Sozialhilfeberechtigte, die keinen Regelsatz erhalten (Taschengeldempfänger u.a.)
- Mitglieder einer Krankenversicherung
- Prinzip Aufschieben statt Vorsorge
- Eigenleistungen, die aus dem Sozialhilfesatz nicht finanzierbar sind
- Bedarfsdeckungsgrundsatz in der Krankenhilfe gestrichen
- Fahrkosten nur noch ausnahmsweise?
- Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen gefährdet
- Zuzahlungen und Eigenleistungen im Sozialhilferegelsatz enthalten?
- Krankenhilfe auf Kredit - Sozialhilfekürzung bei Krankheit?
- Beihilfen bei Krankheit in verfassungskonformer Auslegung
- Änderungen zum 1.1.2005
- ausgewählte Rechtsprechung
- Literatur

Anhang:

- Musteranträge auf Leistungen der Krankenkasse, des Sozialamts und der Grundsicherung für Arbeitssuchende
- Rechtsgrundlagen: Auszug GKV-Modernisierungsgesetz – GMG
- weitere relevante Bestimmungen des SGB V
- Merkblätter des Sozialamtes Berlin-Kreuzberg zum GMG und AsylbLG
- Schreiben des Flüchtlingsrates Berlin an Ministerin Ulla Schmidt

¹ Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstr 69-70, 10249 Berlin, Tel 030-24344-5762, Fax -5763
Email: georg.classen@gmx.net Internet: <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de>

Zur Zitierweise: Dieser Beitrag ist in - bei Bedarf aktualisierter - Fassung online erhältlich unter
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf

Eine gedruckte Fassung ist enthalten in Barwig/Davy, Auf dem Weg zur Rechtsgleichheit? Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2003 und 2004, Nomos Baden-Baden 2004, ISBN 3-8329-0747-5 auf Seite 233 ff. unter dem Titel Classen, Georg, 'Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen'.

Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach BSHG / SGB XII und § 2 AsylbLG

Nach **§ 264 SGB V**² wird ab dem 1.1.2004 für bislang nicht gesetzlich krankenversicherte

1. Empfänger von **Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG**,
2. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß **§ 2 AsylbLG** (mindestens 36 Monate Bezug von Leistungen nach AsylbLG und Besitz einer Aufenthaltsgestattung oder Vorliegen rechtlicher oder humanitärer Ausreisehindernisse)³,
3. Empfänger von **Hilfe in besonderen Lebenslagen gemäß BSHG**⁴

die Krankenbehandlung von der Krankenkasse und nicht mehr vom Sozialamt übernommen. Die Betroffenen müssen eine Krankenkasse im Bereich des zuständigen Sozialhilfeträgers wählen und erhalten von dieser eine Krankenversichertenkarte. Wer selbst keine Kasse auswählt, wird vom Sozialamt bei einer Kasse angemeldet.

Die Leistungen werden von der Krankenkasse für die Sozialämter auf Grundlage der im SGB V enthaltenen Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Die Krankenkasse erhält dafür von den Sozialämtern jedoch keinen Mitgliedsbeitrag, sondern rechnet die ihr entstandenen Krankenbehandlungskosten vierteljährlich mit dem Sozialhilfeträger ab, und erhält für den Abrechnungsaufwand vom Sozialamt noch eine Vergütung von 5 % der erbrachten Leistungen. Entfällt die Leistungsberechtigung, zieht das Sozialamt die Versichertenkarte wieder ein.

Da nun die Krankenkasse - und nicht mehr das Sozialamt - Träger der Leistung ist, ist gegen ablehnende Entscheidungen der Widerspruch an die Krankenkasse zu richten. Die Ansprüche können im Klageweg, in Eilfällen mittels einstweiliger Anordnung gegen die Krankenkasse beim Sozialgericht durchgesetzt werden. Das Verfahren beim Sozialgericht ist gerichtskostenfrei.⁵

Achtung: Nach § 264 SGB V "versicherte" Sozialhilfeempfänger und Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG unterliegen auch den **Zuzahlungen** von 10 Euro beim Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw. und müssen auch bei Medikamenten und weiteren Leistungen die in der Krankenversicherung üblichen Zuzahlungen leisten. Dies ergibt sich aus § 264 Abs. 4 SGB V, wonach für die nach § 264 "Versicherten" auch die Zuzahlungsregelungen des § 61 SGB V sowie die Härteregelelung des § 62 SGB V (dazu weiter unten) zur Anwendung kommen.

Keine Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach §§ 3 ff AsylbLG

Für Flüchtlinge, die noch keine 3 Jahre Leistungen nach AsylbLG erhalten haben oder aus anderen Gründen (freiwillige Ausreise zumutbar, oder Leistungseinschränkung nach § 1a AsylbLG) weiter nur abgesenkte Leistungen nach § 3 - 7 AsylbLG erhalten, gilt die Regelung in § 264 SGB V zur Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenversicherung nicht.

Für diese Leistungsberechtigten ändert sich zum 1.1.2004 nichts. Für sie bleibt das Sozialamt für gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG zu leistende Krankenhilfe zuständig. Die Leistungsberechtigten bekommen keine Chipkarte einer Krankenversicherung und erhalten wie bisher Krankenscheine vom Sozialamt. Es

² Gesetzestexte, Begründung, Stellungnahmen zur Gesundheitsreform und zur übrigen Agenda 2010 siehe Anhang sowie <http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik>

³ dazu ausführlich Classen, Eckpunkte zu § 2 AsylbLG, http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/eckpunkte_paragraf2_asylblg.doc

⁴ Dies betrifft beispielsweise nicht krankenversicherte Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit, deren Lebensunterhalt durch das Grundsicherungsgesetz (GSiG) gedeckt ist, die aber auf Sozialhilfe in besonderen Lebenslagen in Form von Krankenhilfe (und ggf. Hilfe zur Pflege usw.) angewiesen sind. Zeitler, Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Sozialhilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ab 01.01.2004, NDV 2004, 45ff. merkt dazu an, dass sich der Ausschluss von Hilfeempfängern, die weniger als einen Monat Sozialhilfe benötigen, nach dem Wortlaut nur auf Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt, nicht aber von Hilfen in besonderen Lebenslagen beziehen kann.

⁵ Ebenso Zeitler, a.a.O.

besteht Anspruch auf die eingeschränkten medizinischen Leistungen bei akutem Behandlungsbedarf, schmerzhaften Krankheiten oder zur Sicherung der Gesundheit unerlässlichem Behandlungsbedarf, außerdem auf (uneingeschränkte) Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.⁶

Anders als das ab 1.1.2004 gemäß § 264 SGB V für die meisten Sozialhilfeempfänger geltende Krankenversicherungsrecht sehen §§ 4 und 6 AsylbLG keine Zuzahlungsregelungen vor. Dies wäre bei einem Barbetrag von nur 40,90 Euro monatlich, der für den gesamten persönlichen Bedarf einschließlich Fahrkosten reichen muss, auch völlig unverhältnismäßig.

Die Leistungen nach AsylbLG können daher seit dem 1.1.2004 durchaus weiter gehen als die medizinische Versorgung nach SGB V und dem BSHG / SGB XII. Dies gilt insbesondere für die Fahrkosten zur ambulanten Behandlung, die - anders als nach SGB V und BSHG / SGB XII - im Rahmen der Krankenhilfe nach dem AsylbLG weiterhin beansprucht werden können. Auch "Eigenleistungen" wie z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente können - wie bisher - ohne Zuzahlung oder Eigenanteil beansprucht werden. Voraussetzung ist, dass ein Tatbestand gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG für die Notwendigkeit der Behandlung vorliegt.

Nicht krankenversicherte Leistungsberechtigte nach BSHG / SGB XII oder KJHG, die vom Sozial- bzw. Jugendamt Krankenhilfe nach § 36ff. BSHG / § 47ff. SGB XII bzw. § 40 SGB VIII erhalten, sind ebenfalls von Zuzahlungen (nicht jedoch von den Eigenleistungen, siehe dazu weiter unten) befreit.

- Nicht versicherte **Empfänger von Jugendhilfe** wurden in die "Krankenversicherung" nach § 264 SGB V nicht einbezogen.
- Sozialhilfeberechtigte erhalten **ausnahmsweise Krankenhilfe vom Sozialamt** nach § 37f. BSHG / § 47ff. SGB XII und keine "Krankenversicherung" nach § 264 SGB V, wenn sie voraussichtlich für weniger als einen Monat auf Sozialhilfe angewiesen sind, § 264 Abs. 2 S. 2 SGB V. In der Praxis wird die Regelung vor allem auf Obdachlose angewandt, da die Sozialämter diese (rechtswidrig...) wegen befürchtetem Missbrauch sowie Ortswechsel häufig nicht mit Versichertenkarten ausstatten wollen.

In der Praxis werden - obwohl die geschilderte Rechtslage unstrittig ist und wird vom BMGS bestätigt wird - insbesondere von Leistungsberechtigten nach §§ 3-7 AsylbLG vielerorts rechtswidrig Zuzahlungen verlangt. Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

- kassenärztliche Vereinigungen, Apothekerverbände und Krankenhausträger müssen ihre Mitglieder über die Rechtslage aufklären,
- Sozialämter sollten die Krankenscheine, Ärzte müssen die Rezepte mit einem Hinweis auf die Befreiung von Zuzahlungen versehen.

Rechtswidrig kassierte Zuzahlungen müssen der Arzt, die Apotheke, das Krankenhaus usw. an den Patient zurückerzahlen. Im Weigerungsfall ist Strafanzeige zu erwägen, weil Arzt bzw. Apotheke den Betrag doppelt abrechnen (vom Patient kassieren und beim Sozialamt abrechnen!).

Härteklausele für Empfänger von Leistungen nach BSHG / SGB II / SGB XII und § 2 AsylbLG

Für - nach § 264 SGB V oder regulär - krankenversicherte Empfänger von Leistungen nach BSHG / SGB XII, § 2 AsylbLG und nach dem GSIG gilt eine Härteklausele, nach der die Zuzahlung **2% des Sozialhilferegelsatzes** für einen Haushaltsvorstand nicht übersteigen dürfen. Für chronisch Kranke gilt eine Höchstgrenze von 1%. Diese Zuzahlungsgrenze gilt auch für Bezieher von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit (§ 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V).

Dieser Betrag gilt ausdrücklich "**für die gesamte Bedarfsgemeinschaft**". Für Bedarfsgemeinschaften aus mehreren Personen (Ehepaare, Familien) sind also ebenfalls nur 1 % bzw. 2 % des Regelsatzes des Haushaltsvorstands zu berücksichtigen (§ 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V). Auch in Fall des Sozialhilfebezugs nur eines einzigen Angehörigen (z.B. Kindes) ist die Befreiung für alle Angehörigen

⁶ Dazu ausführlich Classen, Eckpunkte zur Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc

der Bedarfsgemeinschaft auszusprechen, sobald die Summe der von allen Angehörigen geleisteten Zuzahlungen die Härtegrenze erreicht hat.

Kinder unter 18 Jahren sind von den Zuzahlungen befreit. Eine Ausnahme gilt für die kieferorthopädische Behandlung, § 29 SGB V. Die dort als Zuzahlung verlangten Beträge sind jedoch ebenfalls im Rahmen der 2 % Härteregelung zu berücksichtigen, wodurch die Zuzahlung ggf. ganz entfällt, wenn bereits eine Befreiung vorliegt.

Es empfiehlt sich, alle **Quittungen für Zuzahlungen** aufzubewahren. Sobald der Alleinstehende bzw. die Bedarfsgemeinschaft die Höchstgrenze von 2 % von 296,00 Euro Regelsatz = **71,04 Euro** bzw. 1 % = 35,52 Euro (Betrag für 2004 für die den meisten alten Bundesländer⁷) erreicht hat, kann bei der Krankenkasse (ggf. für die Bedarfsgemeinschaft) die Befreiung für das restliche Kalenderjahr beantragt werden. Die Quittungen müssen mit dem Antrag vorgelegt werden!

Bereits **überzahlte Beträge** sind in diesem Fall von der Krankenkasse zu erstatten (Beispiel: Zuzahlungsgrenze 71,04 Euro, Summe der bereits geleisteten Zuzahlungen = 80 Euro. Die Krankenkasse muss die Befreiungsbescheinigung erteilen und 8,96 Euro an den Leistungsberechtigten auszahlen).

Beim **SGB II** haben die Gesetzesschreiber zunächst die Gesundheitsform übersehen und in Artikel 5 Hartz IV Gesetz Empfänger der Grundsicherung für Arbeitssuchende - wie bisher Arbeitslosenhilfempänger - von Zuzahlungen vollständig befreit. Gemäß Artikel 4 Optionsgesetz zum SGB II soll dieser Fehler repariert werden.⁸ Auch für Empfänger von Leistungen zum Lebensunterhalt nach SGB II sind dann als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur 2 % des Regelsatzes des Haushaltsvorstandes nach § 20 Abs. 2 SGB II (= 82,80 Euro ab 1.1.2005) maßgeblich.

Chroniker-Richtlinien zur Härteklausele

Schwerwiegend chronisch Kranke (bzw. Bedarfsgemeinschaften mit mindestens einem schwerwiegend chronisch kranken Mitglied) müssen nur 1 % des Regelsatzes des Haushaltsvorstandes = 35,52 Euro zuzahlen.

Vgl. dazu die "Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V".⁹ Eine Krankheit gilt demnach als schwerwiegend chronisch, wenn sie **wenigstens ein Jahr** lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- die Erforderlichkeit einer kontinuierlichen ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege oder Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine **lebensbedrohliche Verschlimmerung**, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der schwerwiegende chronische Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist, oder
- ein **Grad der Behinderung** (GdB) von mindestens 60 oder MdE von mindestens 60%, wobei der GdB bzw. die MdE auch durch die schwerwiegende chronische Krankheit begründet sein muss, oder

⁷ vgl. Classen, Tabellen Grundleistungsbeträge nach AsylbLG und Regelsätze nach BSHG
http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/AsylbLG_BSHG_Betraege010703.pdf

Zum 1.1.2005 erhöht sich die Zuzahlung auf 2 % des - dann auch einmaligen Beihilfen enthaltenden - Regelsatzes nach SGB II / XII von 345.- Euro = 82,80 Euro Zuzahlungsgrenze.

⁸ Referentenentwurf Optionsgesetz Stand 01.03.2004, www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik

⁹ beschlossen vom "Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen", Bundesanzeiger v. 28.01.2004,
http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/richtl_ba_aek.htm

Die Richtlinie erscheint problematisch, weil sie über das Gesetz hinausgehende Einschränkungen vornimmt, u.a. dass eine Erkrankung frühestens nach 12 Monaten als "chronisch" gelten kann.

- **Pflegebedürftigkeit** mindestens der Stufe 2 im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI).

Die Krankenkasse trifft auf Antrag des Versicherten die Feststellung, dass er an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet. Die Dauerbehandlung ist durch ärztliche Bescheinigung mit Diagnose nachzuweisen.

Sozialhilfeberechtigte, die keinen Regelsatz erhalten (Taschengeldempfänger u.a.)

Manche Sozialhilfeberechtigte verfügen nur sehr begrenzt über Bargeld und können die Zuzahlungen und Eigenleistungen schon deshalb kaum oder gar nicht leisten. Sie wurden vom Gesetzgeber bei der Härteregelung scheinbar "vergessen". Dies betrifft z.B.

- in "**Einrichtungen**" lebende Menschen (Heimbewohner, Behinderte, Menschen in Krankenhäusern etc.). Diese erhalten oft nur 30 % des Regelsatzes als "Taschengeld" bzw. Barbetrag nach § 21 BSHG (= 88,80 Euro/Monat),¹⁰
- in **Gemeinschaftsunterkünften** lebende Flüchtlinge, die nach § 2 Abs. 2 AsylbLG mancherorts (Ba-Wü u.a.) mit Sachleistungen (Lebensmittelpakete usw) schikaniert werden. Sie haben ebenfalls nur ein geringes "Taschengeld" zur Verfügung.
- Leistungsberechtigte, deren **Sozialhilfe** z.B. wegen fehlender Mitwirkung oder mangelnder Arbeitsbereitschaft **gekürzt** wurde. In den Fällen der §§ 25a BSHG und 31 SGB II kann der Leistungsberechtigte auch bei künftiger Mitwirkung nicht sofort die volle Sozialhilfe erhalten. Zudem stellt sich die Frage, auf welche Weise er bei Krankheit seine Arbeitsbereitschaft unter Beweis stellen kann.
- **Wohnsitzlose** erhalten den Sozialhilfesatz oft nur tageweise ausgezahlt (= 9,86 Euro/Tag) und sind bereits deshalb zu Zuzahlungen und Eigenleistungen nicht in der Lage.

