Bethel

Benachteiligung durch das GMG

Evaluation der Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe

Eine Untersuchung im
Stiftungsbereich Behindertenhilfe und im
Stiftungsbereich Integrationshilfen der
v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel

(Kurzfassung)

Elisabeth Bergner
Helmut Braun
Jürgen Lempert-Horstkotte
Lydia Müller
Heidi Post
Prof. Dr. Michael Seidel

Bielefeld, September 2006

1 Ausgangslage und Anlass der Studie

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - „GMG“) ist zum 01.01.2004 in Kraft getreten. Bereits im Vorfeld ist durch die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel (vBA Bethel) darauf hingewiesen worden, dass sich dieses Gesetz nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung von behinderten und sozial benachteiligten Menschen auswirken wird. Dazu sind auf unterschiedlichen politischen Ebenen Gespräche geführt worden, auch im Bundeskanzleramt mit dem damaligen Bundeskanzler Gerhard Schröder. Zwar sind Modifikationen des Gesetzes zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgt, aber ein Monitoringprozess zu den Auswirkungen des Gesetzes wurde angekündigt. Die vorliegende Studie ist der Beitrag der vBA Bethel zu diesem Monitoring.

Für nahezu alle Klientinnen und Klienten in unseren Hilfefeldern, vor allem für Menschen mit Behinderungen und chronischen psychischen Erkrankungen sowie Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich, aber auch für Mitarbeitende in den vBA Bethel war die erste Phase nach Inkrafttreten des Gesetzes von diversen Verwirrungen und Irritationen geprägt. Unterschiedliche Interpretationen und fehlende Ausführungsbestimmungen zum Gesetz (Regelungen der Selbstverwaltung) haben die Umsetzung erheblich beeinträchtigt.

Inzwischen hat sich einige Routine im Umgang mit den neuen Bestimmungen eingestellt. Dennoch sind die Auswirkungen des Gesetzes für das Klientel fast aller Hilfefelder der vBA Bethel deutlich spürbar und lösen Betroffenheit und Kritik aus. Es wird darüber berichtet, dass im Einzelfall außergewöhnliche Härten und Problemlagen, Nöte und erheblich erschwerte Zugänge zu Leistungen des Gesundheitswesens entstanden sind. Probleme zeigen sich in den Bereichen, in denen auch in der öffentlichen Diskussion die nachteiligen Wirkungen des Gesetzes kritisiert werden. Klientinnen und Klienten, Angehörige, Mitarbeitende und gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer nehmen folgende benachteiligende Effekte wahr:

- erhöhte und vermehrte Zuzahlung bei Medikamenten, Heilmitteln, Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten
- Einführung der Praxisgebühr
- umfangreiche Leistungsausschlüsse bei OTC-Präparaten, Sehhilfen, Zahnersatz, Kontrazeption
- Einschränkungen bei Krankentransportleistungen
- Wegfall genereller Befreiungen für Menschen mit geringen Einkommen, z. B. für sozialhilfeabhängige Heimbewohnerinnen/Heimbewohner.

Die Auswirkungen des GMG sind für Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfeleistungen verschärft worden, weil mit dem GMG und dann mit einer neuen Regelsatzsystematik des SGB XII ab dem 01.01.2005 im Prinzip keine Gesundheitsleistungen außerhalb des GKV-Katalogs mehr finanziert werden.

Eine systematische Bewertung der Sachlage in den vBA Bethel war allerdings schwierig, weil ein Teil der Auswirkungen im Direktverhältnis zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bzw. Apothekerinnen und Apothekern, Heilmittelerbringern einerseits und den Klientinnen und Klienten andererseits stattfindet und weil keine systematische Mitteilung der Klientinnen und Klienten über Kostenbelastung an die Mitarbeitenden erfolgte. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen, die auch in anderen sozialen Einrichtungen diskutiert wurden, entstand die Idee

zur Durchführung einer Studie, um die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes systematisch und exemplarisch zu evaluieren.

2 Hypothesen und Zielsetzung

Die Einschätzungen zu den Auswirkungen des GMG für Klientinnen und Klienten der Hilfefelder Behindertenhilfe, Psychiatrie (außerklinisch) und Wohnungslosenhilfe der vBA Bethel sind zunächst in folgenden Grundannahmen verdichtet worden:
Klientinnen und Klienten sind „in besonderem Maße" negativ durch das GMG betroffen,

- weil sie i. d. R. einen überdurchschnittlich hohen medizinischen Bedarf haben, also bei entsprechender Inanspruchnahme überdurchschnittlich hohe Zusatzkosten (Zuzahlung u. Selbstbehalte) zu tragen haben,
- weil sie i. d. R. über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügen und deshalb nicht in der Lage sind, individuelle Beiträge zum medizinischen Leistungsbedarf selbst zu finanzieren,
- weil sie nicht über die notwendigen Fähigkeiten und Möglichkeiten (Wissen, Organisation, Durchsetzungsvermögen, technische Voraussetzungen) verfügen, um mögliche Erleichterungen zu erwirken.

