

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(20)
vom 18.09.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme des
Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
vom 18. September 2003**

zum
**Entwurf eines Gesetzes zur
Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**
Drucksache 15/1525

I. Gesetzlicher Inhalt

a) Zuzahlungen

Nach dem vorliegenden Entwurf eines GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) soll bei Häuslicher Krankenpflege tatsächlich eine Zuzahlungs-Regelung für Patienten und Versicherte gelten. Diese soll begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr greifen. Zu zahlen sind die Zuzahlungen an die jeweilige Krankenkasse (§ 37 Abs. 5 SGB V).

§ 61 Satz 3 SGB V legt die Zuzahlung fest: Bei Häuslicher Krankenpflege soll diese 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung betragen. Dabei haben Versicherte nach § 62 SGB V während eines Kalenderjahres „nur“ Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Wird diese erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke beträgt sie 1 Prozent.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze sollen die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet werden. Hierbei sieht § 62 Abs. 2 SGB V einige Abschläge vor.

b) Fortbildung

§ 132 a SGB V nennt die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind in den Verträgen Vergütungsabschläge vorzusehen. Erbringt der Leistungserbringer in dem ihm gesetzten Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen.

c) Schiedsperson

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern ab.

Nach § 132 a SGB V soll künftig in den Verträgen geregelt werden, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

II. Stellungnahme

Zur Zuzahlungs-Regelung

Die jetzige – in letzter Minute eingebrachte – Zuzahlungs-Regelung des GMG ist wesentlich sozialverträglicher und gerechter für den Patienten. Sie ist insofern auch nachvollziehbar, da eine wirkliche Stabilisierung des Gesundheitssystems nur durch Zugeständnisse aller Beteiligten, also ein Stück weit eigenverantwortlicher Selbstbeteiligung, erreicht werden kann.

Hätte der Patient bei der zuvor geplanten Zuzahlungs-Regelung rund 35 bis 65 Euro für jeden Monat (bis zum Erreichen der Belastungsgrenze) zahlen müssen, wird durch die neue Regelung die Zuzahlung auf 28 Tage pro Jahr beschränkt. Damit wird in Bezug zur zeitlichen Beschränkung richtigerweise mit der Regelung für den Krankenhausbereich gleichgezogen. Bei Behandlungskosten zwischen 250 und 550 Euro pro Monat ergibt dies für Patienten mit Häuslicher Krankenpflege eine Zuzahlung von rund 20 bis 50 Euro für das Jahr, zuzüglich für jede Verordnung 10 Euro.

Damit entspricht die jetzige Regelung mit Ausnahme der Verordnungsgebühr den Vorschlägen des VDAB für eine sozialverträglichere Lösung. Dass hier entgegen der ersten Entwürfe eine andere Zuzahlungs-Regelung bei Häuslicher Krankenpflege dringend benötigt wurde, haben zusammen mit dem VDAB rund 9.000 Patientenschreiben an das Bundesgesundheitsministerium sowie 20.000 Unterschriften und weitere bundesweite Aktionen zahlreicher Pflegedienste deutlich gemacht.

Die Sozialverträglichkeit der jetzigen Lösung zeigt sich auch am folgenden einfachen Beispiel: Legt man durchschnittliche Kosten von nur rund 250 Euro pro Krankenhaustag zugrunde, trägt der Patient 4 Prozent der Kosten (10 Euro pro Tag) – und das auf 28 Tage begrenzt. Bei der (für die Krankenkassen wesentlich kostengünstigeren) Häuslichen Krankenpflege muss der Patient bei monatlichen Behandlungspflegekosten zwischen 250 und 550 Euro mit der jetzigen Lösung zwischen 3 und 5 Prozent der jährlichen Kosten tragen.

Der jetzt zu diskutierenden und zu Recht auf 28 Tage begrenzten 10 Prozent-Regelung stimmt der VDAB aus den vorgenannten Gründen grundsätzlich zu. Dennoch verbleibt es bei einigen Kritikpunkten, auf die wir im Folgenden eingehen werden.