In allen genannten Fällen kann die in bar erhaltene Sozialhilfe durch die Zuzahlungen weitgehend oder sogar vollständig verbraucht werden, soweit sie überhaupt reicht. Eigenleistungen sind schon gar nicht möglich.

Mitglieder einer Krankenversicherung

Das Erstattungsverfahren nach § 264 SGB V beinhaltet keine echte "Mitgliedschaft" in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Zeiten zählen daher nicht als Anwartschaft für die freiwillige Krankenversicherung nach § 9 SGB V. Auch die Regelung über die Familienversicherung (§ 10 SGB V) findet im Rahmen des § 264 SGB V keine Anwendung. Mitglieder der sozialhilferechtlichen "Bedarfsgemeinschaft" im Sinne des § 11 BSHG sind aber ggf. über § 264 SGB V ebenfalls "versichert" (§ 264 Abs. 3 und 4 SGB V). Für den Anspruch der gesamten Bedarfsgemeinschaft auf Versicherung nach § 264 SGB V reicht es demnach, dass ein Mitglied der Bedarfsgemeinschaft einen Anspruch auf (ergänzende) Sozialhilfe geltend macht.

Als Mitglieder einer Krankenversicherung gelten demgegenüber **Pflichtversicherte** (§ 5 SGB V, z.B. Arbeitnehmer, Rentner, Studierende, Empfänger von Arbeitslosenunterstützung), Familienversicherte (§ 10 SGB V, Ehepartner, Kinder ohne eigenes Einkommen) sowie freiwillig Weiterversicherte (§ 9 SGB V).

Ab dem 1.1.2005 sieht § 5 SGB V auch eine Pflichtmitgliedschaft für Bezieher der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem **SGB II** vor. Die "Versicherung" nach § 264 SGB V wird demgegenüber für Bezieher der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit (ab 1.1.2005 im Vierten Abschnitt des SGB XII enthalten), für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG sowie für die (wenigen) Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII weiter gelten.

¹⁰ Für Bewohner von "Einrichtungen" (nicht jedoch für die anderen o.g. Personengruppen) wurde zum 1.1.2005 in § 35 SGB XII die Möglichkeit geschaffen, dass das Sozialamt mit Einverständnis des Leistungsberechtigten zu Jahresbeginn einen Betrag in Höhe der maximalen Zuzahlungen an die Krankenkasse leistet und dafür das monatliche Taschengeld entsprechend kürzt. Die Krankenkasse stellt dann zum 1. Januar die Zuzahlungsbefreiung für das kommende Jahr an den Leistungsberechtigten aus (Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch, vom 09.12.04, BGBl. I, 3305).

Mitglieder einer Krankenversicherung können auf Sozialhilfe oder Leistungen nach AsylbLG angewiesen sein. Im Rahmen der Sozialhilfe oder der Leistungen nach § 2 AsylbLG muss (§ 13 BSHG / § 32 SGB XII), im Rahmen des AsylbLG kann (§ 6 AsylbLG)¹¹ dann der **Krankenversicherungsbeitrag** vom Sozialamt zusätzlich zu den übrigen Sozialhilfeleistungen übernommen werden. Die Zuzahlungs- und Härteregelnungen entsprechen dann im Grundsatz den o.g. geltenden Regelungen für Sozialhilfeberechtigte.

Allerdings müssen Versicherte, die keine Sozialhilfe beziehen, 2 % ihres gesamten Bruttoeinkommens (und nicht nur 2 % des Sozialhilfeeinkommens) zuzahlen, wobei Einkommensermäßigungen für Haushaltsangehörige gelten. Daraus ergeben sich einige Probleme:

- Personen mit nur knapp über der Sozialhilfe liegendem Einkommen werden besonders hart belastet,
- der Gesetzgeber hat vergessen, eine Befreiungsregelung für (z.B. erwerbstätige) krankenversicherte Leistungsberechtigte nach §§ 3- 7 AsylbLG zu treffen. Laut Gesetz wären bis zu 2 % der Asylbewerberleistungen zuzuzahlen. Dieser Betrag kann aber kaum aus den Grundleistungen nach § 3 gedeckt werden, zumal diese überwiegend als Sachleistungen gewährt werden.

Prinzip Aufschieben statt Vorsorge

Im Bereich der medizinischen Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen machen die Zuzahlungen massive Probleme. Wenn als Zuzahlung 10 Euro verlangt werden, ist das ein erheblicher Anteil des verfügbaren Budgets. In der Beratungspraxis ist zu beobachten, dass Sozialhilfeberechtigte in Folge der "Gesundheitsreform" dazu tendieren, Arztbesuche möglichst aufschieben und auch dringend nötige Behandlungen zu verschleppen. Dass Vorsorge zuzahlungsfrei ist, hilft nicht weiter, da der Patient immer damit rechnen muss, dass der Arzt irgendetwas "findet" und deshalb die Zuzahlung verlangt.

Bislang galt Vorsorge als Möglichkeit, Krankheit zu verhindern und Kosten zu sparen. Nunmehr tritt in Folge der Reform an Stelle der Vorsorge das Prinzip des Aufschiebens und Verschleppens.

Nicht zuletzt durch die Erfahrungen mit den Einschränkungen durch §§ 4 und 6 AsylbLG sollte inzwischen hinreichend nachgewiesen sein, dass durch Einschränkungen und Aufschieben notwendiger Krankenbehandlungen finanzielle Einsparungen nicht zu erzielen sind. Vor allem aber verstößt das Prinzip des Verschleppens notwendiger Krankenbehandlung gegen die Menschenwürde und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit.

Eigenleistungen, die aus dem Sozialhilfesatz nicht finanzierbar sind

Neben den Zuzahlungen beinhaltet die "Gesundheitsreform" ein noch gravierenderes Problem: Zahlreiche Krankenbehandlungsbedarfe werden von der gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt nicht mehr geleistet. Zugleich wurde bestimmt, dass auch Sozialhilfeberechtigte diese Leistungen - zusätzlich zu den "Zuzahlungen" - aus ihrem Sozialhilfeeinkommen bezahlen sollen!

Bisher musste das Sozialamt im Rahmen der Krankenhilfe erforderlichenfalls ergänzende Leistungen zur Leistung der Krankenkasse erbringen, um eine bedarfsdeckende medizinische Versorgung sicherzustellen. Durch die mit der Gesundheitsreform erfolgte ersatzlose **Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG**, wonach die Krankenhilfe *"den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen (musste), wenn finanzielle Eigenleistungen der Versicherten ... vorgesehen sind"*, ist dies ab 1.1.2004 nicht mehr möglich.

¹¹ So die Praxis im Hamburg, Fachliche Weisung SR 1/96 AsylbLG der BAGS Hamburg, GK AsylbLG IV 6.3.

Zusätzlich zu den Zuzahlungen von bis zu 71,04 Euro im Jahr sollen Sozialhilfeberechtigte zahlreiche im Krankenversicherungsrecht gestrichene Leistungen aus ihrem Sozialhilfesatz bezahlen (im folgenden als "**Eigenleistungen**" bezeichnet), darunter

- Brillen und Kontaktlinsen für Personen ab 18 Jahren (Streichung im SGB V, Ausnahme: Blinde und schwerst Sehbehinderte), Pflegemittel für medizinisch notwendige Kontaktlinsen,
- Hörgerätebatterien; Stromkosten für Laden des Elektrorollstuhls; ggf. Hilfen für Suchtkranke (soweit nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG),
- die Kosten für medizinisch notwendige nicht verschreibungspflichtige Medikamente (Streichung im SGB V, Ausnahme: Kinder bis 12 Jahre,
- notwendige Dolmetscherkosten für komplizierte Behandlungen sprachunkundiger sozialhilfeberechtigter Ausländer (Dolmetscherkosten wurden von der Krankenkasse auch bisher nicht getragen, nach der Rspr. des BVerwG¹² musste das Sozialamt aber leisten. Beispiel: Aufklärung vor Operationen oder Schwangerschaftsabbruch; Psychotherapien; vgl. die Gesetzesbegründung zur erst 2001 erfolgten Neufassung des § 38 Abs. 2 BSHG),
- die Kosten von (ggf. regelmäßig) notwendigen Fahrten mit dem ÖPNV zur ambulanten Behandlung beim (Fach)arzt, Krankenhaus, Psychotherapie usw. (Leistung der Krankenversicherung ab 1.1.2004 erheblich eingeschränkt, siehe weiter unten). Beispiel: dünn besiedelte ländliche Region, nächster/nächstes zur Behandlung geeigneter/es fachkundiger/es Arzt bzw. Krankenhaus ist 80 km entfernt....,
- die Kosten einer zur Verhütungszwecken gewünschten Sterilisation (Streichung im BSHG und SGB V, Ausnahme: Sterilisation aus medizinisch zwingenden Gründen),
- der - unabhängig vom Einkommen - in § 27a Abs. 3 SGB V mit regelmäßig 50% der Kosten festgelegte Eigenanteil einer künstlichen Befruchtung, der selbst zu tragender Anteil beträgt dabei ca. 3000,- Euro,
- gestrichen wurde im Sozialhilfe- und im Krankenversicherungsrecht das einmalige Entbindungsgeld von 77,- Euro für Mütter, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben (Streichung im BSHG und der RVO).

Bereits die Summe der notwendigen Fahrtkosten zur medizinischen Behandlung kann in ländlichen Regionen den Sozialhilfesatz zu wesentlichen Teilen aufbrauchen. Dies gilt umso mehr, wenn weitere der o.g. Bedarfe hinzukommen. Wegen des Erfordernisses sprachkundiger Behandler einerseits und der "Verteilung" in Unterkünfte in sehr ländlichen Regionen andererseits sind Flüchtlinge hiervon in besonderem Maße betroffen.

Da die genannten Bedarfe im Einzelfall eine Höhe erreichen können, die aus dem Sozialhilferegelsatz nicht mehr zu zahlen ist, dürfte die ergänzende Sozialhilfeleistungen verbietende Neuregelung verfassungswidrig sein, weil sie das Bedarfsdeckungsprinzip verletzt und gegen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Menschenwürde und das Sozialstaatsgebot verstößt.

Bedarfsdeckungsgrundsatz in der Krankenhilfe gestrichen

Völlig unbeachtet gelassen hat der Gesetzgeber der Gesundheitsreform die seit Jahren entwickelte Rechtsprechung zum BSHG, wonach die Sozialhilfe immer bedarfsdeckend sein und deshalb die Krankenhilfeleistungen des Sozialamtes im Einzelfall (auch als "ergänzende" Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte!) auch über die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen des SGB V hinausgehen müssen.

Ein Beispiel sind die auch von Sozialhilfeempfängern verlangten Zuzahlungen bei der stationären Krankenhausbehandlung, die zwar nicht von der Krankenversicherung, wohl aber vom Sozialamt übernommen werden mussten (BVerwG vom 30.09.1993, FEVS 44, 313).

Die bis 30.06.2001 geltende Fassung des **§ 37 BSHG** bestimmte, dass die Krankenhilfe nach BSHG "*in der Regel*" den Leistungen der Krankenversicherung nach dem SGB V entsprechen soll. Das BVerwG stellte fest, dass "in der Regel" für Sozialhilfeempfänger nicht "weniger", sondern jedenfalls im Falle der Zuzahlung im Krankenhaus ein "mehr" gegenüber Krankenversicherten bedeutet.

¹² BVerwG 5 C 20.95 v. 25.01.96, NJW 1996, 3092: Dolmetscherkosten als Krankenhilfe nach § 37 BSHG

Diese Rechtsprechung war Anlass für die im Rahmen des Artikel 15 des Gesetzes zur Einführung des SGB IX (Gesetz zur Eingliederung Behinderter) zum 01.07.2001 erfolgte Verankerung des Bedarfsdeckungsgrundsatzes für den Bereich der Krankenhilfe im - zum 1.1.2004 ersatzlos gestrichenen - **§ 38 Abs. 2 BSHG**:

"(2) Hilfen nach diesem Unterabschnitt müssen den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen, wenn finanzielle Eigenleistungen der Versicherten, insbesondere

1. die Zahlung von Zuschüssen,
2. die Übernahme nur eines Teils der Kosten,
3. eine Zuzahlung der Versicherten

vorgesehen sind und nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollständige oder teilweise Befreiung durch die Krankenkasse nicht erfolgt; dies gilt für Betriebsmittelkosten bei Hilfsmitteln entsprechend. Notwendige Kosten für Fahrten einschließlich Krankentransportleistungen werden entsprechend § 60 Abs. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übernommen."

Die nunmehr entbehrlichen Worte "in der Regel" in § 37 BSHG wurden gestrichen. Aufschlussreich ist die **Begründung** zu § 38 Abs. 2 BSHG, die als Beispiele für die Pflicht des Sozialamtes zur vollständigen Übernahme der notwendigen Krankenbehandlungskosten die Kosten von Brillengestellen sowie Dolmetscherkosten nennt¹³

Absatz 2 regelt die notwendigen Ausnahmen, in denen die Hilfen nach diesem Unterabschnitt über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen müssen. Diese aufgeführten Ausnahmen entsprechen den Fällen, in denen die Sozialhilfeträger - in unterschiedlicher Praxis - nach dem bisher geltenden Recht Hilfeleistungen gewährt haben, um den notwendigen Bedarf zu decken. Die nicht abschließende Aufzählung verhindert mögliche Lücken in der Hilfestellung. Werden zukünftig Leistungen aus dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, muss zugleich entschieden werden, ob für Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe eine Ausnahmeregelung erforderlich ist.

Mit der neuen Regelung werden der Sozialhilfepraxis klare rechtliche Vorgaben gegeben und es wird verhindert, dass eine Verschlechterung zum geltenden Recht eintritt. Zum Beispiel umfasst nach § 33 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nicht die Kosten des Brillengestells. Die Krankenkasse übernimmt also nur einen "Teil der Kosten" im Sinne der Nr. 2 des ersten Halbsatzes dieses Absatzes, so dass der Träger der Sozialhilfe dem Hilfeempfänger das Brillengestell zur Deckung seines vollständigen Hilfebedarfs zu gewähren hat. Die Übernahme nur eines Teils der Kosten im Sinne des Absatzes 2 Nr. 2 liegt auch dann vor, wenn die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen nicht gewährt, die unabdingbare Voraussetzung zur Durchführung von notwendigen Maßnahmen der Hilfen nach diesem Unterabschnitt sind (z.B. Dolmetscherkosten).

Die enge Anbindung der Leistungsgewährung im Rahmen der Hilfen nach diesem Unterabschnitt an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung schließt nicht aus, dass der Träger der Sozialhilfe im Einzelfall notwendige und angemessene Hilfemaßnahmen abweichend vom Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, wenn diese Maßnahmen kostengünstiger sind (z.B. Gewährung häuslicher Krankenpflege für Wohnungslose anstatt stationärer Behandlung im Krankenhaus). Ob Hilfeleistungen für Suchtkranke (vorbeugende Hilfe für Suchtkranke, Drogen-substitution) beispielsweise Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 39 ff, Hilfen nach diesem Unterabschnitt oder einer anderen Hilfeart zuzuordnen sind, ist wie bisher in jedem Einzelfall zu prüfen; daher bleibt die bisherige rechtliche Behandlung unverändert.

Fahrkosten nur noch ausnahmsweise?

In Folge der Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG fehlt im BSHG seit 1.1.2004 auch der Verweis auf den Abschnitt Fahrkosten des SGB V, so dass - folgt man dem Wortlaut des § 37 BSHG und der VO zu § 22 BSHG - nicht nach § 264 SGB V versicherte Sozialhilfeempfänger (z.B. auch in Notfällen i.S.d. § 121 BSHG) auch Rettungsfahrten aus dem Sozialhilfesatz bezahlen müssten.

