

Silvia Wollersheim

Auswirkungen neuerer sozialpolitischer Entwicklungen aus Sicht der organisierten Selbsthilfe chronisch Kranker und Behinderter

Chronisch krank bzw. behindert zu sein ist in der Regel *schicksalhaft*. Niemand hat es sich aussuchen können. Eine plausiblere Sichtweise haben auch gelegentliche Diskussionen darüber, ob bestimmte Personengruppen die gesundheitlichen Folgen ihres Tuns auch finanziell selbst zu tragen hätten, nicht anbieten können. Mit welcher Konsequenz auch? Sozialhilfe statt Sozialversicherung?

Demgegenüber ist festzuhalten, daß letztlich *Glück* darüber entscheidet, ob ein Individuum mit oder ohne chronische Krankheit bzw. Behinderung durchs Leben kommt. Von diesem Glück darf es nicht alleine abhängen, unter welchen sozialen Umständen der Betroffene leben kann.

Chronische Krankheit bzw. Behinderung sind stets eine *zusätzliche Herausforderung*, durchs Leben zu kommen – zusätzlich zu den Herausforderungen, die jeder kennt:

- die Herausforderung, für sich persönlich eine Standortbestimmung zu finden hinsichtlich der eigenen Neigungen und dessen, was der einzelne für sich wichtig findet;
- Herausforderungen im Zusammenleben in der Familie, mit Freunden und Bekannten und
- Herausforderungen im Beruf und bei der Gestaltung der immer länger werdenden Lebensphase nach bzw. außerhalb der Berufs- und Familienarbeit.

Chronisch Kranke und Behinderte stehen genauso vor diesen Herausforderungen, müssen aber zusätzliche Kräfte mobilisieren. Sie müssen eine ihrer spezifischen Situation entsprechende Orientierung bzw. *Neuorientierung proben*, denn die üblichen, »normalen« Bahnen sind für sie nicht bzw. nicht mehr gangbar. Die Betroffenen sind gefordert, die durch die chronische Krankheit bzw. Behinderung gesteckten neuen Lebensumstände zu erkennen und anzunehmen und ihnen eigene, persönliche Fähigkeiten und Neigungen zu sehen und zu entwickeln.

Sie müssen sich weiterhin gegen individuelle Zurückweisung und gesellschaftliche Ausgrenzungen erwehren. In dieser Situation brauchen wir in unserer Gesellschaft für Menschen mit chronischer Krankheit bzw.

Behinderung die Bereitschaft zur *Solidarität*. Chronische Krankheit bzw. Behinderung dürfen keine Synonyme für Ausgrenzung sein.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Überlegungen steht die *Gesundheitspolitik*, besonders die Folgen der 3. Stufe der Gesundheitsreform. In der Gesundheitspolitik brauchen wir weiterhin *soziale Elemente*, wir brauchen *Solidarität* statt Glück und Gewinn des Stärkeren. Statt dessen wurde bereits im Herbst 1996

- die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 100 auf 80% gekürzt,
- das Krankengeld von 80 auf 70% abgesenkt,
- der Kündigungsschutz bei Kleinbetrieben bis zu zehn Arbeitnehmern aufgehoben,
- die Gelder der Renten- und Krankenversicherung für Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen massiv gekürzt,
- die Regeldauer der Kuren auf 3 Wochen verkürzt, das Wiederholungsintervall auf 4 Jahre verlängert,
- die Eigenbeteiligungen für stationäre Reha-Maßnahmen mehr als verdoppelt (auf 25 DM pro Tag in West- und auf 20 DM in Ostdeutschland),
- auf medizinische Vorsorge- und Rehakuren nun 2 Tage Urlaub pro Woche angerechnet,
- die Regelaltersgrenze für Frauen angehoben.