Hierzu zählt unter anderem, dass der Patient mit Häuslicher Krankenpflege eine finanzielle Doppelbelastung tragen soll. Denn zum einen trägt er den Anteil an den Behandlungskosten, zum anderen soll er künftig auch (zusätzlich) Verordnungsgebühren bezahlen. Eine ähnliche Doppelbelastung ist aus den neuen Zuzahlungs-Regelungen nur für den Bereich der Heilmittel ersichtlich. Daher lehnt der VDAB die Verordnungsgebühr weiterhin ab.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Verwaltungsgebühr eine entscheidende Rolle spielen. Denn anstatt Verordnungen über einen langen Zeitraum zu genehmigen, werden diese von den Kassen in der Regel auf einen Zeitraum von 4-Wochen gekürzt. Das treibt die Verwaltungs-Kosten für den Patienten nach oben.

Vorschlag des VDAB

Sollte die Verwaltungsgebühr dennoch im GMG verbleiben, bitten wir zu beachten, dass anstatt „je Verordnung“ der Gesetzestext in § 61 Satz 3 SGB V richtig „je genehmigter Verordnung“ lauten muss. Denn der Patient sollte nicht für eine seitens der Krankenkasse abgelehnte Verordnung finanziell zur Verantwortung gezogen werden.

Darüber hinaus sollte der Hinweis aus § 61 Satz 1 SGB V „allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels“, der ja bereits in der ersten (veröffentlichten) Fassung der geplanten Zuzahlungs-Regelung für die Häusliche Krankenpflege Gültigkeit hatte (sofern die Kosten der einzelnen Leistung bei weniger als die ursprünglich geplanten 5 Euro Mindest-Zuzahlung lagen), auch für die Verwaltungsgebühr gelten. Denn es gibt durchaus „Einmalverordnungen“, deren Verwaltungswert unterhalb von 10 Euro liegt.

Zur Belastungsgrenze

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Belastungsgrenze. Dadurch, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenze auch die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners berücksichtigt werden, befürchtet der VDAB, dass der Versicherte mit Häuslicher Krankenpflege gegebenenfalls wesentlich mehr zuzahlen muss als 1 bis 2 Prozent seiner eigenen Jahresbruttoeinnahmen.

Die Belastungsgrenze von 1 Prozent würde somit nur theoretisch zum Tragen kommen, denn deren Höhe verschiebt sich durch den Einbezug weiterer Haushaltseinnahmen nach oben. Dadurch werden gerade chronisch Kranke benachteiligt, die auf regelmäßige Verordnungen und Pflege angewiesen sind.

Auch würde dies Patienten mit Leistungen der Häuslichen Krankenpflege besonders treffen, da diese Gruppe bereits ab dem 1. Januar 2004 Zuzahlungen leisten müssen und somit unmittelbar und direkt von den neuen Regelungen betroffen sind.

Offen ist dabei auch, wie die bürokratische Abwicklung der Zuzahlungs-Regelungen aussehen soll. Seitens des VDAB befürchten wir einen stark ansteigenden Verwaltungsaufwand, der unter keinen Umständen von den Krankenkassen an die ambulanten Pflegedienste weitergegeben werden darf. Diese haben weder die Mittel noch die Zeit zusätzliche Verwaltungsaufgaben zu übernehmen.

Das GMG sieht eine Zahlung an die Krankenkasse vor; dabei muss es auch verbleiben. Folgt man dem, müssen diese ihren Versicherten bis zur Belastungsgrenze die Zuzahlungen in Rechnung stellen, den Zahlungseingang festhalten, ggf. mahnen und letztlich den Freistellungsbescheid erteilen (dies aber erst dann, wenn sie die Jahresbruttoeinnahmen des Versicherten sowie sämtlicher, mit im Haushalt lebenden Personen geprüft haben).

Das führt zu einem enormen Verwaltungsaufwand. Dabei befürchtet der VDAB, dass ein Teil der Zuzahlungsbeträge direkt von den zusätzlichen Verwaltungs- und Kontrolltätigkeiten der Krankenkassen verschluckt wird und somit nicht der Entlastung des Gesundheitssystems dient.