¹³ Bundestagsdrucksache 14/5074 vom 16.01.2001, S. 122f.

Dasselbe gilt für nach § 264 SGB V "versicherte" Sozialhilfeberechtigte. § 264 Abs. 4 Satz 1 SGB V verweist für den Umfang der nach § 264 zu erbringenden Leistungen lediglich auf den Leistungskatalog des § 11 Abs. 1 SGB V sowie auf §§ 61 und 62 SGB V. Ein Verweis auf § 60 SGB V (Fahrtkosten) fehlt auch an dieser Stelle.

Zwar kann dem Gesetzgeber der Gesundheitsreform einiges an "Bösartigkeit" unterstellt werden. Dennoch wird es kaum dessen Absicht gewesen sein, eine Regelung zu treffen, nach der sogar der Rettungshubschrauber aus dem Regelsatz zu bezahlen bzw. "anzusparen" ist.

Der Leistungsumfang für die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V ist jedoch derart mangelhaft formuliert, dass dringend Reparatur durch den Gesetzgebers gefordert ist. Dies gilt ebenso den in § 37 BSHG enthaltenen unvollständigen Verweis auf den Leistungsumfang des SGB V. In § 264 Abs. 4 Satz 1 SGB V fehlt auch ein Rechtsgrundlage, nach der von der Krankenkasse Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen werden können, da diese in § 11 Abs. 2 SGB V geregelt sind, auf den § 264 jedoch nicht verweist. Schließlich ist die Übernahme von Leistungen bei Schwangerschaft, zur Entbindung und für Wöchnerinnen nach § 264 nicht geregelt, da auch diese Leistungen nicht in den Teilen des SGB V, auf die § 264 verweist, sondern in §§ 195 - 199 RVO geregelt sind.

Auch wenn man davon ausgeht, dass die Fahrtkostenregelung des § 60 SGB V im Rahmen der Krankenhilfe nach § 37 BSHG sowie der "Krankenversicherung" nach § 264 SGB V Anwendung findet, so werden - insbesondere bei ambulanter Behandlung - Fahrtkosten von der Krankenkasse seit dem 1.1.2004 nur noch ausnahmsweise übernommen. Nach Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG sind darüber hinausgehende Leistungen der Sozialhilfe für Fahrtkosten nicht mehr vorgesehen.

Die Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten nur noch, wenn die Fahrt "aus zwingenden medizinischen Gründen" notwendig ist. Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur noch in Ausnahmefällen übernommen. Wird die Fahrt übernommen, gilt die Zuzahlungsregelung nach § 61 SGB V.

Die **Krankentransport-Richtlinien**¹⁴ des Gemeinsamen Bundesausschusses regeln, dass die Fahrt vom Arzt auf Vordruck zu verordnen ist, wobei der Arzt u.a. das medizinisch notwendige Transportmittel sowie die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt unter Angabe der Diagnose begründen und bei Fahrten zur ambulanten Behandlung den Ausnahmefall (s.u.) angeben muss. Notwendig sind in der Regel nur Fahrten zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Bei Notfällen kann die Fahrt nachträglich verordnet werden.

Rettungsfahrten (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) werden bei entsprechender Indikation verordnet.

Ein **Krankentransport** wird verordnet, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens bedarf. Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Krankenfahrten sind Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen, Behindertenfahrdiensten oder Taxen. Die Verordnung einer Krankenfahrt ist zulässig bei Leistungen, die **stationär** erbracht werden, Fahrten zur vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung, sowie Fahrten zur ambulanten Operation im Krankenhaus oder der Vertragsarztpraxis.

Nur in den folgenden besonderen Ausnahmefällen werden bei zwingender medizinischer Notwendigkeit Krankenfahrten zur **ambulanten Behandlung** übernommen:

- wenn der Patient mit einem Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen sind in der Regel erfüllt bei Dialysebehandlung, onkologischer Strahlentherapie oder onkologischer Chemotherapie.
- wenn der Versicherte als schwerbehindert mit Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" besitzt oder mindestens Pflegestufe 2 gemäß SGB XI eingestuft ist, oder eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt und eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum erforderlich ist.

Da nach der Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG auch im BSHG eine Regelung zur Übernahme der Fahrtkosten bei ambulanter Behandlung fehlt, kann daraus gefolgert werden, dass Kranke - auch mit Gipsbein - jetzt eben 5 oder 50 km oder noch weiter zu Fuss zum Arzt laufen müssen, bis - insbeson-

¹⁴ vom 22.01.04, Bundesanzeiger v. 28.01.2004, http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/richtl_ba_aek.htm

dere in ländlichen Regionen - die nächste entsprechend qualifizierte Behandlungsmöglichkeit erreicht ist. Auch dieses Ergebnis ist verfassungsrechtlich bedenklich.

Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen gefährdet

Während nach der Rechtsprechung zum BSHG und zum AsylbLG auch **Dolmetscherkosten** zu übernehmen sind, wenn sprachkundige Therapeuten nicht verfügbar sind, ist dies nach der Rechtsprechung zum Krankenversicherungsrecht nicht möglich.¹⁵

Gravierender ist, dass - anders als beim Sozialamt - mit der Krankenkasse nur noch von der Kasse anerkannte sog. "**Vertragspsychotherapeuten**" psychotherapeutische Leistungen abrechnen können. Die Kassenzulassung setzt zusätzlich zur Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz nach § 95 SGB V in Verbindung mit den vom "gemeinsamen Bundesausschuss" nach § 91 SGB V erlassenen "Psychotherapierichtlinien" u.a. voraus, dass die Therapie in den Disziplinen Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie oder Verhaltenstherapie erfolgt.

Bis zum 1.1.2004 war für Sozialämter im Rahmen der Krankenhilfe nach § 37 BSHG eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz ausreichend, auf die Therapierichtung kam es nicht an. Dies hatte zur Folge, dass Flüchtlingen eine weitaus größere Anzahl von Behandlern/innen zur Verfügung stand. Die wenigen überhaupt mit Flüchtlingen arbeitenden (über interkulturelle Kompetenz verfügenden, ggf. auch sprachkundigen...) Therapeut/innen mussten mangels Kassenzulassung in Folge der neuen "Krankenversicherung" nach § 264 SGB V vielfach die Therapien zum 1.1.2004 unvermittelt abbrechen.

Dass sprachkundige Psychotherapeuten nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen hängt auch damit zusammen, dass ausländischen Therapeuten trotz entsprechender Qualifikation die Berufsausübung in Deutschland in der Regel verboten ist, weil das **Psychotherapeutengesetz** von 1998 in Anlehnung an die aus 1935 stammende ärztliche Berufsordnung als Voraussetzung der Approbation in der Regel die deutsche Staatsangehörigkeit oder die eines EU-Landes fordert.¹⁶

Für das Problem existiert im Rahmen des BSHG bzw. § 2 AsylbLG eine Lösungsmöglichkeit: Die Therapien können fortgesetzt werden, wenn die Leistung im Rahmen der "**Eingliederungshilfe**" nach § 39 ff. BSHG direkt vom Sozialamt finanziert wird. Dies wird etwa beim Sozialamt Berlin-Kreuzberg praktiziert. Diese Lösung ist auch deshalb von Vorteil, weil für das Sozialamt der im Rahmen der Versorgung nach § 264 SGB V bei der Abrechnung mit der Krankenkasse anfallende 5 % "Verwaltungskostenzuschlag entfällt. Zudem kann das Sozialamt auf eine größere Zahl fach- und ggf. auch sprachkundiger Therapeuten zurückgreifen, Dolmetscher sind verzichtbar. Dringend notwendige, fachkompetente Therapien durch vertraute Behandler können fortgesetzt und Kosten für stationäre Psychiatraufenthalte vermieden werden.

Für Psychotherapien im Rahmen der Krankenbehandlung nach §§ 4 und 6 AsylbLG können nach der **Rechtsprechung** im begründeten Einzelfall Therapiekosten, Fahrtkosten zur Psychotherapie und in diesem Zusammenhang erforderliche Dolmetscherkosten, aber auch Leistungen der Eingliederungshilfe übernommen werden, sofern diese Hilfen "zur Behandlung einer akuten Krankheit erforderlich" - § 4 AsylbLG - oder "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sind - § 6 AsylbLG. Vgl. etwa zu Fahrtkosten zur Psychotherapie nach §§ 4 und 6 AsylbLG OVG Berlin 6 S 49.98 v. 03.04.01; zur Eingliederungshilfe nach § 6 AsylbLG OVG Schleswig 98/98 v. 9.9.98, FEVS 1999, 325.¹⁷ Was aber schon nach §§ 4 und 6 AsylbLG möglich ist, muss umso mehr nach § 39ff. BSHG gelten, auch wenn gemäß

¹⁵ BVerwG a.a.O.; OVG Niedersachsen 4 MA 1/02 v. 11.01.02, NVwZ-Beilage 2002, 49 zu Dolmetscherkosten für Psychotherapie als Eingliederungshilfe nach § 2 AsylbLG i.V.m. § 39 BSHG.

¹⁶ vgl. dazu Franz, Benachteiligung der ausländischen Wohnbevölkerung, in: Barwig et al. (Hrsg.), Vom Ausländer zum Bürger: Problemanzeigen im Ausländer-, Asyl-, und Staatsangehörigkeitsrecht, Baden-Baden 1994, S.615, 651ff

¹⁷ Diese und weitere Entscheidungen zur Krankenhilfe nach AsylbLG und BSHG sind dokumentiert in Classen, Eckpunkte zur Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, a.a.O.

§ 120 Abs. 1 BSHG die Eingliederungshilfe für Ausländer grundsätzlich nur eine "Ermessensleistung" ist¹⁸.

Zuzahlungen und Eigenleistungen im Sozialhilferegelsatz enthalten?

Der Gesetzgeber hat in Artikel 28 Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eine Änderung der Regelsatzverordnung vorgenommen, wonach der Sozialhilferegelsatz ab 1.1.2004 auch sämtliche Kosten bei Krankheit enthalten soll, soweit diese Kosten nicht nach §§ 36 bis 38 BSHG (=Hilfe bei Krankheit) übernommen werden. Nach dem Wortlaut der Änderung sind sowohl die Zuzahlungen von bis zu 71 Euro/Jahr als auch sämtlich der Höhe nach gänzlich unbegrenzten Eigenleistungen (etwa für Fahrtkosten, nicht verschreibungspflichtige Medikamente etc. etc.) im Regelsatz enthalten. Die Höhe des Regelsatzes blieb jedoch unverändert.

§ 1 Abs. 1 Regelsatzverordnung (VO zu § 22 BSHG) bestimmt, welche Bedarfe durch den Sozialhilferegelsatz abgedeckt sind, wobei der (hier unterstrichene) letzte Satzteil durch das GMG hinzugefügt wurde:

"Die Regelsätze umfassen die laufenden Leistungen für Ernährung, hauswirtschaftlichen Bedarf einschließlich Haushaltsenergie sowie für persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Dazu gehören auch die laufenden Leistungen für die Beschaffung von Wäsche und Hausrat von geringem Anschaffungswert, für die Instandsetzung von Kleidung, Schuhen und Hausrat in kleinerem Umfang, für Körperpflege, für Reinigung sowie die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorübergehender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 des Gesetzes übernommen werden."

Zwar ist eine Erhöhung des Regelsatzes bei einem aufgrund der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles abweichendem fortlaufendem Bedarf ("Sonderbedarf", § 22 Abs. 1 S. 2 BSHG) grundsätzlich möglich. Bei den Zuzahlungen dürfte es sich - da sie allgemein verlangt werden - jedoch um keinen derartigen atypischen "Sonderbedarf" handeln. Was definitionsgemäß bereits im Regelsatz enthalten ist, kann nach der Systematik des BSHG aber auch nicht mehr als zusätzliche "einmalige Beihilfe" (§ 21 BSHG) übernommen werden.

Die Begründung des GMG¹⁹ macht deutlich, dass der Gesetzgeber zwar die Zuzahlungen, nicht unbedingt jedoch auch die (der Höhe nach unbegrenzten und deshalb über einen Regelsatz nicht zu finanzierenden) Eigenleistungen im Regelsatz unterbringen wollte. Jedenfalls hat er das (gravierendere..) Problem der Eigenleistungen erkennbar nicht bedacht. In der Begründung ist nämlich ausschließlich von Zuzahlungen die Rede:

Begründung zu Artikel 29 GMG (Änderung der Regelsatzverordnung)
"Folgeänderung auf Grund der Streichung von § 38 Abs. 2 BSHG. Mit der Neufassung wird geregelt, dass die Zuzahlungen aus dem Regelsatz zu decken sind."

Begründung zu Artikel 28 Nr. 4 GMG (Streichung § 38 Abs. 2 BSHG)
"Auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für Sozialhilfeempfänger im Neunten Abschnitt des SGB V musste § 38 Abs. 2 BSHG gestrichen werden. Damit werden Sozialhilfeempfänger bei den Zuzahlungen den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen."

Es ist daher davon auszugehen, dass dem Gesetzgeber die Tragweite der vorgenommenen Änderungen nicht bewusst war. Während die Finanzierung der Zuzahlungen über den Regelsatz für Kranke "nur" eine Kürzung der Sozialhilfe um 2 % gegenüber dem Gesunden zur Verfügung stehenden Regelsatz bedeutet, kann die Finanzierung auch der Eigenleistungen aus dem Regelsatz zu einer Kürzung der verfügbaren Existenzmittel bis auf Null führen. Zweierlei Existenzminima - eines für Gesunde

¹⁸ § 23 Abs. 1 SGB XII bestimmt ab 01.01.2005 einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe für Ausländer mit auf Dauer angelegtem Aufenthalt

¹⁹ Bundestagsdrucksache 15/1525 v. 08.09.2003, Seite 167

und eines für Kranke - kann und darf es nach dem Sozialstaatsprinzip jedoch nicht geben.²⁰

Die Zuzahlungen und noch mehr die Eigenleistungen sind - abhängig vom Gesundheitszustand - individuell sehr unterschiedlich. Schon deshalb können sie über einen zur Sicherung des Existenzminimums bestimmten Sozialhilfe"regel"satz nicht quasi "nebenbei" mit abgedeckt werden. Die Neuregelung verstößt daher gegen das Sozialstaatsprinzip, den Gleichheitsgrundsatz sowie den in § 3 BSHG (noch...) enthaltenden Bedarfsdeckungs- und Individualisierungsgrundsatz.

Krankenhilfe auf Kredit - Sozialhilfekürzung bei Krankheit?

Die Begründung versucht, für Sozialhilfeberechtigte eine Finanzierung der Zuzahlungen mit Hilfe von **Darlehen** sicherzustellen, wenn davon die Rede ist, dass Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen können, wenn die Belastungsgrenze innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht ist. Da das Darlehen mit künftigen Sozialhilfezahlungen verrechnet werden soll, bedeutet dies im Ergebnis jedoch eine Kürzung der Sozialhilfe und damit eine rechtlich fragwürdige Sanktion von Krankheit.

Das BMGS schlägt in einem Bericht an den Gesundheitsausschuss zur Umsetzung des GMG bei Sozialhilfeempfängern²¹ vor, dass Heimbetreiber die Zuzahlungen der Heimbewohner bis zur Belastungsgrenze vorab an die Krankenkasse entrichten und diese dann "sukzessive mit dem von ihnen ausgezahlten Taschengeld verrechnen" sollen. Eine ähnliche Regelung wird für Obdachlose vorgeschlagen, für die der Sozialhilfeträger die Zuzahlung vorab an die Krankenkasse entrichten und so dann die Sozialhilfe entsprechend kürzen sollen.

Folge ist zunächst eine Kürzung des Sozialhilferegelsatzes bei Krankheit um bis zu 2 %. Die in der Begründung angeführte Belastungsgrenze nach § 62 SGB V bezieht sich nämlich ausschließlich auf die Zuzahlungen, nicht jedoch auf die von der Krankenversicherung und Sozialhilfe nicht mehr übernommenen **Eigenleistungen** (z.B. Fahrkosten, nicht verschreibungspflichtige Medikamente), die ein vielfaches der Zuzahlungen betragen können. Offen bleibt daher in der Gesetzesbegründung, wie die Eigenleistungen zu finanzieren sind.