Zudem wurden durch das 1. NOG u.a. *Beitragsatzanhebungen automatisch mit Zuzahlungserhöhungen*, z.B. bei den Medikamenten, *verknüpft*, die chronisch Kranke und Behinderte benachteiligen. Konkret bedeutet eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte eine Anhebung der Zuzahlungen für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, Kuren und Fahrkostenanteilen von jeweils 1 DM. Eine Anhebung um 0,5 Prozentpunkte bedeutet eine Erhöhung um gleich 5 DM. Auch die Zuzahlungen bei den Heilmitteln wie z.B. Krankengymnastik und Massage werden prozentual ansteigen. Die Bundesregierung nimmt an, daß keine Krankenkasse ihren Mitgliedern solche Zuzahlungserhöhungen zumuten will. Mit dieser Maßnahme sollen daher stabile Beitragssätze mehr oder weniger erzwungen werden. Als vermeintlicher Schutz gegen eine solche zusätzliche Belastung wird dem Versicherten bei Beitragssatzerhöhungen ein sofortiges Kündigungsrecht eingeräumt.

Das im 1. NOG beabsichtigte Recht auf sofortigen Kassenwechsel bei Beitragssatzerhöhungen wird chronisch kranken, sprich teuren Patienten kaum etwas nützen. Selbst wenn unter besonders belasteten Patienten notgedrungen das Krankenkassen-Wechselfieber ausbräche, änderte sich bei den Krankenkassen nichts an der Orientierung auf junge und gesunde Mitglieder. Da keine Krankenkasse es sich auf Dauer finanziell

leisten kann, bei schwer und chronisch Kranken als »heißer Tip« gehandelt zu werden, dürften chronisch Kranke letztlich vom Regen in die Traufe kommen. Am Ende der jetzt eingeleiteten Entwicklung könnte durchaus eine Situation stehen, in der Ältere, sozial Schwache, chronisch Kranke und Behinderte froh sein können, wenn sie überhaupt noch eine Krankenkasse finden, die ohne Zusatztarife für sogenannte »Gestaltungsleistungen« – ein sicherlich nur vorübergehend auf Eis gelegtes Projekt der Bundesregierung – ein relativ breites Leistungsangebot für ihre Mitglieder bereithält.

Deshalb brauchen chronisch Kranke und Behinderte eine Gesundheitspolitik, die nicht nur die Ausgabenseite, sondern auch die Einnahmeseite im Auge behält. Man könnte z.B. die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung auf das Niveau der Rentenversicherung anheben. Dadurch müßten mehr Personen mit einem überdurchschnittlichen Einkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Durch diese zusätzlichen Pflichtversicherten könnten die Beiträge rechnerisch von gegenwärtig ca. 13,5 auf 12,9% gesenkt werden.

Auch die *ermäßigten Tarife*, die die Bundesregierung auch in der revidierten Fassung des 2. NOG beibehalten hat, kommen chronisch Kranken und Behinderten nicht zugute. Danach können die Krankenkassen in ihrer Satzung vorsehen, daß Versicherte zunächst ihre Rechnung selbst bezahlen und Kosten bis zu einem bestimmten Jahresbetrag nicht zurückerstattet bekommen. Im Gegenzug werden dem Versicherten Beitragsermäßigungen zugestanden. Ferner können die Krankenkassen eine *Beitragsrückzahlung* vornehmen, wenn Versicherte im abgelaufenen Jahr bestimmte Leistungen nicht in Anspruch genommen haben.

Aber bereits die kontinuierliche Basisversorgung chronisch Kranker hat in der Regel einen Umfang, der den Rahmen für ermäßigte Tarife sprengt. Hinzu kommen die Nebenerkrankungen, die als Folge der chronischen Grunderkrankung regelmäßig auftreten und ebenfalls einer Therapie bedürfen. Im Ergebnis werden chronisch Kranke von den ermäßigten Tarifen darum keinen Gebrauch machen können. Im Gegenteil: Es besteht vielmehr die Gefahr, daß attraktive Angebote dieser Art durch Leistungskürzungen in dem Bereich finanziert werden müssen, auf den chronisch Kranke dringend angewiesen sind. Und das bedeutet: schwer und chronisch erkrankte Versicherte bezahlen durch Leistungseinschränkungen Vergünstigungen für Gesunde.