Hinzu kommt, dass mit dem GMG der einzelne Versicherte generell mit einer Vielzahl neuer Zuzahlungs-Regelungen in Berührung kommt. Sollte er, und auf dies weisen wir ausdrücklich hin, hier seine eigenen Einsparmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung suchen, womöglich bei der Häuslichen Krankenpflege den Rotstift ansetzen und auf professionelle Hilfe verzichten, wäre dies fatal:

Hohe Qualitätseinbußen durch Laienpflege und eine medizinische Unterversorgung wären die Folge, unzählige Dienste müssten um ihre Existenz kämpfen. Die Kosten für teure Krankenhausaufenthalte würden enorm steigen und der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wäre ad absurdum geführt. Dabei zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass die Leistungen, die der Patient bei einem Pflegedienst beansprucht, sich im Regelfall nach seinem (dem Patienten) Geldbeutel richtet und weniger nach deren tatsächlichen Bedarf. Aus unserer Sicht führen die geplanten Zuzahlungs-Regelungen zu einer Zunahme dieser Tendenz. Mit Verursacher hierfür sind die Beträge der Pflegeversicherung, mit denen die Patienten bereits bei den Leistungen der Grundpflege nicht auskommen.

Der Pflegedienst beschreitet dabei eine Gratwanderung, denn wenn der Patient die Häusliche Krankenpflege ablehnt und somit auch keine Verordnung vorhanden ist, sind ihm für die Leistungserbringung die „Hände gebunden“, selbst wenn er beim gleichen Patienten Leistungen der Grundpflege erbringt.

Vorschlag des VDAB

Es sollte über eine generelle Zuzahlung aller Versicherten (über 18 Jahre) von jährlich 100 bis 150 Euro nachgedacht werden. Dieser Pauschalbetrag wäre unabhängig der in Anspruch genommenen Leistungen und unabhängig des Einkommens des Versicherten zu berechnen.

Er könnte ein Mal im Jahr über die Krankenkassen eingezogen werden und wäre verwaltungstechnisch wesentlich einfacher zu handhaben. Die vorgesehene Freistellungsgrenze könnte somit entfallen, eine Härtefallregelung wäre jedoch zu schaffen.

Zur Fortbildung

Die jetzt im SGB V verankerte Fortbildung, sofern Leistungen Häuslicher Krankenpflege erbracht werden, ist sachgerecht und findet die Zustimmung des VDAB.

Hinzu kommt, dass sie relativ offen gestaltet ist. Die näheren Einzelheiten sind den Vertragspartnern „vor Ort“ vorbehalten. Somit ist ein flexibler Zuschnitt auf deren eigenen Bedürfnisse möglich.

Zur Schiedsperson

Die Schaffung einer Schiedsperson auch im SGB V-Bereich wird seitens des VDAB begrüßt.

Auch dies entspricht einer bereits seit langem aufgestellten Forderung des VDAB und anderer Verbände der Leistungserbringer.

III. Fazit

Der jetzige Entwurf des GMG geht die Häusliche Krankenpflege betreffend, weit über die in den ersten Vorentwürfen aufgezeigten Zuzahlungs-Regelungen hinaus. Deutlich ersichtlich ist, dass hier eine positive Bewegung zu einer sozialverträglicheren Lösung eingesetzt hat.

Insgesamt kann der VDAB die jetzt gefundenen Lösungen jedoch nur zum Teil unterstützen. Angesichts der bei der Abwicklung der Zuzahlungen unsererseits befürchteten Schwierigkeiten sowie der aufgeführten Kritikpunkte auch im Umgang mit der Belastungsgrenze, sehen wir aus dem Blickwinkel der Häuslichen Krankenpflege ein enormes Ausmaß an weiteren bürokratischen Aufwendungen auf die Krankenkassen zukommen.

Weiter haben wir die Befürchtung geäußert, dass es aufgrund der zahlreichen neuen Zuzahlungs-Regelungen neben der Häuslichen Krankenpflege, jedoch gerade zu Einsparungen durch die Patienten bei dieser kommt. Die Folgen derartiger aus Einsparungssicht vorgenommener Umorientierungen der Patienten, haben wir im Weiteren klar herausgestellt.

Essen, den 18. September 2003

gez. **Stephan Dzulko**
stellv. Bundesvorsitzender

gez. **Michael Schulz**
Bundesgeschäftsführer