Nach Berichten aus der Praxis versuchen die **Sozialämter**, auch die Eigenleistungen über die Bewilligung von Darlehen und eine langandauernde Sozialhilfekürzung zu finanzieren.²² Je kränker der Leistungsberechtigte, umso einschneidender wäre im Ergebnis die Kürzung seiner Sozialhilfe.

Sozialhilfe auf Darlehensbasis ist nach entsprechenden Ermessensabwägungen nur in wenigen Ausnahmen möglich, etwa nach §§ 15a (Mietschuldenübernahme), 15 b (Sozialhilfe als kurzfristige Überbrückungshilfe), 26 (Sozialhilfe für Auszubildende in Härtefällen), setzt aber immer die Fähigkeit des Darlehensnehmers zur Rückzahlung in absehbarer Zeit voraus. Eine Darlehensvergabe ist jedoch rechtsmissbräuchlich, ebenso wie nach den von Kreditinstituten zu beachtenden Grundsätzen, wenn

²⁰ Dies sieht das BVerwG für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG zwar anders (BVerwG 5 B 82.97 v. 29.9.98, NVwZ 1999, 669), begründet das jedoch mit dem typischerweise nur vorübergehendem Aufenthalt und deshalb nur geringerem Integrationsbedarf des nach AsylbLG leistungsberechtigten Personenkreises. Eine derartige Typisierung lässt sich jedoch auf die Personenkreise Kranke/Gesunde nicht übertragen, schon gar nicht wenn im Ergebnis für Kranke ein geringer Lebensunterhaltsbedarf als für Gesunde angenommen wird.

²¹ Schreiben des BMGS, Staatssekretär Schröder, "Bericht an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages zur Umsetzung des GMG bei Sozialhilfeempfängern", Ausschuss-Drs. 0496 v. 26.02.04, http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/2_service/13_ausschuss_15_0496.pdf
Abstrus sind die Vorstellungen des BMGS zur Vermeidung einer "Besserstellung" von Obdachlosen, die "als nicht Sesshafte umherziehen", deshalb keine Versichertenkarte nach § 264 SGB V erhalten und Krankenhilfe nach § 37 BSHG beanspruchen können. Sie müssen - mangels Grundlage im BSHG - dann auch keine Zuzahlungen leisten. Deshalb solle das Sozialamt diesen Obdachlosen unter Berufung auf § 37 BSHG und die "Gleichbehandlung" die laufenden Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt entsprechend kürzen.

²² die Sozialämter führen als mögliche Rechtsgrundlagen für das Darlehen §§ 15a, 15b oder auch §27 Abs. 2 BSHG an. Auf § 27 Abs. 2 BSHG verweist die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin mit Rundschreiben I Nr. 5 /2004 vom 16.02.2004. Zwar lässt das Berliner Rundschreiben offen, wovon das Darlehen zurückzuzahlen ist, es wird von den Sachbearbeitern aber so verstanden, dass die Rückzahlung per Kürzung der Sozialhilfe gemeint ist.

man den Berechtigten zwingt, Zahlungsverpflichtungen einzugehen, zu deren Erfüllung er absehbar gar nicht in der Lage ist.

Etwas anderes gilt im Sozialhilferecht allenfalls dann, wenn eine Rückforderung aufgrund durch falsche Angaben erschlichener Sozialhilfe besteht, oder aufgrund nicht bestimmungsgemäßer Verwendung der Sozialhilfe die Hilfe doppelt gewährt werden musste. Nur dann darf eine Rückzahlung aus dem Regelsatz gefordert werden, wobei jedoch immer der zum Lebensunterhalt unerlässliche Bedarf gesichert bleiben muss und die Rückzahlung auf zwei Jahre begrenzt ist (§ 25a BSHG). Hier liegt jedoch ein Tatbestand missbräuchlichen Verhaltens zu Grunde, was mit dem Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nicht vergleichbar ist.

Die Finanzierung der "Eigenleistungen" mit Hilfe von im Rahmen der Sozialhilfe gewährter Darlehen dürfte daher **unzulässig** sein, weil

- sie das Existenzminimum gefährdet und deshalb gegen das Sozialstaatsprinzip und den Gleichheitsgrundsatz verstößt,
- sie Krankheit unzulässig sanktioniert, was ebenfalls gegen das Sozialstaatsprinzip verstößt,
- sie gegen Grundsätze des Sozialhilfe- und Kreditrechts verstößt, da die Darlehensnehmer zur Rückzahlung absehbar gar nicht fähig sind

Beihilfen bei Krankheit in verfassungskonformer Auslegung

Als Lösung kommen zur Finanzierung von aus dem Regelsatz nicht tragbarer **Eigenleistungen** bei Krankheit nicht rückzahlbare Beihilfen in Form "einmaliger Beihilfen" oder "sonstiger Hilfe in besonderen Lebenslagen" bzw. bei laufendem Krankheitsbedarf eines Regelsatzzuschlags als individuellem "Sonderbedarf" in Frage.

Diese Leistungen sind, obwohl sie nach dem Wortlaut des BSHG in der durch das GMG geänderten, seit 1.1.2004 geltenden Fassung nicht mehr vorgesehen sind - in verfassungskonformer Auslegung des Sozialhilferechts und der Regelungen zur Gesundheitsreform - in entsprechender Anwendung der Regelungen des §§ 21, 22 und/oder 27 Abs. 2 BSHG bzw. ab 1.1.2005 der §§ 28, 31, 73 SGB XII vom Sozialhilfeträger zu erbringen.

Da die **Zuzahlungen** betragsmäßig begrenzt und aus dem Regelsatz ohne Gefährdung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums im Regelfall noch tragbar sein dürften, stellt sich hier - ebenso wie bei Eigenleistungen in nur geringfügigem Umfang - die Situation etwas anders dar. Auch insoweit stellt sich aber die Frage der Verfassungsmäßigkeit, da durch die Zuzahlungen das sozialhilferechtliche Existenzminimum für Kranke - wenn auch nur um 2 % - unter das für Gesunde geltende Existenzminimum abgesenkt wurde.²³

Es bleibt zu hoffen, dass die Rechtsprechung die gravierenden Lücken in der medizinischen Versorgung von Sozialhilfeberechtigten in verfassungskonformer Auslegung der Rechtslage alsbald klärt und auch der Gesetzgeber seine Fehler umgehend korrigiert. Die Rückkehr zur einer solidarischen Krankenversicherung auch und gerade für sozial Benachteiligte, zumindest aber die Wiedereinführung des § 38 Abs. 2 BSHG in der bisher geltenden Form ist dringend geboten, um eine verfassungskonforme und bedarfsdeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.

Änderungen zum 1.1.2005

An der dargestellten Rechtslage und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen ändert sich mit dem Inkrafttreten des SGB II und SGB XII und dem Außerkrafttreten des BSHG zum 01.01.2005 grundsätz-

²³ zu Strategien des praktischen Umgangs mit den Bedarfsdeckungslücken der Gesundheitsreform vgl die Beiträge "Hinweise zum GMG" von Peter Niemann, Diakonisches Werk Münster, archiviert bei <http://www.tacheles-sozialhilfe.de> sowie "Umgang mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz", Fachverband Evangelische Obdachlosenhilfe, <http://www.evangelische-obdachlosenhilfe.de>

lich nichts. Allerdings werden die dann zur Deckung des Bedarfs an Hilfe bei Krankheit verfügbaren rechtlichen Instrumentarien noch prekärer.

Das **SGB II** (Grundsicherung für Arbeitssuchende) sieht - in auch für andere Bedarfssituationen verfassungsrechtlich fragwürdiger Weise - die Gewährung einmaliger Beihilfen (mit Ausnahme von Erstausstattung für Hausrat oder Kleidung sowie von Klassenfahrten) nur noch in Form von Darlehen und die rechtlich zwingende Aufrechnung der gewährten Beihilfe mit dem Regelsatz vor, also eine Leistungskürzung (§ 23 Abs. 1 SGB II). Ein abweichender laufender Regelbedarf ist im SGB II überhaupt nicht mehr vorgesehen.

Für Leistungsberechtigte nach SGB II kommt daher wegen der Verrechnung einmaliger Beihilfen mit dem Regelsatz und des in § 5 SGB II vorgenommenen Ausschlusses vom Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII als Anspruchsgrundlage für eine bedarfsdeckende Hilfe bei Krankheit vor allem die Sozialhilfe in sonstigen besonderen Lebenslagen in Betracht, **§ 73 SGB XII**.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem **SGB XII** (Sozialhilfe sowie Grundsicherung bei Erwerbsunfähigkeit und im Alter) sieht in § 28 Abs. 1 die Möglichkeit von (über die Erstausstattung für Hausrat oder Kleidung sowie Klassenfahrten hinausgehenden) einmaligen Beihilfen oder auch eines laufenden Sonderbedarfs zwar noch vor, anders als das BSHG allerdings nur noch ganz ausnahmsweise, wenn der zusätzliche Bedarf "der Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht." Dafür wird - anders als im SGB II - auf die Aufrechnung mit dem Regelsatz verzichtet. Auch hier ist bedarfsdeckende Krankenhilfe als Sozialhilfe in sonstigen besonderen Lebenslagen denkbar, § 73 SGB XII.

Die Regelungen über die "Hilfen zur Gesundheit" (sic!) in §§ 47 ff. SGB XII sind weitgehend inhaltsgleich mit den seit 1.1.2004 geltenden Regelungen für die Hilfe bei Krankheit nach dem BSHG. An den aufgezeigten Bedarfsdeckungslücken durch die Gesundheitsreform ändert sich insoweit nichts.

Empfänger von Leistungen nach SGB II können keine ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII beanspruchen (§ 5 Abs. 2 SGB II), sind aber grundsätzlich berechtigt, ergänzende "Hilfe in besonderen Lebenslagen" und damit die "Hilfe bei Gesundheit" nach dem SGB XII zu beanspruchen. Da jedoch die Leistungen der Krankenversicherung vorgehen, in der die Empfänger von Leistungen nach SGB II pflichtversichert sind, und die Leistungen der (dann für Empfänger von Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII geltenden) "Krankenversicherung" nach § 264 SGB V ebenfalls vorgehen, kommen ergänzende Leistungen der "Hilfe bei Gesundheit" nach dem SGB XII nicht in Frage, zumal der Leistungskatalog mit § 37 f BSHG bzw. der Krankenversicherung identisch ist. Die "Hilfe bei Gesundheit" ist daher - wie im BSHG - nur für Sozialhilfeberechtigte interessant, die nur kurzfristig hilfebedürftig sind und daher die Voraussetzungen des § 264 SGB V nicht erfüllen.

Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geplanten Änderungen beim **Zahnersatz** wurde inzwischen - bis auf die Entlastung der Arbeitgeber vom darauf entfallenden Sozialversicherungsanteil, was zu einer entsprechenden Kürzung der Nettoeinkommen ab 01.07.05 führt - zurückgenommen.²⁴

Eigenanteile beim Zahnersatz fallen nicht unter die Belastungsgrenze von 2%. Die Kasse muss aber auch 2005 - weiterhin 100% der Kosten der Regelversorgung übernehmen, wenn der Leistungsrechte für seinen Lebensunterhalt Sozialhilfe nach SGB XII, Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder Ausbildungsförderung nach BAföG oder SGB III (BAB) erhält (§ 55 Abs. 2 SGB V). Berechnungsfähig sind allerdings nur Standardausführungen, nicht jedoch aufwändigere Verfahren und Materialien.

Darüber hinaus gilt gemäß § 55 Abs. 2 SGB V eine (gleitende) Härtefallregelung für andere kleine Einkommen. Wie bisher übernimmt die Krankenkasse den vom Versicherten zu tragenden Anteil an den berechnungsfähigen Zahnersatzkosten auch dann, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter der Einkommensgrenze liegen. Die Bruttoeinkommensgrenze 2005 im Rahmen der Härtefallregelung beträgt für Alleinstehende 966,00 Euro monatlich, für einen Haushalt mit zwei Personen 1.328,25 Euro monatlich und je weitere Person 241,50 Euro monatlich. Liegt das Einkommen darüber, übernimmt die Kasse die Kosten für den Eigenanteil am Zahnersatz, soweit der Eigenanteil das Dreifache der Differenz zwischen dem Einkommen und der Härtefallgrenze übersteigt.

²⁴ Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, BGBl. I, 3445.

ausgewählte Rechtsprechung

VG Hannover 7 B 1907/04, B.v. 29.04.04, <http://www.dbovg.niedersachsen.de/index.asp> Das Sozialamt wird verpflichtet, **Fahrtkosten zur ambulanten Krankenbehandlung** (hier: Fahrten des Antragstellers von Hildesheim nach Lehrte zur Methadonbehandlung) zu übernehmen, abzüglich eines zu leistenden Eigenanteils ("Zuzahlung") von 5 € je Fahrt bis zum Erreichen der zumutbaren Belastungsgrenze des § 62 SGB V.

Der Antragsteller hat Anspruch auf Übernahme von Fahrtkosten zur Methadonbehandlung, weil fußläufig kein Arzt erreichbar ist, der diese Behandlung durchführt. Der Anspruch könnte sich aus dem SGB V, aber auch aus dem BSHG ergeben. Das Sozialamt wird als zuerst angegangener Leistungsträger verpflichtet, bis zur abschließenden Klärung der Zuständigkeit zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkasse gemäß § 43 SGB I vorläufig zu leisten. Zwar handelt es sich bei der Substitutionsbehandlung mit Methadon nicht um Eingliederungshilfe sondern eine Krankenbehandlung (OVG Berlin, NJW 1996, 803), so dass hier § 44 BSHG nicht anwendbar ist. Nach § 43 SGB I hat jedoch der zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen zu erbringen, wenn die Zuständigkeit zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist.

Nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat die **Krankenkasse** Fahrtkosten zu übernehmen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Als Fahrtkosten werden dabei nicht nur Transporte mit den Krankenwagen oder einer Taxe, sondern auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt, § 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V. Bei der Methadonbehandlung handelt es sich allerdings um eine ambulante Behandlung. Hier ist die Einschränkung des § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu beachten. Die Erstattung von Fahrtkosten ist nach § 60 SGB V auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Fälle begrenzt. Fällt die Behandlung unter die in der genannten Richtlinie geregelten Fälle, ist die Krankenkasse zuständig.

Fällt sie nicht darunter, ist das **Sozialamt** zuständig. Zwar ist nach der Neuregelung der Krankenhilfe im BSHG keine Krankenhilfe mehr zu leisten, weil die Krankenhilfe nach dem BSHG nicht mehr Leistungen umfasst, als sich aus dem SGB V ergibt. Da die Fahrtkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Methadonbehandlung jedoch zum notwendigen Lebensunterhalt zählen, der im Regelsatz enthaltene Anteil für Fahrtkosten und medizinische Leistungen jedoch bei weitem nicht ausreichend ist, diesen Bedarf zu decken, wäre in diesem Fall das Sozialamt gehalten, den erhöhten Bedarf durch eine **abweichende Bemessung des Regelsatzes gemäß § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG** Rechnung zu tragen.

Allerdings besteht in Fällen wie den vorliegenden eine **Leistungspflicht der Krankenkassen**. So heißt es in den § 60 SGB V konkretisierenden **Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses **über die Verordnung von Krankenfahrten** i.d.F. vom 22.01.04 (§ 8 Abs. 2), dass Voraussetzung u.a. ist, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und dass diese Behandlung oder der zur dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Seele unerlässlich ist. Nach Ansicht des Gerichts sind diese Voraussetzungen hier gegeben. Zwar ist die Substitutionsbehandlung nicht in Anlage 2 zu dieser Bestimmung aufgeführt. Die Aufzählung ist jedoch nicht abschließend. Der Umstand, dass öffentliche Verkehrsmittel ausreichen, führt nicht zur mangelnden Zuständigkeit der Krankenkasse. Vielmehr ist insoweit eine Anwesenheitsbescheinigung nach § 7 Abs. 4 der Richtlinien vorzulegen.