So ist z.B. die *Versorgung mit Hilfsmitteln* Sache der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 33 SGB V). Daran haben auch die Sparmaßnahmen im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform grundsätzlich nichts geändert. Also gilt auch nach dem 1. Juli 1997, daß der Versicherte

Anspruch auf die Hilfsmittel hat, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Finanziert wird ggf. auch eine notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung dieser Hilfsmittel.

Aber: Die Krankenkassen erstatten nach wie vor die Kosten nicht, wenn es sich bei dem Hilfsmittel um einen sogenannten »allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens« handelt – ein weiter Begriff, mit dem die Rechtsprechung sich in vielen Einzelfällen beschäftigen mußte. Danach gilt: Ist der Gegenstand für alle oder wenigstens die Mehrzahl der Menschen unentbehrlich, so handelt es sich um einen »allgemeinen Gegenstand des täglichen Lebens«, also nicht um ein Hilfsmittel. Im übrigen entscheidet die Verbreitung des Gegenstandes: was quasi in jedem Haushalt vorhanden ist, muß die Krankenkasse nicht bezahlen.

Das scheint einleuchtend, wirkt sich indessen im Portemonnaie eines chronisch (Rheuma-)Kranken spürbar aus. Denn allerhand von dem, was in jedem Haushalt vorhanden ist, wird mit dem Fortschreiten etwa einer chronischen Polyarthrititis unbrauchbar. Besteck, Schere, Dosenöffner, um nur wenige Beispiele zu nennen, all das sind Gegenstände, die mit einer durch eine chronische Polyarthrititis geprägten Hand nicht mehr ohne weiteres verwendbar sind, es fehlt die Kraft und die Beweglichkeit, diese Dinge zu bedienen. Unabhängig davon haben Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis keine Aussicht, erstattet zu werden. Mit anderen Worten: Schon bisher haben chronisch Rheumakranke für Ihren alltäglichen Bedarf höhere Aufwendungen als gesunde Menschen – ohne jede Erstattungsmöglichkeit.

Seit dem 1. Juli 1997 müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch 20% der Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie selbst bezahlen. Das gilt gleichermaßen für die Reparatur dieser Hilfsmittel. Berechnungsgrundlage ist jeweils der Vertragspreis bzw. der Festbetrag. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich bereits gemeinsam dazu geäußert, wie sie dies umsetzen wollen. Unterm Strich auch hier eine zusätzliche Belastung, die für sich genommen nicht allzu hoch ist, zusammen mit den schon vorher vorhandenen Aufwendungen aber eine immer drückendere Last, zumal die teilweise Befreiung gem. § 62 SGB V hier nicht zum Zuge kommt. Deshalb darf es in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Beitragsvergünstigungen und Beitragsrückzahlungen geben, die ohnehin nur von gesunden Versicherten in Anspruch genommen werden.

Ebenso unsoziale Tendenzen gibt es inzwischen in der *Rentenpolitik*: Sie wird z.Zt. im Bereich der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten durch eine Mißbrauchsargumentation geprägt, die den Blick auf die Belange derer, für die diese Renten unentbehrlich sind, offenbar total verstellt. Wer sich mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung auseinandersetzen muß, macht sich die Entscheidung darüber, ob er schließlich einen Rentenanspruch vor Erreichen der Altersgrenze stellt, nicht einfach. Das folgende Zitat einer Betroffenen mag verdeutlichen, daß es sich dabei z.T. um einen jahrelangen inneren Kampf handelt:

»Obwohl ich damals eine Aufgabe hatte, die mir viel Freude brachte, weil sie abwechslungsreich war und mir den Umgang mit Menschen ermöglichte, verspürte ich doch jeden Tag erneut das Schwinden meiner Kraft. Es ist schwer für mich, diese Situation zu beschreiben, am besten ist sie wohl vergleichbar mit der Situation eines gesunden Menschen, der total übermüdet seine Arbeit verrichten will. Meistens habe ich den Tag gemeistert und meine Arbeit – wie es mir bestätigt wurde – gut erledigt. Im Haus meines damaligen Arbeitgebers gab es ein sog. Krankenzimmer. Und ich erinnere mich auch, nach welchen inneren Kämpfen gegen diese Erschöpfung ich manchmal dann doch gebeten habe, mich für eine Stunde dort ausruhen zu dürfen. Nach dieser Erholungspause habe ich dann mit erneuerter Kraft weitergearbeitet. Um 17 Uhr war zwar der berufliche Arbeitstag beendet; aber dann mußte ich meinen Haushalt versorgen mit allem, was dazugehört, wie Einkaufen, Kochen, Saubermachen, Waschen und Bügeln. Mein Leben bestand damals im wesentlichen aus der Berufsarbeit, dem Weg zur Arbeitsstelle, Haus- und Versorgungsarbeit und Schlafen. Die mir ärztlicherseits angeratene Krankengymnastik habe ich aus Zeitmangel unterlassen. Sportliche Aktivitäten aus meiner Jugend hatte ich längst aufgeben müssen, weil sich Rheuma und Skifahren oder Tennis z.B. nicht lange vertragen. Nun habe ich in meiner Heimatstadt München vielfältige Möglichkeiten, am kulturellen Leben teilzunehmen bzw. die Angebote zu genießen. Ich habe und hatte immer Freude an klassischer Musik und Opern, aber nachdem ich das x-te Mal im Konzert oder der Oper erschöpft eingeschlafen war, bei Eintrittspreisen von damals schon über 50 DM, habe ich auch diese Unternehmungen aufgegeben. Unter diesen Umständen schritt die Krankheit sehr rasch voran mit den für mich erschwerenden Folgen, daß sehr bald auch Bewegungseinschränkungen aufgrund der zerstörten und damit versteiften Gelenke dazukamen. Und dann – nach etwa 10 Krankheitsjahren – war es soweit. Ich mußte meinen Arbeitsplatz aufgeben und Erwerbsunfähigkeitsrente beantragen.«

Mit dem Rentenreformgesetz '99 plant die Bundesregierung eine weitreichende »Reform« auch der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie der Altersrenten für Schwerbehinderte. Die Umsetzung

der aktuellen Pläne würde einen deutlichen Rückschritt in der Entwicklung unseres Sozialstaates bedeuten und die Berechtigung der Rentenversicherung für chronisch kranke und behinderte Menschen grundsätzlich in Frage stellen. Jedoch muß eine auskömmliche Lebensgrundlage oberhalb des Sozialhilfeniveaus für chronisch kranke und behinderte Menschen in der Rentenversicherung aufrechterhalten bleiben. Das ist nicht mehr gewährleistet, wenn

- die Rente wegen Berufsunfähigkeit (BU-Rente) und damit der Berufsschutz vollständig abgeschafft wird,
- die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente) ohne Rücksicht auf die Arbeitsmarktsituation versagt werden kann,
- diese Rente auch dann vollständig versagt wird, wenn ein Restleistungsvermögen von nur 6 Stunden/Tag verblieben ist,
- die EU-Rente als hälftige Teilrente gewährt wird, wenn nur ein Restleistungsvermögen von bis zu 3 Stunden/Tag verblieben ist,
- die EU-Rente in jedem Fall um rd. 11% abgesenkt wird und
- die vorgezogene Altersrente für Schwerbehinderte erst ab dem 62. Lebensjahr oder mit einem 7,2%igen Abschlag gewährt wird.