Aus diesen Grundannahmen sind folgende Haupt-Hypothesen entwickelt worden:

- Die Personengruppen Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe sind von notwendigen medizinischen Leistungen ausgeschlossen.
- Der Einsatz eigener finanzieller Ressourcen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stellt für diese Personengruppen eine besondere Härte dar.

Daraus wiederum sind folgende Unter-Hypothesen formuliert worden:

- Personen nehmen Leistungen nicht in Anspruch, weil sie diese nicht bezahlen können.
- Personen nehmen Leistungen nicht in Anspruch, weil sie oder die sie unterstützenden Personen über ihre Ansprüche und die Wege zur Erlangung der Leistungen nicht ausreichend informiert sind oder diese nicht durchsetzen können.
- Personen können ihre Gesundheitskosten nur dadurch bewältigen, indem sie ihr Barvermögen (unterhalb der „Schongrenze", nach SGB XII) einsetzen bzw., wenn kein ausreichendes Barvermögen vorhanden, Darlehen aufnehmen.
- Personen verzichten auf Leistungen, weil sie im Rahmen ihrer geringen Einkommen nicht bereit sind, einen zunehmend höheren Anteil für Gesundheitskosten einzusetzen.
- Personen stehen in einem Entscheidungskonflikt zwischen medizinischen Leistungen und wichtigen Leistungen zur Teilhabe (an der Gesellschaft).

Für die Untersuchung sind folgende Zielsetzungen benannt worden:

- Der Regelungsinhalt des GMG (und ergänzend des SGB XII) soll bezogen auf Klientinnen und Klienten verschiedener sozialer Hilfefelder der vBA Bethel dargestellt werden.
- Die Auswirkungen des GMG auf das Inanspruchnahmeverhalten nicht nur der Klientinnen und Klienten selbst, sondern auch von signifikanten Anderen[1] (Angehörigen, Mitarbeitenden, Ärztinnen/Ärzte) sollen erfasst werden.
- Es soll geprüft werden, ob die Klientinnen und Klienten der vBA Bethel vom GMG in unzumutbarer Weise belastet werden – unzumutbar entweder in finanzieller Hinsicht oder in der Qualität der medizinischen Versorgung.
- Es sollen eine anschauliche Darstellung von ‚Fällen' durch Fallrekonstruktion und die Erhebung von Kontextbedingungen und Einflussfaktoren (z. B. auch das Verhalten von signifikanten Anderen) erfolgen.

3 Durchführung und Sample

Die Studie selbst wurde mit Eigenmitteln der vBA Bethel finanziert und im Zeitraum zwischen dem 15.02.2006 und dem 31.07.2006 erstellt. Die Größe der befragten Samples musste auf ein realisierbares Maß begrenzt werden, hat aber nicht zu Abstrichen in der methodischen Sorgfalt geführt. Die Studie ist explorativ angelegt. Es geht darum, begründete Vermutungen genauer zu formulieren und einer Überprüfung zu unterziehen. Das methodische Vorgehen ist mehrstufig angelegt und kombiniert quantitative mit qualitativen Methoden der Datenerhebung. Es besteht aus:

- einer Fragebogenerhebung,
- vertiefenden Interviews mit aus dem Fragebogen-Sample ausgewählten Klientinnen und Klienten
- Fokusgruppen-Interviews mit Personen aus dem professionellen Umfeld der Klientinnen und Klienten
- Experteninterviews mit Personen - teils Face-to-Face, teils telefonisch geführt - die mit der medizinischen Versorgung befasst sind. Dies sind im Wesentlichen niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte, aber auch Angehörige der Heil- und Hilfsberufe sowie Beschäftigte von Krankenkassen.

So haben insgesamt über 150 Personen durch ihre Auskünfte zu den Ergebnissen der Studie beigetragen. Das Sample umfasst 57 Klientinnen und Klienten aus 3 Hilfefeldern der vBA Bethel (n=57):

- Empfängerinnen/Empfänger stationärer (n=10) und ambulanter (n=10) Eingliederungshilfen im Hilfefeld Behindertenhilfe
- Empfängerinnen/Empfänger stationärer (n=10) und ambulanter (n=10) Eingliederungshilfen im Hilfefeld Psychiatrie sowie
- Empfängerinnen/Empfänger stationärer (n=10) und ambulanter (n=7) Eingliederungshilfen im Hilfefeld Wohnungslosenhilfe.

[1] Damit sind alle Bezugspersonen des sozialen Nahraums gemeint, die als Unterstützende wirken oder als solche in Frage kommen.