Einen Anspruch, dass auch die **unterhalb der Belastungsgrenze liegende Zuzahlung** vom Sozialamt übernommen wird, hat der Antragsteller nicht. Ein Anspruch auf Übernahme der Zuzahlungen besteht nur insoweit, als der Bedarf nicht durch den Regelbedarf abgegolten ist. Regelbedarf ist der ohne Besonderheiten des Einzelfalles (§ 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG) bei vielen Hilfeempfängern gleichermaßen bestehende Bedarf nach § 1 Abs. 1 RegelsatzVO. Die Abgrenzung, was zum Regelbedarf gehört, hat der Normgeber in § 22 BSHG i.V.m. § 1 RegelsatzVO festgelegt. Durch Art. 29 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I, S. 2190 hat er in § 1 Abs. 1 Satz 2 RegelsatzVO die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach §§ 36 bis 38 BSHG übernommen werden, in den Regelsatz aufgenommen. Aufgrund der Änderungen des § 38 BSHG durch Artikel 28 des GMG (Aufhebung des bisherigen Abs. 2) werden diese Leistungen nicht zusätzlich übernommen. Damit hat der Gesetzgeber die nach dem SGB V zu leistenden Eigenanteile zum Regelbedarf erklärt.

Die entgegengesetzte Ansicht des **VG Braunschweig** (B.v. 14.01.04 - 4 B 64/04 -) überzeugt nicht. Dem Gesetzgeber ist es unbenommen, auch ohne Erhöhung der Regelsätze Empfängern von Sozialhilfe zusätzlich den Eigenanteil für Medikamente und sonstige Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufzubürden. Schließlich wird dies auch Beziehern von kleinen Einkommen knapp über dem Sozialhilfebedarf zugemutet, ohne dass sich deren Einkommen erhöht haben. Die Empfängern von Sozialhilfe werden gegenüber den Beziehern kleiner Einkommen sogar besser gestellt. Denn bei Ihnen fällt nur eine Zuzahlung bis zur Höhe von 2 v.H. des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes - bei chronisch Erkrankten von 1 v.H. - an. Bei Beziehern kleiner Einkommen ist hingegen das gesamte Bruttoeinkommen, also auch die Einkommensteile, die zur Deckung von Unterkunftskosten und des Bedarfs an einmaligen Leistungen verwendet werden, bei der Belastungsgrenze anzu-

setzen. Insoweit hat der Gesetzgeber die besonderen Verhältnisse von Sozialhilfeempfängern gesehen und durch eine relativ gesehen sehr entgegenkommende Regelung berücksichtigt.

Die „normale“ **Belastungsgrenze** von 2 v.H. ist bei einem **Zuzahlungsbetrag von 71,04 €** erreicht, bei einer chronischen Erkrankung (1 v.H.) bereits bei 35,52 €. Bis zu diesem Betrag muss auch ein Sozialhilfeempfänger seine Eigenanteile aus dem Regelsatz bestreiten. Es kann durchaus sein, dass bei schweren Erkrankungen die Belastungsgrenze bereits im Laufe des ersten Monats eines Jahres erreicht wird. Dann aber braucht für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr geleistet werden.

OVG Lüneburg 4 M E 224/04, B.v. 13.08.04, FEVS 2004, 522 <http://www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1234> Einmalige Beihilfe der **Sozialhilfe für eine Brille** (hier: 90 Euro für Brillengläser und -gestell nach einem Angebot der Fa. Fielmann). Angesichts der eindeutigen Regelungen in §§ 36 bis 38 BSHG in der durch das GMG geänderten Fassung kommt die Krankenhilfe nach BSHG für die Beschaffung von Brillen nicht mehr in Betracht. Ein medizinisch begründeter Bedarf kann aber auch **Bestandteil des notwendigen Lebensunterhalts (§ 12 BSHG)** sein. Die Aufzählung der Bedarfsgruppen in § 12 Abs. 1 S. 1 BSHG ist nicht abschließend. Dass nach der Vorstellung des Gesetzgebers medizinisch begründete Bedürfnisse zum notwendigen Lebensunterhalt gehören können, ergibt sich aus der **Änderung der Regelsatzverordnung** (VO zu § 22 BSHG) durch Art. 29 GMG. Danach umfassen die Regelsätze nunmehr auch „die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 [BSHG] übernommen werden“. Sowohl vom Begriff her als auch von der Sache her können allerdings Kosten für Brillen **nicht von den zur Deckung des laufenden Bedarfs bestimmten Regelsatzleistungen mit umfasst** sein. Aus der Begründung des Gesetzgebers zur Änderung des § 38 BSHG wird deutlich, dass auch der Gesetzgeber die Härten für einen Hilfeempfänger im Blick hatte, die dadurch entstehen, dass dieser in einem kurzen Zeitraum Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V aufzubringen hat. So heißt es in der Begründung zu Artikel 28 GMG (BT-Drs. 15/1525 S. 167): „Auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für Sozialhilfeempfänger im SGB V musste § 38 Abs. 2 BSHG gestrichen werden. Damit werden Sozialhilfeempfänger bei den Zuzahlungen des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen.“ Demnach umfasst der Regelsatz zwar anteilig die im SGB V vorgesehenen Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des § 62 SGB V, indes nicht Aufwendungen für Heilmittel, die nach dem SGB V vom Leistungsumfang der Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Zum anderen sind Brillen in unregelmäßigen und meist größeren zeitlichen Abständen zu beschaffen bzw. zu ersetzen. Schließlich sind die Aufwendungen für Brillen und Brillengestelle so hoch, dass sie nicht aus den Regelsätzen bestritten werden können. Daraus folgt, dass die Anschaffung einer Brille (Gläser und/oder Brillengestell) des Hilfesuchenden vom Sozialhilfeträger durch Gewährung einer **einmaligen Beihilfe nach § 21 Abs. 1 a Nr. 6 BSHG** zu decken ist.

VGH Bayern 12 CE 04.979, B.v. 12.09.04, FEVS 2005, 92; info also 2004, 263 <http://www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1276> Anspruch auf eine **einmalige Beihilfe nach § 21 BSHG für Brillengläser** in bedarfsdeckender Höhe nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (hier: 212 Euro für die anlässlich einer Schlägerei am 01.01.2004 zerbrochenen Gläser einer Bifocalbrille).

VGH Hessen 10 TG 3128/04 v. 22.11.04, ZFSH/SGB 2005, 547 Anspruch auf eine einmalige Beihilfe nach § 21 Abs. 1a BSHG für die Anschaffung einer **Gleitsichtbrille**.

LSG Sachsen L 3 B 30/05 AS/ER, B.v. 14.04.05, www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1475 Der in der Familienversicherung nicht versicherbare eheähnliche Partner hat bei Bedürftigkeit Anspruch auf Krankenbehandlung durch eine gesetzliche **Krankenkasse seiner Wahl** und Übernahme der Kosten durch das Sozialamt gemäß **§ 264 SGB V**. Der Antragsteller kann nicht auf Krankenhilfe vom Sozialamt nach § 48 SGB XII verwiesen werden. Aus dem Auffangcharakter der Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, ergibt sich, dass auch derjenige Leistungsempfänger im Sinne des § 264 Abs. 2 SGB V ist, der **ausschließlich Hilfen bei Krankheit** beanspruchen kann, die ihm aber wegen des Vorrangs der Versicherung nach § 264 Abs. 2 SGB V tatsächlich nicht gewährt werden müssen (Grube/Wahrendorf, aaO., § 48, Rz. 15).

VG Stuttgart 7 K 3055/04, B.v. 06.09.04, ZFSH/SGB 2005, 667 Der Anspruch auf Leistungen der **Sozialhilfe für die nach § 29 SGB V vorgesehene Zuzahlung bzw. Eigenbeteiligung bei kieferorthopädischer Behandlung** ist durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG a.F. zum 1.1.2004 nicht betroffen. An Stelle des § 38 Abs. 2 BSHG a.F. ist nunmehr § 37 Abs. 1 S. 2 BSHG getreten, der bestimmt, dass die Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 264 SGB V der Hilfe bei Krankheit nach BSHG vorgehen. § 264

SGB V Abs. 4 S. 1 regelt, dass die Zuzahlungsregelungen des § 61 und 62 SGB V entsprechend gelten. § 264 SGB V bestimmt aber keine entsprechende Anwendbarkeit der § 29 Abs. 2 und 3 SGB V, der die Eigenbeteiligung bei der kieferorthopädischen Behandlung regelt.

Das VG ist der Auffassung, dass die Verweisung des § 37 Abs. 1 S. 2 BSHG auf die vorrangigen Leistungen des § 264 SGB V nicht nur für nicht versicherte Hilfeempfänger gilt, sondern in einem umfassenderen Sinne zu verstehen ist. Eine an Art. 3 GG orientierte Auslegung ergibt, dass auch für krankenversicherte Hilfeempfänger nur die Zuzahlungsregelungen der §§ 61, 62 SGB V vorrangig sind. Über diese Zuzahlungen hinausgehende finanzielle Eigenleistungen sollten Versicherten durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG nicht aufgebürdet werden. Für diese Auslegung spricht auch die Gesetzesbegründung (BT-Drs 15/1525 S. 167). Dort wird darauf hingewiesen, dass **mit dem Wegfall des § 38 Abs. 2 BSHG nur die Gleichstellung bei den Zuzahlungen nach dem 9. Abschnitt, also nach § 61, 62 SGB V erreicht werden sollten** und keine darüber hinaus gehende Schlechterstellung gegenüber nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern beabsichtigt war.

LSG Niedersachsen-Bremen L 4 KR 212/04 ER, B.v. 12.08.04, FEVS 2005, 418, Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung auf Übernahme einer Monatskarte (hier "Mobilcard" für die ÜSTRA Hannover) zur Substitutionstherapie. Nach § 60 Abs., 1 SGB V i.V.m. § 8 Krankentransportrichtlinien ist für die ausnahmsweise Übernahme von **Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung durch die Krankenversicherung** u.a. Voraussetzung, dass die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung **zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben** unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen können bei der **Substitutionstherapie**, für die der Patient täglich den behandelnden Arzt aufsuchen muss und hierzu auf öff. Verkehrsmittel angewiesen ist und deren Kosten er (hier: als Sozialhilfeempfänger) nicht aus eigenen Mitteln begleichen kann, erfüllt sein.

SG Lüneburg S 30 AS 328/05 ER, B.v. 11.08.05, info also 2005, 225 Die Antragstellerin benötigt zur Behandlung ihrer **Neurodermitis** für eine konsequente Dauertherapie bestimmte **rezeptfreie Medikamente und Hautpflegeprodukte** sowie für die Reinigung der Kleidung von ca. 240.- € monatlich. Hinzu kommen Kosten für die Anschaffung spezieller Kleidung und eine spezielle Ernährung. Die Antragstellerin war seit 2004 dreimal zu einem längeren stationären bzw. Kuraufenthalt in der Klinik. Das Jobcenter bewilligte nach § 21 Abs. 5 SGB II einen Mehrbedarf für Ernährung von 25,56 € monatlich und lehnte weitere Leistungen ab.

Das Gericht sprach der Antragstellerin den Anspruch in Höhe von 240.- € bzw. der tatsächlich nachgewiesenen Kosten zu. Die Stellungnahme ablehnende des **amtsärztlichen Dienstes** lässt eine medizinisch begründete Auseinandersetzung mit den vorgelegten Attesten der behandelnden Ärzte nicht erkennen. Darüber hinaus wurde die Stellungnahme nach Aktenlage ohne Untersuchung der Antragstellerin abgegeben. Die Antragstellerin hat mit den Attesten glaubhaft gemacht, dass ihr der Bedarf entsteht. Angesichts der Höhe der Ausgaben ist offensichtlich, dass die Regelleistungen zur Bedarfsdeckung nicht ausreichen, weil sie die üblicherweise anzusetzenden Beträge für derartige Produkte weit überschreiten.

Die Leistungen sind nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II als **Darlehen** zu erbringen. Allerdings erscheint problematisch, dass das Darlehen durch laufende Aufrechnung mit dem Regelsatz zu tilgen ist. Im Hinblick auf die Höhe der Leistung könnte darin ein **Verfassungsverstoß** liegen. Im SGB II fehlt der dem früheren § 3 BSHG entsprechende, in § 9 SGB XII enthaltene Individualisierungsgrundsatz, eine Öffnung der Regelleistung für individuelle Bedarfe ist damit weitgehend verhindert. Da es jedoch in Einzelfällen vorkommen kann, dass die Regelleistung das soziokulturelle Existenzminimum nicht mehr abdeckt, ist in diesen Fällen in verfassungskonformer Auslegung im Einzelfall ein höherer Bedarf anzuerkennen (Eichler/Spellbrink, SGB II, § 20 Rn 8; LPK-SGB II, § 20 Rn 23). In der Rückforderung des Darlehens könnte möglicherweise ein Verfassungsverstoß liegen. Wenn die zusätzlichen Leistungen für längere Zeit - etwa mehr als ein Jahr - benötigt werden, wird das Jobcenter daher zu prüfen haben, im Wege der Ermessensausübung von einer Aufrechnung abzusehen.

Die von der Antragstellerin favorisierte Heranziehung des **§ 48 SGB XII** (Krankenhilfe als Sozialhilfeleistung) kommt nicht in Betracht, da danach nur im selben Umfang wie von der Krankenversicherung Leistungen gewährt werden können.

Die Anwendung des **§ 73 SGB XII** scheitert daran, dass die hier fraglichen Leistungen dem Lebensunterhalt und nicht der Hilfe in besonderen Lebenslagen zuzuordnen sind.

§ 28 SGB XII kann nicht herangezogen werden, da nach § 5 Abs. 2 SGB II diese Leistung für Empfänger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ausgeschlossen ist.

Literatur

Dieser Beitrag ist in - bei Bedarf aktualisierter - Fassung **online** erhältlich unter

- http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf

Eine gedruckte Fassung ist veröffentlicht als

- **Classen, Georg**, "Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen", in Barwig/Davy, Auf dem Weg zur Rechtsgleichheit? Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2003 und 2004, Nomos Baden-Baden 2004, ISBN 3-8329-0747-5, Seite 233 ff.

Überwiegend erst nach Erarbeitung dieses Beitrags (März 2004) wurde eine Reihe kritischer Beiträge zum GMG veröffentlicht, auf die hier meist nur verwiesen werden kann, aber nicht mehr inhaltlich Bezug genommen werden konnte:

- **BAG Wohnungslosenhilfe**, Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und die Folgen für wohnungslose Patientinnen und Patienten - Aktualisierte Stellungnahme und Forderungen der BAG Wohnungslosenhilfe, http://www.bagw.de/aktuell/BAGW_Stellungnahme_zum_GMG-Mai_04.pdf
- **Behrensen, Birgit** und **Groß, Verena**, Auf dem Weg in ein "normales Leben"? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück 2004, http://www.spuk.info/SpuK_Publikationen.htm
- **Brühl, Albrecht**, BSHG-Thema: Zuzahlungen und Sozialhilfe, info also 2004, 132, <http://www.chefduzen.de/viewtopic.php?t=1171>
- **Classen, Georg**, Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen und die Folgen der Gesundheitsreform, Materialien zur Fortbildung des Flüchtlingsrates Berlin am 16.04.2004, 129 Seiten, für 10 Euro zu beziehen über buer@fluechtlingsrat-berlin.de, Tel. 030-24244-5762, Fax -5763
- **Claus, Frieder**, Gesundheitsreform – Probleme für sozial Schwache und Benachteiligte. Zusammenstellung von Frieder Claus, Diakonisches Werk Württemberg, Referat Wohnungslosenhilfe und Armut http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_v/zuzahlungen.htm
- **Hammel, Manfred**, Zur Hilfe bei Krankheit bei mittellosen Personen - Betrachtungen aus Anlass des Inkraft-Tretens des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), ZFSH/SGB 2004, 323
- **Kruse/Hänlein** (Hrsg.), Das neue Krankenversicherungsrecht, Nomos Baden-Baden 2004, ISBN 3-8329-0479-4, 24,- Euro
- **Kostorz, Peter** und **Wahrendorf, Volker**, Hilfe bei Krankheit für Sozialhilfeempfänger - Neuerungen im BSHG und SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz, ZFSH/SGB 2004, 387
- **Holst, Jens; Laaser, Ulrich**, Zuzahlungen im Gesundheitswesen: Unsozial, diskriminierend und ineffektiv, Deutsches Ärzteblatt v. 22.12.03, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=39869>
- **Niemann, Peter**, Diak. Werk Westfalen, Münster, Hinweise zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz, Sozialrecht aktuell 2004, 51 weitgehend identisch mit dem online veröffentlichten Beitrag <http://www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1136>
- **Spindler, Helga**, Gesundheitsreform senkt das Existenzminimumsenkung in der Sozialhilfe, Kranke müssen Ausgaben für den notwendigen Lebensunterhalt kappen, Soziale Sicherheit 2004, 55, weitgehend identisch mit dem online veröffentlichten Beitrag <http://www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/spindler1.html> (Teil 1) <http://www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/spindler2.html> (Teil 2)
- **Tießler-Marenda, Elke**, Das GKV-Modernisierungsgesetz und seine Auswirkungen auf Migranten, ZAR 2004, 237 (beruht inhaltlich weitgehend auf meinem o.g. Beitrag, G.C.)
- **Zeitler, Helmut**, Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Sozialhilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen ab 01.01.2004, NDV 2004, 45ff

Name

A12

Anschrift

Ort

den
(Datum)

An den
Träger der Sozialleistung.....