Darum fordern chronisch Kranke und Behinderte geeignete Maßnahmen, die gewährleisten,

- daß das Invaliditätsrisiko weiterhin in der gesetzlichen Rentenversicherung abgesichert bleibt. Der Status quo muß erhalten bleiben. Das Arbeitsmarktrisiko behinderter und chronisch kranker Menschen darf nicht privatisiert werden.
- Keinesfalls darf die Rentenreform '99 ohne begleitende Fördermaßnahmen der Arbeitslosenversicherung umgesetzt werden. Diese sind bisher nicht in Sicht.
- Wenn es allein darum geht, die Rentenversicherung von dem Arbeitsmarktrisiko behinderter und chronisch kranker Menschen zu entlasten, muß ein Finanzausgleich von der Arbeitslosenversicherung an die Rentenversicherung vorgesehen werden.
- Währenddessen müssen alle Chancen ergriffen werden, die Berufstätigkeit behinderter und chronisch kranker Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu fördern.

Betroffen von der Rentenreform '99 sind durch die hier angesprochenen Änderungen Millionen chronisch Kranker und Behinderter, darunter allein 4 Millionen chronisch Rheumakranke. Mit der Aufrechterhaltung einer ihren Fähigkeiten angemessenen Erwerbstätigkeit wollen sie ein weitgehend »normales« Leben führen und eine Integration erreichen, die für Behinderte noch immer nicht selbstverständlich ist und durch die jetzt vorgesehenen Änderungen auch nicht selbstverständlicher

wird. Wenn schließlich behinderte und chronisch kranke Menschen unter den Folgen der Rentenreform '99 weit mehr zu leiden haben als andere Bevölkerungsgruppen, so ist dies mit dem im Grundgesetz erst vor wenigen Jahren verankerten Benachteiligungsverbot nicht vereinbar. Es geht darum, angepaßte Lösungen zu finden, die für chronisch Kranke vor Erreichen der Altersgrenze und vor völliger Erschöpfung der Arbeitsfähigkeit einsetzen.

Auch hat die *Pflegeversicherung* in ihrer konkreten Ausgestaltung keine wirklichen Lösungen erreicht. Es fehlt eine ganzheitliche Betrachtung des Problems, statt dessen erleben wir eine Atomisierung der Dienstleistungen für pflegebedürftige Menschen – Pflege im Minuten-takt. Die Anliegen derer, die persönliche Assistenz für sich beanspruchen und nach dem sog. Arbeitgebermodell verfahren, d.h. die Pflege eigenständig für sich organisieren wollen, sind vollständig auf der Strecke geblieben. Angesichts dessen fragt man sich, welches Menschenbild dieser Pflegeversicherung wohl zugrunde liegen mag.

Und schließlich: Auch in *Verfahrensfragen* ist die Einbindung der Betroffenen in sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen erforderlich. Mit ihrem speziellen know how muß die Selbsthilfe Behinderter und chronisch Kranker echte Anerkennung finden. Warum zum Beispiel sollte es nur den traditionellen großen Interessenorganisationen zustehen, sich in den Gremien der Sozialversicherungsträger zu beteiligen? Warum werden in den Beratungen über die Inhalte der Leistungen der Krankenversicherer nicht auch die betroffenen Leistungsempfänger gehört? Chronisch Kranke und Behinderte beanspruchen nicht, alles besser zu wissen als Gewerkschafter, Sozialversicherer, Kassenärzte oder Krankengymnasten. Aber sie wollen selbstbewußt das einbringen, was Ihre gebündelten Erfahrungen mit den erbrachten Leistungen sind – und das sollte man ihnen ermöglichen.

Die *Gleichberechtigung Behinderter und chronisch Kranker* als ein Grundrecht in Artikel 3 des Grundgesetzes zu verankern, das ist der Selbsthilfebewegung gelungen. Nun müssen wir daran arbeiten, dieses Gleichberechtigungspostulat in allen Lebensbereichen auch tatsächlich umzusetzen. Dazu gehört nicht nur die Revision mancher gesetzlicher Bestimmung. Das wäre fast eine einfache Aufgabe. Entscheidend ist vielmehr, daß wir zu einem Selbstverständnis in unserer Gesellschaft finden, das an der Diskriminierung Behinderter und chronisch Kranker Anstoß nimmt.

Korrespondenzadresse: Silvia Wollersheim

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Maximilianstraße 14, 53111 Bonn