Für jedes Hilfefeld wurde eine Einrichtung bzw. ein Team ausgewählt mit einem Klientenstamm ausreichender Größe. Befragt worden sind Klientinnen und Klienten ab 18 Jahre, Männer und Frauen gleichermaßen, die Mitglied der GKV oder vorübergehend über einen Sozialhilfeträger versichert sind. Neben diesen Einschlusskriterien Alter und Versicherungsstatus – und selbstverständlich der Freiwilligkeit – stellte die mentale und psychische Fähigkeit, interviewt zu werden, ein zentrales Auswahlkriterium dar. Beim vertiefenden Interview war das inhaltliche Auswahlkriterium das Ergebnis des Fragebogens. War dem zu entnehmen, dass jemand besondere Schwierigkeiten bei der Erlangung medizinischer Leistungen hatte, wurde sie/er als Kandidatin/Kandidat bestimmt und bei Einverständnis das Interview durchgeführt.

Aus den oben beschriebenen Hypothesen sind Fragenkomplexe als Grundlage der Fragebögen bzw. Gesprächsleitfäden für die Interviews abgeleitet worden:

- Angaben zum medizinischen Bedarf
  - beurteilt aus Sicht der Klientin/des Klienten bzw. der/des Mitarbeitenden und
  - sofern Klientinnen/Klienten vom internen ärztlichen Dienst betreut werden aus der Sicht der betreuenden Ärztin/des betreuenden Arztes.
- Welche medizinischen Leistungen wurden in einem gegebenen Zeitraum in Anspruch genommen?
- Entspricht die Inanspruchnahme dem Bedarf?
- In welchem Umfang nutzten Klientinnen und Klienten Regelungen des GMG, mit denen finanzielle Härten abgemildert bzw. die Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen erleichtert werden sollen (z. B. Chronikerregelung)?
- Welche direkten Kosten haben Klientinnen und Klienten in einem gegebenen Zeitraum für ihre Gesundheit getragen?
- Über welche finanziellen Ressourcen verfügen Klientinnen und Klienten?
- Bringt die Knappheit finanzielle Ressourcen für Klientinnen und Klienten Entscheidungskonflikte zwischen Ausgaben für Gesundheitsleistungen und sonstigen Ausgaben zur Existenzsicherung oder gesellschaftlichen Teilhabe mit sich?

Folgende soziodemografische Variablen kennzeichnen die Teilnehmenden (TN) aus den Zielgruppen der Studie:

Alter: Knapp ein Viertel (n=14) der 57 Befragten ist zwischen 26 und 35 Jahre alt, jünger als 26 ist nur ein TN. Jeweils ein gutes Fünftel (n=12) entfällt auf die Altersgruppe 36-45 Jahre, 46-55 Jahre und 56-65 Jahre. Ältere (66-75 Jahre) und hoch Betagte (76 Jahre und älter) sind mit 4 bzw. 2 TN deutlich häufiger vertreten als die jüngste Altersgruppe (18-25 Jahre).

Geschlecht: 37% (n=21) sind weiblich, 63% (n=36) sind männlich.

Beschäftigung: Rund 50% (n=29) der Befragten geht einer Beschäftigung nach, die meisten davon in einer Werkstatt für behinderte Menschen (n=18) oder sonstigen Beschäftigungen auf dem 2. Arbeitsmarkt (z. B. 1-Euro-Job, n=7). Lediglich ein Teilnehmer hat einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Krankenkassen: Mehr als 50% (n=30) der TN sind bei einer AOK versichert, 23% (n=13) bei einer Ersatzkasse, 12% (n=7) bei einer Betriebskrankenkasse und knapp 9% (n=5) bei einer Innungskrankenkasse. Über eine private Zusatzversicherung verfügen 7% (n=4) der Befragten (sie sind sämtlich Klientinnen und Klienten der ambulanten Psychiatrie).

Verfügbares Einkommen: Klientinnen und Klienten der stationären Einrichtungen verfügen im gesamten Jahr 2005 über Einkommen zwischen 720 Euro und rund 3.000 Euro; die monatlichen Beträge belaufen sich zwischen 60 Euro und 325 Euro. 43% (n=12) haben im Monat einen Barbetrag von ca. 89 Euro oder weniger zur Verfügung (Heimbewohnerinnen/Heimbewohner). Klientinnen und Klienten der ambulanten Betreuung haben ein Jahreseinkommen zwischen 2.400 und 18.000 Euro. Die Hälfte der Befragten hat weniger als 420 Euro im Monat zur Verfügung.