Adresse

Ort

Antrag auf Leistungen wegen Krankheit / Behinderung / Pflegebedürftigkeit

Ich beantrage hiermit nach AsylbLG, SGB II bzw. SGB XII die folgenden Leistungen:

- Übernahme der **Beiträge** für meine Krankenversicherung bei der (§ 252 SGB V; § 32 SGB XII)
- Leistungen der **Krankenversicherung** nach § 264 SGB V (für Berechtigte nach § 2 AsylbLG bzw. SGB XII) bzw. Pflichtversicherung nach § 5 SGB V (für Berechtigte nach SGB II) bei der
- Krankenscheine** vom Sozialamt für Arzt und Zahnarzt für mich/ und jeden meiner Familienangehörigen/ zum Zwecke der Vorsorge und ggf. der Akutkrankenbehandlung (§§ 4 und 6 AsylbLG /§ 47ff. SGB XII)
- Ernährungszulage / Mehrbedarfzuschlag** nach § 21 SGB II /§ 30 SGB XII / § 6 AsylbLG wegen
- Kostenzusage für **Krankenhausbehandlung** nach §§ 4 und 6 AsylbLG /§ 47ff. SGB XII (nur für planbare Behandlungen - akute Notfälle müssen ohnehin sofort vom Krankenhaus aufgenommen werden!)
- Kostenübernahme für ärztlich verordnete **Hilfsmittel** bzw. **Heilmittel** (z.B. Rollstuhl, Prothese, Brille, Hörgerät etc.; Krankengymnastik, psychotherapeut. Behandlung, Logopädie, etc.), **Zahnersatz** oder **kieferorthop. Behandlung** nach §§ 4 und 6 AsylbLG /§ 47ff. SGB XII
- wegen stationärer **Krankenhausbehandlung** die Zahlung des **Taschengeldes** nach § 3 AsylbLG/ § 35 SGB XII zur Deckung meiner persönlichen Bedürfnisse; einen Waschbeutel sowie die erforderlichen Hygiene-/Körperpflegeartikel (Zahnbürste etc. etc.) sowie einen Bademantel und Hausschuhe
- Fahrtkosten** für **öff. Verkehrsmittel** zum Arzt/Krankenhaus nach § 28 SGB XII / § 23 SGB II / §§ 4 + 6 AsylbLG wegen medizinischer Behandlung. Termine laut ärztl. Attest einmalig am / an folgenden Tagen / regelmäßig mal im Monat/
- Fahrtkosten** für **Taxi/Krankswagen** zum Arzt/Krankenhaus/Behördenbesuch nach § 28 SGB XII / § 23 SGB II / §§ 4 + 6 AsylbLG, da ich krankheits-/behinderungsbedingt keine öff. Verkehrsmittel benutzen kann, an folgenden Tagen / regelmäßig mal im Monat
- das pauschalierte **Pflegegeld** nach § 64 SGB XII / § 2 AsylbLG , da ich/ mein Kind / mein Angehörige/r infolge Krankheit/Behinderung in erheblichem Maße voraussichtlich auf längere Zeit (mind. 6 Monate) oder auf Dauer für mehrere der folgenden Tätigkeiten dauernd auf Hilfe angewiesen bin/ist: aufstehen und ins Bett gehen, an- und auskleiden, Benutzen der Toilette, waschen / duschen, übrige Körperpflege, Essen und/oder Trinken, Verlassen der Wohnung, ... (ggf. näher erläutern!). Die Hilfe wird durch Eltern / Ehepartner / sonst. Familienangehörige und/oder Nachbarn geleistet, nur dadurch bin ich/ist mein Kind/Angehöriger nicht auf ein Pflegeheim angewiesen.
- häusliche Pflege** nach § 61 ff SGB XII / § 6 AsylbLG durch eine **Sozialstation**, da die Pflege allein durch Angehörige/Nachbarn nicht bzw. nicht im erforderlichem Umfang zu leisten ist.
-

Ich bitte darum, diesen Antrag zur Akte zu nehmen. Ärztliche Atteste, Befürwortungen, Verordnungen, Heil- und Kostenpläne usw. sind ggf. in Kopie beigelegt. Ich beantrage zu allen o.g. Anträgen einen begründeten schriftlichen Bescheid gemäß §§ 33/35 SGB X bzw. §§37/39 VwVfG.

.....
(Unterschrift)

Name geb.

K 1

Anschrift

Ort

den
(Datum)

(ggf. Mitgliedsnummer).....

An die Krankenversicherung

.....

Adresse

.....

Ort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich beantrage bei Ihnen als Krankenkasse meiner Wahl die **Aufnahme in die Krankenversicherung nach § 264 SGB V** sowie die Ausstellung einer Versichertenkarte, hilfsweise zunächst Krankenscheine für Arzt und Zahnarzt, da ich vom Sozialamt Sozialhilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII / nach § 2 AsylbLG erhalte.

Ich beantrage die **Familienversicherung**²⁵ und die sofortige Ausstellung einer Versichertenkarte, hilfsweise zunächst Krankenscheine für Arzt und Zahnarzt für mich selbst (Name, geb.) für mein/e Kind/er (Name, geb.)..... Ich selbst bin/mein Ehepartner..... ist bei Ihnen versichert /hat die Versicherung beantragt.

Ich beantrage wegen Überschreitung der zumutbaren Belastung durch die in diesem Jahr von mir bereits geleistete Zuzahlungen die **Befreiung von weiteren Zuzahlungen**. Quittungen lege ich vor.²⁶

Ich beantrage wegen von mir bereits zuviel geleisteter Zuzahlungen die **Erstattung des die zumutbare Belastung übersteigenden Zuzahlungsbetrags**. Quittungen lege ich vor.

Ich beantrage wegen geringen Einkommens eine Kostenübernahmebescheinigung für einen **Schwangerschaftsabbruch**. Ich bin bei Ihnen versichert. / Ich gehöre keiner gesetzlichen Krankenversicherung an und beantrage den Kostenübernahmeschein bei Ihnen als Krankenkasse meiner Wahl an meinem Wohnort (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen). Einkommensnachweis bzw. Sozialhilfebescheinigung sowie Nachweis über die Schwangerschaft liegen bei.

Ich bin in..... (Herkunftsland) versichert bei der gesetzlichen /staatlichen Versicherung²⁷..... Ich beantrage bei Ihnen als Krankenkasse meiner Wahl an meinem derzeitigen Aufenthaltsort aufgrund des **Sozialabkommens mit meinem Herkunftsland** die sofortige Ausstellung von Krankenscheinen für Arzt und/oder Zahnarzt und/oder die Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung zur Behandlung für mich selbst/für mein/e Kind/er..... Folgende Krankheiten /Symptome sind akut behandlungsbedürftig.....

Ich bitte, diesen Antrag zur Akte zu nehmen. Ich bitte um Mitteilung, welche Unterlagen Sie zur Bearbeitung meines Antrages ggf. noch benötigen. Ich bitte um einen begründeten schriftlichen rechtsmittelfähigen Bescheid auf meinen Antrag gemäß §§ 33, 35 SGB X.

mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)

²⁵ Als Nachweise der Familienzugehörigkeit sollten ggf. Heiratsurkunde bzw. Geburtsurkunden, Anmeldung und Nachweis über den Aufenthaltsstatus sowie Einkommensnachweise vorgelegt werden. Das monatliche Einkommen des beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen darf 345 Euro/Monat (Betrag für das Jahr 2005, Ausnahme Minijob: hier liegt die Grenze bei 400 Euro monatlich) nicht übersteigen.

²⁶ Die Grenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens, bei einigen chronischen Krankheiten bei 1 %. Für Leistungsberechtigte nach SGB XII (Sozialhilfe), SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und § 2 AsylbLG liegt die Belastungsgrenze abweichend davon bei 82,80 Euro/Jahr, für chronisch kranke 41,40 Euro/Jahr; für Ostdeutschland: 79,44 bzw. 39,72 Euro/Jahr. Diese Summe gilt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft.

²⁷ Nachweis der Versicherung im Herkunftsland erforderlich.

Rechtsgrundlagen: Auszug GKV-Modernisierungsgesetz – GMG

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

- Auszug -

Inkrafttreten: 01.01.2004

[mit den Änderungen zum 1.1.2005](#)

§ 264 SGB V - Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern [von Leistungen nach dem Dritten und Fünften bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches](#) ~~laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes~~ und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach den [§§ 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches](#) ~~§§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes~~ beziehen sowie für die in [§ 24 des Zwölften Buches](#) ~~§ 119 des Bundessozialhilfegesetzes~~ genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen [Trägers der Sozialhilfe Sozialhilfeträgers](#) zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Mitglied“, für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Rentner“. Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung „Familienversicherte“.

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des [Zwölften Buches Bundessozialhilfegesetzes](#) sind, meldet der [Träger der Sozialhilfe Sozialhilfeträger](#) diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der [Träger der Sozialhilfe Sozialhilfeträger](#) die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Sozialhilfeträger zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den

Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen [Trägern der Sozialhilfe Sozialhilfeträgern](#) vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige [Träger der Sozialhilfe Sozialhilfeträger](#) von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.“

Begründung

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525, Seite 140/141)

Zu Nummer 152 (§ 264)

Die leistungsrechtliche Gleichstellung von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die nicht krankenversichert sind, mit gesetzlich Krankenversicherten war im Grundsatz schon in Artikel 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 vorgesehen. Bund und Länder konnten sich aber nicht auf eine Umsetzung dieses Artikels zu angemessenen Beitragszahlungen einigen. Zwischenzeitlich hatte auch das Bundesministerium der Finanzen erhebliche Bedenken wegen der Auswirkungen von auf Grund von Versicherungspflicht zu zahlenden Beiträgen auf das steuerliche Existenzminimum und damit verbundenen Steuerausfällen geltend gemacht.

Sowohl HLU-Empfänger als auch Empfänger von HbL-Leistungen werden in die Neuregelung aufgenommen. Aus Praktikabilitätsgründen sind lediglich die Hilfeempfänger ausgenommen worden, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen sowie auf Grund des für die Krankenkassen geltenden Territorialitätsprinzips die Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben und dort nach § 119 BSHG Sozialhilfe beziehen. Wird die Hilfe nur gewährt, um die Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine angemessene Alterssicherung zu erhalten (§ 14 BSHG) oder in Form von Beratung und Unterstützung (§ 17 BSHG), erscheint eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen nicht sachgerecht. Auf Grund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern sind die Betroffenen zwar leistungsrechtlich, aber nicht mitgliedschaftsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger sollen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen den Versicherten auch verfahrensmäßig gleichgestellt werden. Deshalb erhalten sie eine Krankenversichertenkarte. Dadurch wird sichergestellt, dass für die Behandlung von Sozialhilfeempfängern die Regelungen und die Steuerungsinstrumente zur Gewährleistung einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitenden Versorgung, die für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, ebenfalls in vollem Umfang angewendet werden. Zur Durchführung des Abrechnungsverfahrens sowie für die Anwendung von Steuerungsinstrumenten, z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, ist die Festlegung von Statusbezeichnungen auf der Krankenversichertenkarte erforderlich.

In Absatz 6 wird klargestellt, dass die Versorgung der Hilfeempfänger bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a zu berücksichtigen ist. Im Falle einer Berechnung der Gesamtvergütungen nach mitgliederbezogenen Kopfpauschalen gelten die Empfänger als Mitglied, d. h. die Krankenkasse zahlt an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die Empfänger jeweils eine Kopfpauschale. Leben mehrere Hilfeempfänger in einem Haushalt, so ist diese Kopfpauschale nur für den Haushaltsvorstand zu entrichten. Dies entspricht der geltenden Systematik der Mitgliederkopfpauschalen, mit welchen die Krankenkassen die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder einschließlich der jeweils mitversicherten Familienangehörigen vergüten. Bei der Erstattung der Aufwendungen nach Absatz 7 rechnet die Krankenkasse für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger bis zum Jahr 2005 die o. g. Kopfpauschalen ab, welche unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu entrichten sind. Darüber hinaus fallen ggf. zusätzliche Aufwendungen zur Honorierung der nicht mit der Zahlung der Pauschalvergütung abgegoltenen Leistungen an. In welcher Höhe Aufwendungen für solche extrabudgetär zu vergütenden Leistungen angefallen sind, ergibt sich nach Abschluss der Abrechnungsperiode aus der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Ab dem Jahr 2006, in welchem erstmals die Regelleistungsvolumina nach § 85a vereinbart werden, rechnet die Krankenkasse gegenüber dem Sozialhilfeträger hingegen die tatsächlich für die Versorgung der Empfänger an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlten Vergütungen ab.

Das Kostenerstattungsverfahren nach Absatz 7 stellt sicher, dass Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen erstattet werden und es weder auf Seiten der Sozialhilfeträger noch auf Seiten der Krankenkasse eine Überforderung gibt. Damit werden auch die Vorgaben des geltenden § 264 SGB V – jetzt § 264 Abs. 1 – (Ersatz der vollen Aufwendungen und Übernahme eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten – üblicherweise bis zu 5 %) erfüllt. Der Sozialhilfeträger kann selbstverständlich, wie schon nach geltendem Recht, die ihm vorgelegten Rechnungen überprüfen. Darüber hinaus erhalten Sozialhilfeträger die Möglichkeit, von der Krankenkasse eine Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen zu verlangen und sich nachweisen zu lassen, wenn Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung schließen lassen.

Begründung nach Ausschussberatungen

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1600,

(Seite 9)

... Wichtig ist der Union weiterhin die Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern mit gesetzlich Krankenversicherten. ...

(Seite 14)

Zu Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe c

(nochmals geänderter § 264 Abs. 2 Satz 1)

Nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz ist das Bundessozialhilfegesetz für den dort genannten Personenkreis entsprechend anzuwenden, wenn er u. a. länger als 36 Monate Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz** erhalten hat, ohne dass dieser Personenkreis Leistungsempfänger nach dem Bundessozialhilfegesetz wird. Insofern bedarf die Einbeziehung dieser Personen in die Regelung des § 264 einer ausdrücklichen Nennung. Für diesen Personenkreis ändert sich jedoch dadurch der Umfang der Leistungen nicht. Alle übrigen Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten auch im Krankheitsfall weiterhin lediglich die eingeschränkten Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände nach § 4 AsylbLG.

§ 60 SGB V - Fahrkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten ..., wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 ... festgelegt hat.

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden, dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

(3) Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

(...)

