Auswirkungen der Gesundheitsreform auf das SGB VIII

1. Vorbemerkung

Zum 01.01.2004 ist die Gesundheitsreform in Kraft getreten, die mit zahlreichen strukturellen Änderungen sowie einer Neuordnung der Finanzierung Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern soll.
Das bringt für die Versicherten vor allem in finanzieller Hinsicht einschneidende Veränderungen mit sich.

Die am deutlichsten spürbaren Einschnitte haben sich durch die Einführung der sogenannten Praxisgebühr, bei der Eigenbeteiligung an den Kosten medizinischer Leistungen und Medikamente wie auch mit der Einschränkung der Befreiungsmöglichkeiten von Eigenkostenanteilen ergeben .

Darüber hinaus wurde der Katalog für volljährige Versicherte um wichtige Leistungen (beispielsweise Zuschüsse zur Versorgung mit Sehhilfen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente) gekürzt.

Zunächst werden hier die wesentlichen Änderungen für die Versicherten, die auch Auswirkungen auf die Jugendhilfe haben, im Überblick dargestellt.
Dabei wird im Interesse der Übersichtlichkeit nach minderjährigen und jungen volljährigen Versicherten unterschieden.

2. Änderungen

2.1 Minderjährige Versicherte

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
Grundsätzlich bleiben Minderjährige wie bisher von den Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln befreit (§§ 31 Abs. 3 S. 1, 32 Abs. 2, 33 Abs. 2 S. 5 SGB V n.F.).
Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr übernommen (§ 34 Abs. l S. 5 SGB V n.F.), für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen jedoch bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (§ 34 Abs. l S. l und 2 SGB V n.F.).

Brillen
Minderjährige haben auch weiterhin Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen. Der Festbetrag von € 10,00 als Festzuschuss wird weiterhin gewährt (§ 33 Abs. l S. 4 SGB V n.F.).

Praxisgebühr
Die Praxisgebühr wird von Minderjährigen nicht erhoben (§ 28 Abs. 4 SGB V n.F.).

Fahrtkosten
Fahrtkosten werden grundsätzlich nur noch für Fahrten übernommen, die aus medizinischen Gründen zwingend notwendig sind. Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen tragen die Krankenkassen nach § 60 Abs. l S. 3 SGB V n.F. nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen.
Hier gilt jedoch auch bei vorheriger Genehmigung für Minderjährige eine Zuzahlungsverpflichtung nach § 61 S. l SGB V n.F. in Höhe von 10 v.H. der Kosten, mindestens aber € 5,00 und

höchstens € 10,00.
Die nach bisherigen Vorschriften mögliche vollständige oder teil weise Befreiung von Zuzahlungsverpflichtungen ist nach den neuen Vorschriften nicht mehr vorgesehen.
Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinien) vom 22.01.2004 werden Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt, die einen Schwerbehindertenausweis mi t dem Merkzeichen „aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), „BI" (blind) oder „H" (hilflos) besitzen oder denen die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem SGB XI gewährt wurde. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Kostenübernahme, wenn auf Grund einer Grunderkrankung häufig und über einen längeren Zeitraum eine Behandlung nach einem bestimmten Therapieschema erforderlich ist und diese Behandlung den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben erforderlich ist (z.B. bei ambulanter Dialyse).

2.2 Junge Volljährige

Arznei- und Verbandmittel
Nach den nunmehr geltenden Vorschriften müssen Volljährige zu allen Arznei- und Hilfsmitteln 10 v.H. des Abgabepreises, mindestens jedoch € 5,00 und höchstens € 10,00 zuzahlen (§ 31 Abs. 3 S. l SGB V n.F.), jedoch nicht mehr als die Höhe des Kaufpreises. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind künftig nach § 34 Abs. l S. l SGB V n.F. von der Versorgung ausgeschlossen.

Heilmittel. häusliche Krankenpflege
Nach §§ 32 Abs. 2 S. 5 sowie 37 Abs. 5 SGB V sind bei Heilmitteln und häuslicher Kranken pflege 10 v.H. der Kosten und zusätzlich € 10,00 je Verordnung selbst zu übernehmen (§ 61 S. 3 SGB V n.F.). Die Zuzahlungsverpflichtung ist bei häuslicher Krankenpflege auf die ersten 28 Kalendertage der Inanspruchnahme pro Kalenderjahr begrenzt.