Behinderungen, Beeinträchtigungen, Erkrankungen: Das Spektrum von Behinderungen und Beeinträchtigungen geht weit auseinander: In der Behindertenhilfe geben 80% (n=8) der Klientinnen und Klienten in der stationären und 70% (n=7) in der ambulanten Hilfe an, unter einer Epilepsie zu leiden. Geistige Behinderung liegt in den Nennungen an zweiter Stelle mit 40% bzw. 30%. Die Lernbehinderung spielt für Klientinnen und Klienten der ambulanten Behindertenhilfe mit 60% eine bedeutende Rolle. 30% geben eine Beeinträchtigung des Sehens an, 20% eine Behinderung der Gliedmaßen und 20% eine Behinderung des Skeletts. Die Klientinnen und Klienten der Psychiatrie geben zu 80% in der ambulanten Hilfe und zu 100% in der stationären Hilfe an, durch eine chronisch psychische Erkrankung beeinträchtigt zu sein.
Bei den Klientinnen/Klienten der Wohnungslosenhilfe stehen Beeinträchtigungen durch Suchterkrankungen an erster Stelle: Mehr als die Hälfte der Befragten ist davon betroffen. Beeinträchtigungen des Sehvermögens wird ebenfalls von mehr als der Hälfte dieser Gruppe angegeben. Sämtliche Klientinnen und Klienten der Behindertenhilfe und immerhin 60% der Klientinnen und Klienten der Psychiatrie haben einen Schwerbehindertenausweis. Von den Klientinnen und Klienten der ambulanten Wohnungslosenhilfe verfügt nur eine Minderheit (30%) über einen solchen Ausweis; bei den Klientinnen und Klienten der stationären Wohnungslosenhilfe ist er gar die Ausnahme (10%).

Behandlungsbedarf: Ihren Behandlungsbedarf schätzen die Befragten zum ganz überwiegenden Teil als hoch oder sogar sehr hoch ein. Für die Klientinnen und Klienten der stationären Behindertenhilfe liegen diesbezüglich ärztliche Einschätzungen vor. Ausnahmslos wird der Behandlungsbedarf als hoch bzw. sehr hoch eingeschätzt.

4 Ergebnisse

1. *Ein Teil der Leistungen des Gesundheitswesens ist für die untersuchten Klientinnen und Klienten nicht mehr bezahlbar.*

Ob Klientinnen und Klienten auf Gesundheitsleistungen, die ihnen ärztlicherseits empfohlen werden, der Knappheit ihrer persönlichen finanziellen Ressourcen wegen verzichten, ist bezogen auf Arztbesuche selbst und Verschreibungen untersucht und dargestellt worden. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu den Arztbesuchen lassen allein noch kein klares Bild erkennen. Wenn aber die Daten aus den vertiefenden Interviews und den Fokusgruppen hinzugezogen werden, wird bezogen auf Klientinnen und Klienten der Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe die **Barrierewirkung der Praxisgebühr** deutlich herausgestellt. So haben beispielsweise zwei der Befragten aus mangelnder Liquidität eine dringend notwendige ambulante Versorgung nicht in Anspruch genommen, mit der Folge, dass später langwierige und kostenintensive Krankenhausaufenthalte notwendig wurden (was – und auch dies muss hier Erwähnung finden – Mitarbeitende mitunter zu privaten Zuwendungen an ihre Klientinnen und Klienten veranlasst, um solche Situationen abzuwenden).

Bezogen auf Verschreibungen sind die Angaben zur Frage nach dem Verzicht auf Leistungen bedeutsam. 39% der Befragten haben auf notwendige und ärztlich empfohlene Leistungen verzichtet; die Verzichte beziehen sich vor allem auf **Zahnersatz** (16%) sowie **Sehhilfen** (11%) und **Arznei- und Verbandmittel** (11%). Der nahezu vollständige Rückzug der GKV aus der Finanzierung von Sehhilfen führt für rund 40% der an der Untersuchung Teilnehmenden mittelfristig zu einem Versorgungsproblem mit zu erwartenden Auswirkungen für die Alltagsbewältigung und u. U. Unfallrisiken.

Aufwendungen für **behinderungsbedingte Mehrbedarfe**, die bei der Versorgung mit Hörgeräten und Zahnersatz ggf. entstehen, können die Betroffenen nicht aus ihren geringen Einkommen leisten. Das gleiche gilt für die Anschaffung von Therapie(drei)rädern, seitdem diese aus dem Hilfsmittelkatalog für Erwachsene mit Körperbehinderungen herausgenommen worden sind.

2. Die untersuchten Klientinnen und Klienten oder ihr Umfeld sind über ihre Ansprüche und die Wege zur Erlangung der Leistungen nicht ausreichend informiert oder können diese nicht durchsetzen.

Die Verzichtsnennungen beim **Zahnersatz** sind erheblich. Interviewte Klientinnen und Klienten aber auch Mitarbeitende beschreiben Furcht vor den aus Arztkonsultationen entstehenden Kosten insbesondere bei zahnärztlicher Behandlung und Brillenverschreibung. Die Härtefallregelung bei der Regelversorgung mit Zahnprothesen könnten nahezu alle Teilnehmenden der Studie in Anspruch nehmen. Damit stünde ihnen eine 100%ige Kostenübernahme zu. Die Fragebogenerhebung zeigt jedoch, dass 22% der Teilnehmenden einen Bedarf an zahnärztlicher Versorgung angeben, aber der Meinung sind, dafür zumindest anteilig selbst aufkommen zu müssen. Ihnen ist offenbar die Härtefallregelung nicht bekannt, oder sie sind mit deren Einzelheiten unvertraut. Auch manche Mitarbeitende sind diesbezüglich nicht in ausreichendem Maße kundig. Mangelnde Information ist also ein Kernthema der Nichtinanspruchnahme. Die Informationspflicht wird bei den Zahnärztinnen/-ärzten sowie bei den Krankenkassen gesehen; beide Instanzen kommen dem aber nicht in genügender Weise oder gar nicht nach.