§ 61 SGB V - Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“ 40. § 62 wird wie folgt gefasst:

§ 62 SGB V - Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem [Bundessozialhilfegesetz Zwölften Buch](#) oder im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes oder Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten,

2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § ~~28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 22 des Bundessozialhilfegesetzes~~ (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches maßgeblich.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weiter Anwendung.“

Begründung

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525)

Zu Nummer 39 (§ 61)

Die neue Vorschrift fasst die künftigen Zuzahlungsregelungen zusammen. Dadurch, dass in den einzelnen Zuzahlungsvorschriften auf einzelne Sätze des neuen § 61 Bezug genommen wird, herrscht Rechtsklarheit; es bedarf insbesondere in den Einzelvorschriften nicht ständiger Wiederholungen des Satzes 1. Außerdem wird klargestellt, dass die Leistungserbringer den Erhalt von Zuzahlungen ohne gesonderte Vergütung quittieren müssen.

Zu Nummer 40 (§ 62)

Die Neuregelung löst die bisherige Überforderungsklausel ab. Sie führt zu dem Ergebnis, dass niemand mehr als 2 vom Hundert seiner Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr zuzahlen hat. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze 1 vom Hundert.

Die Definition der chronischen Erkrankung wird um das Erfordernis einer schwerwiegenden Krankheit ergänzt und dadurch präzisiert, dass der Nachweis der Fortdauer der Behandlung künftig nicht mehr alle zwei Jahre, sondern nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres gegenüber der Krankenkasse zu erbringen ist. Das Nähere zur Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu bestimmen.

Es bleibt bei der bisherigen Orientierung der Überforderungsklausel am Familieneinkommen; für Kinder wird ein gesonderter Freibetrag (2003 = 3 648 Euro) eingeführt, der an die Stelle der bisherigen prozentualen Berücksichtigung nach Absatz 2 Satz 1 tritt.

Die Nichtberücksichtigung von Leistungen, die einen schädigungsbedingten Mehraufwand ausgleichen, wird aus dem geltenden Recht übernommen.

Für die bislang nach § 61 vollständig befreiten Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, der Kriegsopferfürsorge oder dem Grundsicherungsgesetz sind als Bruttoeinnahmen für die Bedarfsgemeinschaft der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Regelsatzverordnung zu berücksichtigen.

Durch den Absatz 3 wird geltendes Recht übernommen. Die Regelung stellt sicher, dass die Befreiungsbescheinigung keine Angaben über das Einkommen des Versicherten enthält. Mit der Regelung in Absatz 4 werden die geltenden Härtefallregelungen für die Versorgung mit Zahnersatz bis zur Neuordnung des Zahnersatzes zum 1. Januar 2005 beibehalten.

Weitere Änderungen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit!):

~~• § 27 – Wegfall Zahnersatz (ab 2005 gesonderte Versicherung)~~

- § 33 - Wegfall Leistungen für Sehhilfen (Ausnahmen: Versicherte bis 18 Jahre; , Blinde und schwer Sehbehinderte)

- § 34 - **Wegfall Leistungen für nichtverschreibungspflichtige Medikamente** (Ausnahmen: Kinder bis 12 Jahre; gesondert gelistete Medikamente für schwerwiegende Erkrankungen)
- § 65a - **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten** (für Teilnahme an Leistungen zur Früherkennung, an hausarztzentrierter Versorgung, usw. usw.)
- § 73b - **Hausarztzentrierte Versorgung**
- § 291, 291a "**intelligente Versicherungskarte**" mit **Lichtbild**, Angaben zum **Zuzahlungsstatus** sowie der Möglichkeit zur Speicherung von **Gesundheitsdaten** (spätestens bis 2006)
- § ... neues **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen
- § 140h - neue **Patientenbeauftragte** der Bundesregierung. Das Amt wird von Helga Kühn-Mengel, MdB der SPD wahrgenommen. Deren Internetauftritt <http://www.die-patientenbeauftragte.de> ist per Weiterleitung unmittelbar eingebunden in die Seiten des BMGS zur Rechtfertigung der Gesundheitsreform <http://www.die-gesundheitsreform.de>. Dafür fehlen Anschrift, Telefon, Fax, Email usw. der "Beauftragten"...

Artikel 28 - Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621), wird wie folgt geändert:

1. § 36a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

2. § 36b erhält folgende Fassung:

„§ 36b Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim und
4. häusliche Pflege nach § 69b Abs. 1 gewährt.“

3. Dem § 37 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehen den Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.“

4. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „ , Fahrkosten“ gestrichen

b) In Absatz 1 werden das Komma und die Wörter „soweit in diesem Gesetz keine andere Regelung getroffen ist“ gestrichen.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird Absatz 2 und es wird folgender Satz angefügt:

„Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erzielbaren geringsten Umfang geleistet.“

e) Die Absätze 4 bis 6 werden die Absätze 3 bis 5.

Artikel 29 - Änderung der Regelsatzverordnung

In § 1 Abs. 1 Satz 2 der Regelsatzverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2170-1-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „sowie für Körperpflege und für Reinigung“ durch die Wörter „, für Körperpflege, für Reinigung sowie die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 des Gesetzes übernommen werden“ ersetzt.

Begründung

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525)

Zu Artikel 28 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 36a)

Folgeänderung zur Neuregelung des § 24b SGB V.

Zu Nummer 2 (§ 36b)

Folgeänderung der Änderung in § 195 RVO (Artikel 8).

Zu Nummer 3 (§ 37 Abs. 1)

Folgeänderung zur Neuregelung in § 264 SGB V.

Zu Nummer 4 (§ 38)

Zu den Buchstaben a, b und e
Folgeänderungen zur Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG.

Zu Buchstabe c

Auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für Sozialhilfeempfänger im Neunten Abschnitt des SGB V musste § 38 Abs. 2 BSHG gestrichen werden. Damit werden Sozialhilfeempfänger bei den Zuzahlungen den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen.

Zu Buchstabe d

Die Sozialhilfeträger sind nur verpflichtet, die Krankheitskosten zu tragen, die nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung unabwendbar notwendig sind. Von den Hilfesuchenden wird daher erwartet, an den von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Bonusregelungen (§ 65a SGB V) teilzunehmen.

Zu Artikel 29 (Änderung der Regelsatzverordnung)

Folgeänderung auf Grund der Streichung von § 38 Abs. 2 BSHG. Mit der Neufassung wird geregelt, dass die Zuzahlungen aus dem Regelsatz zu decken sind.

Artikel 8

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung ... wird wie folgt geändert:

1. § 195 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 6 werden nach dem Wort „Mutterschaftsgeld“ das Komma und das Wort „Entbindungsgeld“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und Entbindungsgeld“ gestrichen.

2. § 200b wird aufgehoben.

Zu Artikel 8 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Bisher erhielten Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld hatten, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe von 77 Euro. Diese zusätzliche Leistung kann aus finanziellen Gründen nicht mehr aufrechterhalten werden.

Weitere relevante Regelungen des SGB V, Stand 01.01.2005

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen (...),
- 2a. Personen in der Zeit, in der sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; ...

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren ...
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt ...
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind ...
8. innerhalb von 6 Monaten ab dem 1.1.2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen ...

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind, ... 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet...

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden ...
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 55 Zahnersatz - Leistungsanspruch

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsofferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. ... Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.



Achtung !!! Wichtige Änderungen !!!

Was muß ich ab 01.01.2004 bei der Krankenbehandlung beachten

1. Erhalten Sie Leistungen nach § 3 AsylbLG (grüner Krankenschein)? Für Sie ändert sich nichts. Sie sind auch weiterhin von den Zuzahlungen befreit.
– Keine Praxisgebühr, keine Zuzahlung zu Medikamenten und Heilmitteln –
 2. Erhalten Sie Leistungen nach § 2 AsylbLG (bisher weißer Krankenschein)? Sie müssen jetzt folgendes beachten:
 - a) Sie erhalten keinen Krankenschein mehr vom Sozialamt, sondern von der von Ihnen ausgewählten Krankenkasse eine Chipkarte. Diese ist bei jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung vorzulegen. Müssen Sie einen Arzt aufsuchen und haben noch keine Chipkarte, stellt Ihnen das Sozialamt eine Bescheinigung über die erfolgte Anmeldung bei der Krankenkasse aus. Diese Bescheinigung ist dem Arzt vorzulegen.
 - b) Für jeden Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal ist eine Praxisgebühr in Höhe von 10,- € zu zahlen.
Minderjährige Kinder sind von der Zahlung befreit.
 - c) Bei allen verordneten Arzneimitteln, Heilmitteln, ärztlichen Verordnungen (z.B. häusliche Krankenpflege) und Hilfsmitteln ist eine Zuzahlung zu leisten. (Mindestens 5,00 € aber höchstens 10,00 €)
 3. Wieviel muß ich höchstens zuzahlen ?
Im Kalenderjahr muss insgesamt eine Kostenbeteiligung von 71,04 € gezahlt werden. Dieser Betrag ist die Höchstgrenze. Wenn dieser Höchstbetrag erreicht wurde, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung von der Zuzahlung für das restliche Kalenderjahr beantragt werden.
Aber beachten !!!!!
Die bereits geleisteten Zahlungen müssen nachgewiesen werden. Alle Quittungen – Praxisgebühr, Zuzahlung bei Medikamenten etc. – sind aufzuheben und der Krankenkasse vorzulegen.
Nicht nachgewiesene Zahlungen werden nicht berücksichtigt.
1. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlung bei chronisch Kranken beträgt 35,52 €. Die chronische Erkrankung muss mit einer ärztlichen Bescheinigung bei der Krankenkasse nachgewiesen werden. Die AOK stellt entsprechende Formulare zur Verfügung, Kosten entstehen nicht. Wer sich für eine andere Krankenkasse entschieden hat muß dort nachfragen, ob für den Nachweis ein Formular zur Verfügung gestellt wird.
 2. Eine Brille wird nur noch bei Kindern und Jugendlichen und bei schwer Sehbeeinträchtigten gewährt. Die Bestimmung der Sehschärfe wird vom Arzt vorgenommen, die Entscheidung über die Leistung trifft die Krankenkasse.



Pažnja !!

Važne izmene u vašem lecenju od 01.01.2004

1. Ako primete socialno po paragrafu 3 (dosadašnji zeleni krankensajni). Za vas se ne menja ništa. Vi ste i dalje oslobodjeni svake doplate, što znaci, ne placate kod vašeg lekara i ne placate recepte.
2. Primete socijalno po paragrafu 2 (dosadašnji beli krankensajni) onda obratite pažnju na sledece izmene :
 - a) Vi ne dobijate više kao do sada krankensajne od vaše socijale vec cipkarticu od krankenkase koju ste odabrali. Ovu karticu morate kod svake posete lekara da pokažete. Ako morate kod lekara, a jos uvek nemate karticu, dobijate od vaše socijale potvrdu da ste prijavljeni krankenkasi. Ovu potvrdu možete pokazati lekaru.
 - b) U okviru jednog kvartala morate kod svake posete lekara ili zubara da platite taksu u visini od 10 evra Maloletna deca su oslobodjena takse.
 - c) Kod svakog lekarskog prepisa lekova, pomocnih utenzila kao i kucne nege morate takodje doplatiti i to najmanje 5 ali najviše 10 evra.
3. Koliko morate najviše doplatiti ? U okviru jedne godine vaše ucešce iznosi najviše 71,04 evra kad dostignete ovu sumu, možete kod vaše krankenkase da predate zahtev da vas oslobodi dajnjeg doplacivanja za sledecu godinu ali. Obratite pažnju !! da o svakom vašem ucešcu morate da sacuvate racune i ove priložite kod krankenkase.
Ako ove ne priložite necete biti oslobodjeni.
4. Hronicno bolesni pacijenti placaju ubuduće 35,52 evra. Koji pacijenti spadaju u grupu hronicno bolesnih, dokazace ovo krankenkasi, sa potvrdom od svog lekara.
AOK za ovo izdaje besplatne formulare. Ako ste se odlucili za druge krankenkase, onda upitajte tamo za formulare.
5. Kod naocara nema izmena samo kod maloletnika i pacijenata sa velikom dioptrijom i smetnjama u vidu. Do koje mere jedan pacijent ima smetnje u vidu, potvrđuje mu njegov ocni lekar, pa na osnovu toga krankenkasa odlucuje o svom ucešcu.



Vini Re !!!
Ndryshime të rëndë si shme !!!
Çfarë duhet të kem unë parasysh mbas
datës 01.01.2004 në lamin e shërbimit
mjekësor.

1. A merrni ju shërbimet sociale sipas § 3 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjekësor me ngjyrë jeshile) ? Në se po, atëhere për Ju nuk ndryshon kurrfarëgjaje. Pra, si edhe më parë Ju nuk do të paguani taksën e mjekut (prej 10€), as edhe pagesa shtesa për barnat mjekësore dhe mjete shëruese.
2. A merrni Ju shërbimet sociale sipas § 2 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjekësor me ngjyre të bardhë) ? Në se po, tani e tutje duhet të mbani parasysh geramat e mëposhtëme :
 - a) Ju nuk do të merrni më tutje prej entit të socialit dëftesën për shërbim mjekësor, perndryshe Ju do të merrni prej Kasës (Arkës) mjekësore që ju e keni zgjedhur vetë, një Chipkarte. Kjo Chipkarte duhet paraqitur mjekut sa herë që Ju shkoni me u vizitue tek ai. Për periudhën – kohën që Ju hala nuk keni marrë prej Kases mjekësore kete Chipkarte, enti i socialit ju jep Ju një vërtetim, të cilin Ju duhet të ja paraqitni dhe dorëzoni mjekut.
 - b) Ju duhet të paguani 10 € taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i përgjithshëm dhe 10€ taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i dhambeve. Fëmijët e vegjël janë të liruar prej këtyre dy pagesave – taksa.
 - c) Për çfarë do lloji barnash ose medikamentesh që mjeku shkruan për Ju (edhe në rastet kur mjeku shkruan për Ju kujdes mjekësor në banesë), Ju duhet të paguani një shtesë të hollash. (Ma së paku 5 € dhe ma së shumti 10 €).
3. Sa të holla duhet me pague unë ma së shumti ? Brenda 1 viti kalendarik duhet me pague gjithsejt 71,04 € Kjo shumë të hollash është kufini maksimal. Në qoftëse Ju e keni arritur këtë shumë të hollash, atëhere Ju duhet me ba një kërkesë tek Kasa e shërbimit mjekësor për me liruar nga pagesat e tjera per periudhëe mbetur deri në fundin e vitit kalendarik.
Porse duhet me pasë shumë kujdes !!!
Të gjitha pagesat që ju keni ba duhet të vërtetohen. Për këtë Ju duhet të grumbulloni të gjitha dëftesë – pagesat si përshembull – dëftesë – pagesën për taksën e mjekut, dëftesë – pagesën për barnat e të tjera si këto, dhe të gjitha sëbashku të ja paraqitni Kasës mjekësore. **Pagesat që Ju nuk i vërtetoni, nuk merren parasysh.**
4. Kufini i pagesave për personat me sëmundje kronike është 35,52 € Personi me sëmundje kronike duhet të paraqesë pranë Kasës mjekësore Vërtetimin përkatës të lëshuar nga mjeku juaj, i cili provon se Ju jeni i sëmurë kronik per ketë Kasa mjekësore AOK ven për Ju në dispozicion formularin përkatës pa pagesë. Nëqoftëse Ju keni zgjedhur një Kasë mjekësore tjetër (pra jo AOK), Ju duhet të interesoheni vetë pranë asaj Kase mjekësore në se ajo Ju ven në dispozicion formularin me anë të cilit mjeku duhet të vërtetojë se Ju jeni i semurë kronik.
5. Vetëm fëmijët dhe të rinjtë si dhe personat me shikim të dëmtuar rëndë kanë të drejtë për syze – gjyslyke. Shkalla e dëmtimit të shikimit përcaktohet nga mjeku ndërsa, vendimin ka të drejtë me e marrë Kasa mjekësore.



إنتبه!
تغييرات مهمة!!

ما الذي يجب علي أن انتبه له في مجال العلاج
الصحي؟

1 هل تحصل على المساعدات بناء على المادة الثالثة من قانون مساعدة طالبي اللجوء (بطاقة علاج خضراء)؟ في هذه الحالة لن يتغير أي شئ بالنسبة لك. و لا يجب أن تدفع تكاليف إضافية. وينطبق هذا على كافة الخدمات الصحية بما فيها تعريفه مراجعة عيادة الطبيب والتكاليف الإضافية فيما يتعلق بالأدوية.