Krankenhausaufenthalte
Für Krankenhausaufenthalte beträgt die Zuzahlung € 10,00 täglich für längstens 28 Kalendertage pro Kalenderjahr (§ 39 Abs. 4 S. l SGB V n.F.).

Brillen
Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen besteht nur noch für Volljährige, die auf beiden Augen eine besondere Sehschwäche mindestens der Stufe l haben (§ 33 Abs. 1 S. 5 n.F.). Darüber hinaus werden Kosten für Sehhilfen nicht mehr übernommen.

Praxisgebühr
Für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten, die nicht auf ärztliche Überweisung aus dem selben Quartal erfolgt, ist die sogenannte „Praxisgebühr" in Höhe von € 10,00 zu entrichten (§ 28 Abs. 4 S. l SGB V n.F.).
Dies gilt nicht für Praxisbesuche anlässlich von Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9, für die Früherkennung nach § 25 SGB V sowie Maßnahmen zur Schwangerschaftsvorsorge nach § 196 RVO.

Zuzahlungsbefreiung
Nach der alten Rechtslage bis 31.12.2003 bestand ein Anspruch auf eine teilweise oder vollständige Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung, sofern das Einkommen 40 v.H. der Bezugsgröße der gesetzlichen Rentenversicherung nicht überstieg, Leistungen nach dem BSHG, dem SGB III, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem BaFöG gewährt wurden oder aber die Kosten der Unterbringung in einem Heim von der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge oder der Jugendhilfe getragen wurden.
Die neue Rechtslage sieht eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen nicht mehr vor. Eine Befreiung kommt auf Antrag bei der Krankenkasse dann in Betracht, wenn die Zuzahlungen

2 v.H. des Bruttoeinkommens übersteigen. Die Befreiung gilt für den Rest des Kalenderjahres, d. h. für alle weiteren Zuzahlungen über die Belastungsgrenze hinaus (§ 62 Abs. 1 SGB V n.F.).

Für chronisch Kranke gilt nach § 62 Abs. l S. 2 SSGB V n.F. eine Belastungsgrenze von 1 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Auszug aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V
In der Fassung vom 22.01.2004

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

(1) Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

(2) Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

3. Einkommen

Einkommen im Sinne der Belastungsgrenze des § 62 Abs. 1 SGB V n.F. sind grundsätzlich alle einmaligen und laufenden Bruttoeinkünfte, die dem Lebensunterhalt dienen. Hierbei sind die Einkünfte des Versicherten und aller mit ihm in einem Haushalt lebenden Angehörigen wie auch des Lebenspartners zusammenzurechnen. Eine Bereinigung des Einkommens um Steuern, Versicherungsbeiträge, Mietkosten, Kosten der Unterbringung etc. findet nicht statt. Jedoch werden Freibeträge für Kinder und Ehegatten bzw. Lebenspartner berücksichtigt.

Zu den Einkünften zählen insbesondere

- Arbeitseinkommen, Lehrlingsvergütung
- Renten (z.B. Waisenrenten, Waisengeld)
- Regelsatz für den Haushaltsvorstand nach dem BSHG (ab 01.01.2005 der „Eckregelsatz“ nach SGB XII)
- bei Leistungsempfängern nach dem SGB II die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II
- BaFöG, BayAföG, Berufsausbildungsbeihilfe nach dem SGB III
- Leistungen zum Unterhalt nach § 39 SGB VIII (also insbesondere auch der Barbetrag nach § 39 Abs. 2 SGB VIII)
- Mutterschaftsgeld
- Leistungen nach dem BVG und dem OEG mit Ausnahme der Grundrenten.

Keine Einkünfte im Sinne der Belastungsgrenze sind alle Einkünfte, die nicht dem

Lebensunterhalt dienen. Dies sind insbesondere Grundrenten nach dem BVG und seinen Ausführungsgesetzen (OEG, Soldatenversorgungsgesetz, Bundesseuchengesetz) sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden (bis zur Höhe der dem Grad der Behinderung entsprechenden Grundrente nach dem BVG).