Bezogen auf **Sehhilfen** sind die, wenn auch restriktiven Ausnahmeregelungen, unter denen es Versicherten möglich ist, nach wie vor eine Verordnung von Sehhilfen (Brillengläser) zu Lasten der GKV zu erhalten, den Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitenden so gut wie nicht bekannt. Erschwerend kommt hinzu, dass Mitarbeitende von Krankenkassen diese Regelungen für an Epilepsie/Spastik erkrankte Menschen oft sehr restriktiv auslegen.

Ein besonderes Problemfeld stellen für mobilitätseingeschränkte Teilnehmende der Studie die **Transportbescheinigungen** dar. Laut Fragebogenerhebung haben lediglich 5 Personen eine Transportbescheinigung für eine Krankenfahrt zur ambulanten ärztlichen Behandlung zu Lasten der GKV in Anspruch genommen. Gleichwohl erfüllen 31% (n=17) der an der Untersuchung beteiligten Personen die erste Grundvoraussetzung zum Erhalt einer Transportbescheinigung: Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG, Bl oder H. Die Teilnehmenden benennen einen Bedarf an Transportbescheinigungen. Es gelingt aber nicht, diesen durchzusetzen, nämlich eine generelle Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen und/oder eine ärztliche Verordnung zu erlangen. Die meisten Klientinnen und Klienten zahlen selbst.

In den Fragebögen und den Fokusgruppen berichten Mitarbeitende, dass sie sich in Folge des GMG in besonderer Weise um administrative Belange kümmern und mit erheblichem Zeitaufwand ihre Klientinnen und Klienten unterstützen müssen, um Härtefall- und Ausnahmeregelungen durchzusetzen. Dies führt gerade im ambulanten Bereich mit begrenzten

Fachleistungsstunden zu einer Minderung von Unterstützung zur Bewältigung des Alltags mit gleichwohl drängenden Problemen.

Zu den Barrieren der Nutzung und folglich auch der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen die entstehen, weil Klientinnen und Klienten bestimmte Informationen nicht haben, sich nicht beschaffen oder Verwaltungsvorgänge nicht in Gang setzen können, kommt eine instabile Motivationslage der Klientinnen und Klienten hinzu, die von ihrer Lebenssituation und Beeinträchtigung herrührt. Das Gesundheitsverhalten ist nicht habitualisiert; die Komplexität mancher Verfahren zur kostengünstigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt zur Ausgrenzung bestimmter Klientengruppen. So kumulieren Barrieren: zu geringen finanziellen Ressourcen summieren sich schwach ausgebildete Durchsetzungsfähigkeit, begrenzte Kompetenzen komplexe Handlungen zu planen und eine labile Motivationslage.

3. Die untersuchten Klientinnen und Klienten können einmalig hohe Ausgaben für Gesundheitsleistungen nur tätigen, indem sie außerordentliche Anteile des verfügbaren Einkommens oder des Vermögens, das regelmäßig unterhalb der Sozialhilfeschongrenze liegt, für Gesundheit aufbringen

Die finanziellen Aufwendungen für die üblichen Zuzahlungen und darüber hinaus gehende Zahlungen (z. B. Zahlungen, die über Festbeträge hinausgehen, Fahrtkosten), die die Teilnehmenden geleistet haben, sind breit gestreut. 39% der Teilnehmenden haben im Jahr 2005 Gesamtaufwendungen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Höhe von bis zu 50 Euro, bei 30% belaufen sich die Ausgaben auf bis zu 100 Euro. 7% geben bis zu 150 Euro aus und ein Viertel der Befragten hat Kosten von mehr als 200 Euro zu tragen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am verfügbaren Einkommen beläuft sich bei den stationären Klientinnen und Klienten für 40% unter dem Satz von 3,8% (Verbrauchswert für Gesundheit in der Regelsatzsystematik) und 50% geben mehr als 4,6 % ihres verfügbaren Einkommens für medizinische Leistungen aus. Zusätzlich sei angemerkt, dass darüber hinaus einzelne Befragte 12%, 30% und als Höchstbetrag 46% ihres verfügbaren Einkommens auf medizinische Leistungen verwenden. Bei den ambulanten Klientinnen und Klienten erreichen 75% der Teilnehmenden den Richtwert von 3,8% nicht sondern verwenden 2,9 % oder weniger ihres Einkommens für medizinische Leistungen. Bei einem Viertel übersteigen die anteiligen Ausgaben 4,2 % und der Höchstbetrag liegt bei 8,7 %. Die hohen Spitzenwerte zeigen an, dass der „durchschnittliche" Bedarf an Zahlungen für medizinische Leistungen zumindest für einen Teil der Befragten „bewältigbar" ist, aber einmalig hohe Ausgaben dazu führen, dass außerordentliche Anteile des verfügbaren Einkommens oder des Vermögens, das regelmäßig unterhalb der Sozialhilfeschongrenze liegt, für Gesundheit aufgebracht werden müssen. Ambulante Klientinnen und Klienten setzen einen eher geringen Anteil ihres verfügbaren Einkommens für Gesundheit ein. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die persönlichen Finanzmittel so knapp sind, dass die Finanzierung von Gesundheitsleistungen nur bei Verzicht in anderen Bereichen der Basisversorgung möglich ist oder unterbleibt.