2 هل تحصل على المساعدات بناء على المادة الثانية من قانون مساعدة طالبي اللجوء (بطاقة علاج بيضاء)؟ في هذه الحالة عليك أن تنتبه لمايلي:

- (أ) لن تحصل من الآن فصاعدا على بطاقة العلاج الطبي من مكتب المساعدات وإنما ستستلم بطاقة الكترونية من المؤسسة الصحية Krankenkasse التي يحق لك أن تختارها بنفسك. ويجب إبراز هذه البطاقة للحصول على الخدمات الطبية المطلوبة. وفي حالة إضطرارك لمراجعة الطبيب قبل أن تحصل على البطاقة الإلكترونية يقوم مكتب المساعدات بوضع وثيقة مؤقتة تثبت بأنك قمت بتقديم طلب رسمي للحصول على البطاقة الإلكترونية. ويمكن إستخدام هذه الوثيقة لدى مراجعة الطبيب.
- (ب) لدى مراجعة الطبيب أو طبيب الأسنان يجب أن تدفع 10 € للفصل الواحد. ولا ينطبق هذا على الأطفال القاصرين في العمر.
- (ج) يجب دفع مبلغ إضافي لكل وصفة طبية ولكل أشكال العلاج والتوجيهات الطبية (مثل توفير الخدمات الصحية المنزلية) وكذلك الأدوات الضرورية. (الحد الأدنى 5 € والحد الأقصى 10 €).

3 ما هو الحد الأعلى للمبلغ الذي يجب علي دفعه؟

يجب عليك أن تدفع في السنة التقويمية مساهمة مالية تبلغ 71,04 €. هذا هو الحد الأقصى. في حالة وصول هذا الحد يمكن أن تقدم طلبا للـ "Krankenkasse" لتحريرك من المساهمة المالية لما تبقى من السنة.

إنتبه لما يلي:

يجب أن تقدم ما يثبت حصولك على الخدمات الطبية حتى ذلك الوقت. لذلك يجب بكل الوصولات المتعلقة بتعريفه المراجعة وحصنة ثمن الأدوية .. الخ.
أما الخدمات التي لا تتوفر حولها وصولات فإنها لن تؤخذ بنظر الإعتبار.

4 يبلغ الحد الأعلى من المساهمة المالية بالنسبة للمصابين بأمراض مستعصية 35,52 €. في حالة كونك مصابا بمرض مستعص يجب عليك أن تقدم تقريرا طبيا حول ذلك إلى الـ "Krankenkasse". هناك لدى مؤسسة " AOK " إستثمارات خاصة بذلك. أما بالنسبة للمؤسسات الأخرى فعليك أن تسأل هناك فيما إذا كانت لديها إستثمارات مماثلة.

5 لا تعطى النظارات إلا للأطفال والقصرين وللمصابين بأمراض مستعصية في العينين. ويقوم الطبيب بتحديد درجة قصر أو بعد النظر أما قرار تقديم الخدمات المطلوبة فيتم من قبل المؤسسة الصحية "Krankenkasse"



Frau
Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Am Propsthof 78a

53121 Bonn

Georgenkirchstrasse 69/70
10249 Berlin

Tel.: (030) 24344 – 5762
Fax: (030) 24344 – 5763

buero@fluechtlingsrat-berlin.de
www.fluechtlingsrat-berlin.de

Berlin, 1. März 2004

Gesundheitsreform - Probleme und Lücken in der Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen

Sehr geehrte Frau Ministerin,

die Gesundheitsreform hat zu gravierenden Problemen und Lücken bei der medizinischen Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen geführt.

Zu den bereits seit 1993 bestehenden, durch §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz verursachten schwerwiegenden Mängeln der medizinischen Versorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge sind nunmehr weitere Mängel für Leistungsberechtigte nach BSHG und nach AsylbLG gekommen.

Hieran ändert die im Grundsatz begrüßenswerte, jedoch inkonsequente und bürokratische Einbeziehung in die Krankenversicherung gemäß § 264 SGB V nichts. Besser gewesen wäre eine Pflichtversicherung nach § 5 SGB V.

Wir möchten Ihnen hier einige Probleme mitteilen und Sie zugleich um eine möglichst umgehende Stellungnahme bzw. Klarstellung bitten.

1. Nicht tragbare Eigenleistungen. Größtes Problem ist, dass seit dem 1.1.2004 für Sozialhilfeberechtigte viele **Krankenbehandlungsbedarfe garnicht mehr gedeckt** werden.

Durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG sind über die Zuzahlungen von 70 Euro im Jahr hinaus zahlreiche medizinische Leistungen aus dem Sozialhilferegelsatz vollständig selbst zu zahlen, darunter

- **Brillen** und Hörgerätebatterien,
- die Kosten für medizinisch notwendige, jedoch **nicht verschreibungspflichtige Medikamente**,
- notwendige **Dolmetscherkosten** für komplizierte Behandlungen sprachunkundiger sozialhilfeberechtigter Ausländer (vgl. dazu noch die Gesetzesbegründung zur erst 2001 mit dem SGB IX erfolgten Neufassung des § 38 Abs. 2 BSHG!), sowie
- die Kosten von (ggf. regelmäßig) notwendigen **Fahrten mit dem ÖPNV** zur ambulanten Behandlung beim (Fach)arzt, Krankenhaus, Psychotherapie usw.

Bereits **die Summe** der medizinisch notwendigen Fahrtkosten kann in ländlichen Regionen den Sozialhilfesatz zu wesentlichen Teilen oder auch ganz aufbrauchen. Dies gilt umso mehr, wenn weitere der o.g. Bedarfe hinzukommen. Wegen des Erfordernisses sprachkundiger Behandler einerseits und der "Vertei-

lung" in Unterkünfte in sehr ländlichen Regionen andererseits sind Flüchtlinge hiervon in besonderem Maße betroffen.

Eine Möglichkeit, die genannten Kosten im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen, fehlt seit dem 1.1.2004. Aus der Neuregelung können sich daher im Einzelfall verfassungsrechtlich relevante Bedarfsdeckungslücken ergeben.

Wir bitten Sie um Stellungnahme, wie die genannten Bedarfe zu decken sind, sobald der Regelsatz verbraucht ist bzw. weitere Eigenanteile nicht mehr zulässt.

2. Rechtswidrig verlangte Zuzahlungen. Leistungsberechtigte nach **§§ 4 und 6 AsylbLG** (Asylsuchende in den ersten 3 Jahren) erhalten weiterhin vom Sozialamt Krankenhilfe und sind deshalb **von den Zuzahlungen befreit**.¹ Dieser Personenkreis könnte die Zuzahlungen von einem "Taschengeld" von seit 1993 unverändert 1,36 Euro/Tag (einem Euro und sechsunddreissig Cent bzw. 40,90 Euro/Monat als einzig verfügbarem Bargeld, § 3 AsylbLG) auch gar nicht leisten.

Dennoch verlangen in der Praxis- in Unkenntnis der Neuregelung - seit Jahresbeginn Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser usw. bundesweit regelmäßig auch von diesem Personenkreis **regelmäßig Zuzahlungen**, obwohl das SGB V in diesen Fällen gar nicht anwendbar ist.

Das Problem ist auf **unzureichende Information durch** die betreffenden Verbände der **Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser und das BMGS** (Fehlanzeige auch auf www.bmgs.de ...) zurückzuführen. Wir bitten Sie daher um Mitteilung, wie Sie die entsprechende Information künftig bekannt machen wollen.

3. Manche Sozialhilfeberechtigte verfügen nur sehr begrenzt über Bargeld und können die Zuzahlungen und Eigenleistungen deshalb gar nicht leisten. Sie wurden vom Gesetzgeber anscheinend jedoch "vergessen". Dies betrifft z.B.

- alte Menschen und andere **in Einrichtungen lebende Menschen**, die nur ein Taschengeld in Höhe von 30 % des Sozialhilfesatzes erhalten (§ 21 BSHG)
- nach § 2 AsylbLG leistungsberechtigte **Asylbewerber**, die **in Gemeinschaftsunterkünften** leben und dort aufgrund § 2 Abs. 2 AsylbLG ebenfalls nur ein Taschengeld in Höhe von 30 % des Sozialhilfesatzes (vielerorts sogar noch weniger) erhalten.
- nach § 3 AsylbLG leistungsberechtigte **Asylbewerber**, die **in Gemeinschaftsunterkünften** leben müssen (§ 53 AsylVfG), aber **erwerbstätig** und deshalb bei einer **Krankenkasse pflichtversichert** sind. Diese Personen sind wegen geringen Einkommens häufig auf ergänzende Leistungen nach dem AsylbLG angewiesen und müssen einen wesentlichen Teil ihres Einkommens für die erhaltenen Sachleistungen an die Kommunen erstatten (§ 7 Abs. 1 AsylbLG). Sie verfügen dann nur sehr begrenzt über Bargeld. Zudem ist die Freibetragsregelung für Sozialhilfeberechtigte hier nicht anwendbar.

Wir bitten Sie um Mitteilung, wie der genannte Personenkreis Zuzahlungen und Eigenleistungen erbringen soll und welche gesetzliche Klarstellungen Sie in diesem Bereich beabsichtigen.

4. Sozialhilfesatz reicht nicht. Die genannten Krankheitskosten - Zuzahlungen bis zu 70 Euro/Jahr und dazu noch die der Höhe nach gänzlich unbegrenzten Eigenleistungen - sollen seit 1.1.2004 im **Sozialhilferegelsatz** enthalten sein (Änderung VO zu § 22 BSHG). Der Regelsatz wurde jedoch nicht entsprechend angehoben.

¹ Dasselbe gilt für nicht krankenversicherte Leistungsberechtigte, die vom Jugendamt Krankenhilfe gemäß § 40 SGB VIII erhalten, z.B. unbegleitet minderjährig eingereiste Flüchtlinge, sowie für Leistungsberechtigte, die ausnahmsweise weiterhin vom Sozialamt Krankenhilfe nach § 37f. BSHG erhalten, § 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V.

Auch zum 1.1.2005 ist dies laut Entwurf VO zu § 28 SGB XII nicht geplant. Wir bitten Sie daher um Stellungnahme, wie die genannten Krankheitskosten aus einem der Höhe nach gleichbleibenden Sozialhilfesatz zusätzlich getragen werden sollen.

5. Muss jetzt der Rettungshubschrauber aus dem Sozialhilfesatz bezahlt werden? In Folge der Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG **fehlt im BSHG** ein Verweis auf den Abschnitt Fahrtkosten im SGB V, so dass - folgt man dem Wortlaut des nunmehr insoweit einschlägigen § 37 BSHG - die nicht nach § 264 SGB V versicherten Sozialhilfeempfänger (§ 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V, z.B. auch Nothilfefälle nach § 121 BSHG) Krankentransporte und Rettungsfahrten - bis hin zum Transport mit dem Rettungshubschrauber - aus dem Sozialhilferegelsatz ansparen sollen!

Dasselbe scheint für den Kreis der § 264 SGB V "versicherten" Sozialhilfeberechtigten zu gelten: In § 264 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird lediglich auf den Leistungskatalog des § 11 Abs. 1 SGB V sowie auf §§ 61 und 62 SGB V verwiesen. Ein **Verweis auf § 60 SGB V (Fahrtkosten) fehlt auch an dieser Stelle**, woraus geschlossen werden kann, dass auch die nach § 264 SGB V Versicherten den Rettungshubschrauber aus ihrem Sozialhilfesatz bezahlen sollen.

Wir können dennoch nicht glauben, dass dieses Ergebnis gewollt ist, und vermuten deshalb, dass es sich hier "nur" um einen Fehler des Gesetzgebers handelt. Wir bitten Sie daher um Stellungnahme und Klärung, wie Sie hier Abhilfe schaffen wollen.

6. Sozialhilfeberechtigte schieben notwendige Arztbesuche auf. Im Bereich der Versorgung von Sozialhilfeberechtigten machen die Zuzahlungen massive Probleme. Wenn als Zuzahlung 10 Euro verlangt werden, ist das ein erheblicher Anteil des verfügbaren Budgets.

Wir beobachten mit großer Sorge, dass Sozialhilfeberechtigte und Flüchtlinge neuerdings dazu tendieren, Arztbesuche möglichst aufschieben und auch dringend notwendige Behandlungen zu verschleppen. Dass Vorsorge zuzahlungsfrei ist, hilft leider nicht weiter, da der Patient damit rechnen muss, dass der Arzt irgendetwas "findet" und deshalb die Zuzahlung verlangt.

Bislang galt Vorsorge als Möglichkeit, Krankheit zu verhindern und Kosten zu sparen. Nunmehr tritt in Folge der Reform an Stelle der Vorsorge das **Prinzip des Aufschiebens und Verschleppens**.

Nicht zuletzt durch die Erfahrungen mit den Einschränkungen durch §§ 4 und 6 AsylbLG dürfte inzwischen hinreichend nachgewiesen sein, dass durch Einschränkungen und Aufschieben notwendiger Krankenbehandlungen finanzielle Einsparungen nicht zu erzielen sind. Vor allem aber verstößt das Prinzip des Verschleppens notwendiger Krankenbehandlung gegen die Menschenwürde und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit.

7. Die Rolle der neuen Patientenbeauftragten ist uns unklar. Vergeblich haben wir unter www.die-patientenbeauftragte.de Anschrift, Telefonnummer, Fax, Email usw. der Beauftragten gesucht. Das auf der Seite der Patientenbeauftragten unter "Kontakt" enthaltene Emailformular hat als Adressaten (was der Nutzer leicht übersieht...) nicht die Beauftragte, sondern das BMGS...

Der Internetauftritt www.die-patientenbeauftragte.de hat uns aus einem weiteren Grund irritiert: Dieser ist per automatischer Weiterleitung eingebunden in die Seiten des BMGS zur Darstellung der Gesundheitsreform <http://www.die-gesundheitsreform.de>.

Die Aufgabe einer Beauftragten ist nach unserem Verständnis nicht das "Verkaufen" von Regierungspolitik, sondern als Ansprechpartnerin der Patienten das Aufmerksammachen auf Mängel und Probleme der Regierungspolitik und das Einsetzen für die Belange der Patienten.

Sobald die Beauftragte über den in § 140 h SGB V vorgesehenen Arbeitsstab, der sie bei ihren Aufgaben unterstützt, Anfragen beantwortet etc. verfügt, wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns die entsprechenden Angaben, Kontaktdaten usw. mitteilen könnten.

Zusammenfassend müssen wir feststellen: Wir haben große Sorge, dass die Gesundheitsreform dazu führt, dass Flüchtlinge und andere sozial benachteiligte Menschen seltener zum Arzt gehen, kränker werden und möglicherweise früher sterben. In vielen der oben genannten Fälle können sie die erforderliche medizinische Versorgung überhaupt nicht mehr erhalten. Hieran ändern im Ergebnis auch die für Sozialhilfeberechtigten, Kinder und Chroniker ggf. möglichen Ermäßigungen und Befreiungen nichts.

Die Gesundheitskosten und die durch das GMG auf Kranke zukommenden Eigenleistungen und Zuzahlungen sind - wie die o.g. Aufstellung deutlich macht - naturgemäß im Einzelfall sehr unterschiedlich. Schon deshalb können sie über einen pauschalen, knapp zur Sicherung des Existenzminimums reichenden Sozialhilfe"regel"satz nicht nebenbei mit abgedeckt werden.

Die Rückkehr zur einer solidarischen Krankenversicherung auch und gerade für sozial Benachteiligte, zumindest aber die Wiedereinführung des § 38 Abs. 2 BSHG in der bisher geltenden Form ist unseres Erachtens dringend geboten, um eine verfassungskonforme und bedarfsdeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.

Wir freuen uns auf Ihre **Stellungnahme** zu den oben genannten Problemen und Gesetzesmängeln und Ihre Vorschläge zur Abhilfe bzw. Korrektur.

Wir danken für Ihre Bemühungen und stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
i.A.

Georg Classen

Kopien:

- Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel MdB
- Integrationsbeauftragte der Bundesregierung, Marieluise Beck
- Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, Karl Herrmann Haack
- PRO ASYL