Für Empfänger von Jugendhilfeleistungen und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII bedeutet dies, dass Leistungen zum Unterhalt nach § 39 SGB VIII in voller Höhe als Bruttoeinkommen im Sinne der Belastungsgrenze gelten.
Vor allem bei stationären und teilstationären Maßnahmen für junge Volljährige kann dies bedeuten, dass die Belastungsgrenze in Höhe von 2 v.H. der Bruttoeinkünfte nicht erreicht wird und damit eine Befreiung von den Zuzahlungen bis zum Ende des Kalenderjahres nach § 62 SGB V n.F. nicht in Betracht kommen dürfte.
Ungeachtet des Verfahrens zur Tragung der Krankenhilfekosten durch die Jugendhilfe nach § 40 SGB VIII erscheint es dringend geboten, junge Volljährige dazu anzuhalten, die Quittungen über alle erbrachten Zuzahlungen aufzubewahren. Damit wird einerseits die Möglichkeit erhalten, den Krankenkassen das Erreichen der Belastungsgrenze zu dokumentieren und andererseits können höhere Belastungen der Jugendhilfeetats vermieden werden. Werden die Belege nicht aufbewahrt und kann bei den behandelnden Ärzten unter Umständen kein Nachweis darüber geführt werden, dass eine Praxisgebühr bereits entrichtet wurde, wird die Gebühr wiederholt fällig.

4. Zuzahlungen für Empfänger von stationären und teilstationären Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe hatten bislang nach § 40 SGB VIII in Verbindung mit § 37 BSHG bei stationären Hilfen und Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII auch die Krankenhilfe als Annexleistung zu den Leistungen zum Unterhalt von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen.
Daher waren bis zu m Inkrafttreten der Neuregelungen alle mit der Jugendhilfe zusammenhängenden Kosten der Krankenhilfe, für die keine Befreiung im Sinne des § 62 Abs. l SGB V a.F. vorlag, im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen. Dies beinhaltete auch Fahrkosten zu ärztlichen Behandlungen und Zuzahlungen zu Kassenleistungen (so auch Wiesner, SGB VIII, 2. Auflage § 40 RdNr. 7). Darüber hinaus waren Zuschüsse der Kassen, etwa für Sehhilfen, bis zur vollen Höhe der Rechnungsbeträge aufzustocken.

Mit der Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG durch Art. 28 des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes werden insbesondere Zuzahlungen, Fahrkosten und Zuschüsse mit der Folge nicht mehr erfasst, dass diese Beträge von der Sozialhilfe nicht mehr übernommen werden können.
Mit der Einführung des SGB IX wurde vom Gesetzgeber die Verweisung auf § 38 BSHG aus § 40 SGB VIII herausgenommen. Die gegenwärtige Gesetzeslage verweist hinsichtlich des Umfanges der nach § 40 SGB VIII zu leistenden Krankenhilfe nur auf die §§ 36, 36a, 36b und 37 BSHG. Für die allgemeinen Leistungen der Krankenhilfe ist § 37 BSHG maßgeblich. Mit der Änderung des § 40 SGB VIII durch Art. 7 Nr. 3 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003 (BGBI. 1 S. 3022) enthält die Vorschrift ab Inkrafttreten zum 01.01.2005 eine angepasste Verweisung auf die §§ 47 bis 52 SGB XII.
Das bedeutet lediglich, dass die Leistungen der Krankenhilfe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen sollen.
In der Sozialhilfe und auch in der Jugendhilfe ist daher nur das als Bedarf an Krankenhilfe anerkennungsfähig, was sich innerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen bewegt.

Die Empfänger von Sozialhilfeleistungen wurden über § 264 Abs. 2 SGB V in den Kreis der

Anspruchsberechtigten aufgenommen.
Empfänger von Jugendhilfeleistungen sind als Anspruchsberechtigte in dieser Vorschrift nicht vorgesehen.

Eine Anpassung des § 40 SGB VIII zur Schließung der durch die Gesetzgebung entstandenen Gesetzeslücke erfolgte bislang nicht. Streng nach dem Wortlaut des Gesetzes hat dies zur Folge, dass die Übernahme der Krankenhilfekosten für Jugendhilfeempfänger durch die öffentlichen Jugendhilfeträger nicht mehr möglich ist.
Diese Änderung bedeutet faktisch für Jugendhilfeempfänger eine Schlechterstellung im Vergleich zur Rechtslage vor Änderung des § 40 SGB VIII und nunmehr eine Gleichstellung mit Anspruchsberechtigten nach dem neuen SGB XII.

Klaus Müller