Der Rückgriff auf Ersparnisse zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen spielt in den Ergebnissen der Studie nur eine geringe Rolle. Lediglich 10 Teilnehmende haben auf eigene Ersparnisse unterhalb der Schongrenze zurückgegriffen. Fast die Hälfte der Befragten (47%) verfügt nicht einmal über geringe finanzielle Reserven. So gut wie keine Bedeutung haben Darlehen. Für Klientinnen und Klienten stationärer Einrichtungen hat sich die Inanspruchnahme eines Darlehens zur Vorauszahlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen beim Sozialhilfeträger aufgrund des hohen administrativen Aufwandes und der langen Wartezeit als unpraktikabel erwiesen. Darlehen aufgrund eines besonderen krankheitsbedingten Bedarfes werden seitens der Betroffenen nicht durchgesetzt, weil kaum Spielraum für Rückzahlungen, die als Abzug von den Auszahlungen der Sozialhilfeträger erfolgen, besteht.

4. *Berfragte Klientinnen und Klienten verzichten auf Gesundheitsdienste, weil sie im Rahmen ihrer verfügbaren Einkommen nicht bereit sind, einen zunehmend höheren Anteil für Gesundheitskosten einzusetzen.*

Personen verzichten auf Leistungen: Es entfallen notwendige Arztbesuche, zahnärztliche Versorgung in Erwartung daraus resultierender Behandlungskosten entfällt (siehe oben), auf die Versorgung mit Brillen bzw. Sehhilfen wird verzichtet, Verordnungen für Arzneimittel werden erst dann eingelöst, wenn die finanzielle Lage es zulässt. Als Folgen benennen die Befragten nicht nur medizinische Konsequenzen, wie verlängerte Heilungsprozesse, sondern auch Auswirkungen für die Teilhabe an der Gesellschaft. So können sichtbar schadhafte Zähne zum Rückzug, zu Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt, zu Schwierigkeiten in der Partnersuche führen.

Hingegen entscheiden sich auch Teilnehmende – trotz ihres engen finanziellen Spielraums - für Gesundheitsleistungen. In der an der Untersuchung beteiligten Einrichtung der stationären Behindertenhilfe beobachten Mitarbeitende eine vergleichsweise hohe Bereitschaft ihrer Klientinnen und Klienten, Gesundheitsleistungen aus dem geringen verfügbaren Einkommen zu finanzieren. Vermutet wird ein Zusammenhang mit dem höheren Lebensalter. Klientinnen und Klienten aus dem ambulanten Bereich gelingt es durch strikte Ausgabendisziplin im Alltag kleine Summen anzusparen, um sie bei selbst zu finanzierenden Leistungen einsetzen zu können. Besondere Erwähnung soll an dieser Stelle aber auch finden, dass Entscheidungen zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen zugunsten des Einsatzes des verfügbaren Einkommens zur Befriedigung der Nikotinsucht getroffen werden.

5. *Befragte Klientinnen und Klienten stehen in einem Entscheidungskonflikt zwischen medizinischen Leistungen und Aufwendungen für die Lebensführung und die Teilhabe an der Gesellschaft.*

Die Personen, deren Alltag durch die o. g. Ausgabendisziplin bestimmt wird, verzichten auf Informationsmittel (Tageszeitung), Kommunikationsinstrumente (Telefon) und kulturelle Aktivitäten (z. B. Kino). Die Opportunitätskosten erstrecken sich aber auch auf Existenzgüter wie Lebensmittel, Kleidung und Möbel.

5 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen für einen größeren Teil der untersuchten Stichprobe, dass Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe in besonderem Maße durch das GMG benachteiligt werden. In Folge ihrer Beeinträchtigungen und ihrer überdurchschnittlich häufigen Comorbidität haben diese Personen in der Regel einen besonders hohen medizinischen Bedarf und gleichzeitig oft verminderte Kompetenzen in den Bereichen Selbstsorge, Motivation oder psychomentale Verfassung. Dadurch fehlen ihnen häufig die Voraussetzungen, um für die eigene Gesundheit und die Erlangung medizinischer Leistungen im Krankheitsfall angemessen sorgen zu können. Das GMG schafft durch die Erhöhung bzw. Ausweitung von Zuzahlungen und Aufzahlungen für Gesundheitsleistungen, durch die Einschränkungen des Leistungskatalogs der GKV und durch den Wegfall genereller Befreiungsbescheinigungen für Versicherte mit geringem Einkommen zusätzliche Barrieren. Die Inanspruchnahme medizinischer Grundversorgung ist von aktuell verfügbaren finanziellen Mitteln abhängig. Seit dem GMG steht die Zahlung vor vielen medizinischen Leistungen, sogar dem Besuch einer Hausärztin oder eines

Hausarztes. Wenn dieses Geld nicht zur Verfügung steht, wird ein Teil der Klientinnen und Klienten zwangsläufig von medizinischen Leistungen ausgegrenzt.

Das GMG setzt ein hohes Maß an ökonomischem Denken, rationalem Handeln, Informiertheit und Motivation bei den Betroffenen voraus. Diesbezügliche Defizite können durch Assistenz und Beratung der Mitarbeitenden nur zum Teil ausgeglichen werden. Es ist darüber hinaus festzuhalten, dass der Einsatz eigener finanzieller Ressourcen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die untersuchten Personengruppen eine besondere Härte darstellt. Wenn der Gesetzgeber ein höheres Maß an finanziellen Eigenleistungen zur Bewältigung der Gesundheitskosten verlangt, dann muss gewährleistet sein, dass tatsächlich für jede Versicherte/jeden Versicherten entsprechende finanzielle Handlungsspielräume gegeben sind. Das verfügbare Einkommen der untersuchten Personengruppe ist im gesamtgesellschaftlichen Vergleich so gering, dass es nahezu keine Spielräume übrig lässt. Um Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können, muss in der Regel auf Existenzgüter und/oder Ausgaben im Bereich Information/Kommunikation, Kultur o. ä. verzichtet werden. Wenn medizinisch notwendige Leistung nicht in Anspruch genommen werden können oder die Ausgaben in anderen wichtigen oder existentiellen Lebensbereiche reduziert werden müssen, sind Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe erheblich eingeschränkt.

Die Auswirkungen des Gesetzes führen zu erheblichen Gefährdungen des Solidarprinzips gegenüber behinderten und benachteiligten Menschen in dieser Gesellschaft. Es geht nicht darum, Verteilungen von Kosten des Gesundheitswesens zu tabuisieren oder sich Lösungsansätzen mit Eigenbeteiligung grundsätzlich zu verweigern. Es muss aber beachtet werden, dass für Menschen mit stark eingeschränkten finanziellen Existenzgrundlagen andere Maßstäbe gelten sollten. Bei einem Monatseinkommen, das Entscheidungsspielräume für die Verwendung des Einkommens offen lässt, ist die Praxisgebühr anders zu bewerten als bei einem monatlich verfügbaren Einkommen von 90 Euro. Das Gesetz wird dem darin formulierten Anspruch, den besonderen Belangen chronisch kranker und behinderter Menschen Rechnung zu tragen, nicht gerecht (§ 2a des SGB V).

6 Empfehlungen an verantwortliche Akteure

Der § 2a des SGB V verlangt, dass „den besonderen Belangen chronisch Kranker und behinderter Menschen … Rechnung zu tragen (ist)“. Die Ergebnisse der vorgelegten Evaluation der Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes aber belegen exemplarisch, dass Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe in besonderer Weise durch das GMG belastet werden, weil ihre Kompensationsmöglichkeiten durch Rückgriff auf finanzielle, soziale oder kognitive Ressourcen sehr begrenzt sind. Offensichtlich wurde bei der Gestaltung des Gesetzes verkannt, wie sich die Regelungen auf die Gesundheit und den Alltag behinderter und sozial benachteiligter Menschen auswirken. Es ist zu hoffen, dass die vorliegende Evaluation der Wirkungen des Gesetzes auf diese Personengruppen zur Kenntnis genommen und die Belange der Betroffenen bei zukünftigen Gesundheitsreformen berücksichtigt werden. Jedes gesetzgeberische Verfahren im Bereich Gesundheit sollte zukünftig dahingehend geprüft werden, ob die Vorgabe des § 2a des SGB V umfassend berücksichtigt wird. Dabei spielen nicht nur die ökonomischen Verhältnisse der Personen eine Rolle, sondern auch ihre oftmals durch die Behinderung reduzierten Möglichkeiten, kompensierende Leistungen gleichermaßen wie andere Bevölkerungsgruppen in Anspruch zu nehmen. Außerdem muss beachtet werden, dass Assistenz- und Betreuungsleistungen diese Unterstützungen nur bedingt leisten können und darüber hinaus in abnehmendem Maße zur Verfügung stehen.

Empfehlungen:

1. Das verfügbare Nettoeinkommen sozialhilfeabhängiger, behinderter und sozial benachteiligter Menschen reicht nicht aus, die zunehmend höheren Belastungen durch Gesundheitsleistungen aufzufangen. Ein vorausschauendes Ansparen ist nicht möglich.

Es wird empfohlen, Kosten, die weit über den bisherigen gesundheitsbezogenen Anteil im Eckregelsatz hinausgehen, durch einzellfallbezogenen Beihilfen (im SGB XII) aufzufangen.

2. Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen – selbst in durch Eckregelsatz und Chronikerregelung begrenzter Höhe – können von vielen behinderten und sozial benachteiligten Menschen nur schwer und mitunter gar nicht aufgebracht werden. Die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen unterbleibt deshalb.

Es wird empfohlen, für Empfänger und Empfängerinnen ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe die dauerhafte und vollständige Befreiung von Zuzahlungen wieder einzuführen.

3. Von der Leistungspflicht ausgeschlossene Leistungen und Aufzahlungen können von sozialhilfeabhängigen behinderten und sozial benachteiligten Menschen oft nicht im notwendigen Umfang aufgebracht werden, wenn Einkommen nicht ausreichen und Vermögen aufgebraucht ist.

Es wird empfohlen, für Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfeleistungen Selbstbehalte für von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene Leistungen sowie für Aufzahlungen zu Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) zu machen oder diesen Personenkreis im SGB V von Leistungsausgrenzungen und Aufzahlungen zu verschonen bzw. diese unter die Belastungsgrenze der Zuzahlungen zu stellen.

4. Es bestehen bürokratische Hürden, Verwaltungsvorgänge sind zu kompliziert, Beratungskompetenz fehlt oder ist nicht nutzerorientiert gestaltet ist. Davon sind behinderte und sozial benachteiligte Menschen in besonderem Maße betroffen.

Es wird empfohlen, die besonderen Belange der erwähnten Gruppen zu berücksichtigen, d. h. eine spezielle behindertengerechte Informationspolitik zu gewährleisten. Die beteiligten Institutionen sind zu verpflichten, "barrierefrei" über Rechte und Pflichten im Rahmen der GKV zu informieren.

5. Das GKV-Modernisierungsgesetz bewirkt eine deutliche Tendenz zur Ausgrenzung behinderter und sozial benachteiligte Menschen. Finanzielle Entlastungen von Zuzahlungen usw. durch Teilnahme an allgemeinen Präventionsprogrammen kommen für behinderte und benachteiligte Menschen nur begrenzt in Frage. Bonus- und Präventionsprogramme der Krankenkasse werden von behinderten und sozial benachteiligten Menschen in der Regel nicht in Anspruch genommen.

Wir empfehlen, spezielle Programme zur gesundheitlichen Prävention behinderter und sozial benachteiligte Menschen zu konzipieren bzw. bestehende Programme zu modifizieren.

6. Keine der in die Untersuchung einbezogenen Personen hat an einem etablierten Disease Management Programm (DMP) teilgenommen, obwohl ein Teil von ihnen als Kandidatin/Kandidat in Frage käme. Mit der Teilnahme an einem DMP sinkt die

Belastungsgrenze auf null; sämtliche Zuzahlungen entfallen also. Vermutlich sind die hier untersuchten Klientengruppen mit den Programmstrukturen der DMPs überfordert.

Es wird empfohlen, Anpassungsmöglichkeiten von etablierten DMPs für behinderte und sozial benachteiligte Menschen vorzusehen.

7. Mitarbeitende der Hilfefelder können oftmals auf Grund des zu komplexen Sachverhaltes und/oder der mangelnden Information die Assistenzleistung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur unzureichend erbringen. Verschärfend kommt hinzu, dass die Deckelung der Leistungen der Sozialhilfeträger fortschreitend zu einer Verringerung von Betreuungsleistungen führt.

Es wird empfohlen, die Assistenz zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als Teil der Eingliederungshilfe zu begreifen und im Leistungskatalog zu berücksichtigen. Dies ist unverzichtbar, weil die Hilfe zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wesentlich zur gesellschaftlichen Eingliederung beiträgt.

8. Neben dem § 2a des SBG V hat der Gesetzgeber im SGB IX verlangt, „die Belange chronisch kranker und behinderter Menschen im Sinne von mehr Teilhabe zu berücksichtigen, ihnen Selbstbestimmung zu ermöglichen und durch Behinderungen bzw. chronische Krankheit bedingte Nachteile auszugleichen".

Es wird empfohlen, dieses Postulat ernst zu nehmen und (auch) in künftigen die Gesundheitsversorgung betreffenden Gesetzgebungsverfahren die Wirkungen auf die Versorgung von behinderten und sozial benachteiligten Menschen explizit zu prüfen und Risiken für die notwendige Versorgung auszuschließen.

Bethel
September 2006 - v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Vorstand
Pastor Friedrich Schophaus (Vors.), Dr. Günther Wienberg
Königsweg 1, 33617 Bielefeld