



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(15)
vom 20.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

I. Vorbemerkung:

Im August 2002 haben die Spitzenverbände der chronisch kranken und behinderten Menschen zusammen mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen ein gemeinsames „**Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen**“ vorgelegt. Danach

- hat das Gesundheitswesen sicherzustellen, dass alle Menschen den gleichen Zugang zu den notwendigen Leistungen haben,
- braucht Gesundheitspolitik eine klare Orientierung an integrationsorientierten Gesundheitszielen,
- muss Gesundheitspolitik für chronisch kranke und behinderte Menschen auf Normalität, Selbstbestimmung, Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zielen,
- muss das GMG das Grundprinzip der Solidarität sichern,
- muss die Modernisierung des Gesundheitssystems den Patientinnen und Patienten mehr Verantwortung im Gesundheitswesen geben (Stärkung der Patientensouveränität).

Gemessen an den Forderungen in diesem Papier sind die Belange behinderter und chronisch kranker Menschen im Gesetzentwurf noch nicht hinreichend berücksichtigt!

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die gesundheitliche Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung **unzureichend** ist. Das medizinische Regelversorgungssystem ist meist nicht in der Lage, den besonderen Belangen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden. Eine umfassende Gesundheitsreform muss daher auch das Ziel haben, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in organisatorisch-struktureller und in fachlicher Hinsicht entscheidend zu verbessern.

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind vielfach nicht in der Lage, ihren Lebensunterhalt aus eigenen Einkünften und Vermögen zu bestreiten. Die gesundheitliche Versorgung muss daher **armutssicher** gestaltet werden, weil Menschen mit Behinderung, die lediglich Leistungen der Grundsicherung oder der Sozialhilfe beziehen, zusätzliche Mittel für ihre gesundheitliche Versorgung nicht aufbringen können.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen und Vorschriften:

Der Gesetzentwurf beinhaltet mehrere hundert Änderungen im SGB V und weiteren Gesetzen. Im Folgenden wird auf diejenigen Regelungen eingegangen, die für behinderte Menschen von besonderer Bedeutung sind.

1. Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung

Das Ziel der dauerhaften Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten ist nachdrücklich zu begrüßen. Aus Sicht behinderter Menschen kann dies jedoch nur erreicht werden, wenn ihre **besonderen Belange** hierbei in spezifischer Weise berücksichtigt werden.

Zu Nr. 47 (§ 95) und Nr. 26 (§ 67):

Die Einführung einer generellen ärztlichen **Fortbildungspflicht** ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Versicherten eine dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung erhalten. Wegen der beabsichtigten Regelungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung gilt dies insbesondere für die Fortbildung der Hausärzte. Wenn der Hausarzt seine Patienten zukünftig als Lotse durch das komplizierte Gesundheitswesen leiten soll, so erfordert dies weit mehr als bloße medizinische Sach- und Fachkunde. Die vielfältigen Aufgaben eines „case-managers“ müssen in den Weiterbildungsangeboten (z.B. der Erwerb sozialer Kompetenzen) zwingend berücksichtigt werden. Die notwendigen Kompetenzen müssen von den Hausärzten erworben werden, bevor sie ihre anspruchsvolle Tätigkeit aufnehmen. Dazu zählt auch, dass die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes umfassende Beratungspflichten gegenüber chronisch kranken und/oder behinderten Patienten nach sich zieht.

Zu Nr. 91 (§§ 139 a – d):

Ein „**Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin**“ wird nur dann den hohen Erwartungen gerecht werden können, wenn alle am Gesundheitswesen beteiligten Personen und Organisationen dort angemessen vertreten sind. Das bedeutet aus Sicht von behinderten Menschen und Patienten, dass ihre Verbände in allen Gremien und Ausschüssen des Zentrums **gleichberechtigt** mit Sitz und Stimmrecht vertreten sein müssen. Dies gilt auch für den wissenschaftlichen Beirat gem. § 139 f. Es ist anzustreben, dass ein Wissenschaftler besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der speziellen gesundheitlichen Bedarfe von Menschen mit Behinderung besitzt.

Die Errichtung als fachlich unabhängige Anstalt ist eine notwendige Voraussetzung für eine allgemeine Anerkennung der Tätigkeit des Zentrums in der Gesellschaft.

Bei der Erfüllung der in § 139 b Abs. 1 aufgeführten **Aufgaben** hat das Zentrum geschlechts-, alters- und lebenslagenspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen. Diese Auflistung ist durch den Begriff „**behinderungsspezifische Besonderheiten**“ zu ergänzen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die in § 1 SGB IX formulierten Ziele – Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie Vermeidung von Benachteiligungen – erreicht werden können.

Darüber hinaus gilt: Eine erhebliche Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung könnte durch eine bessere **Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen** erreicht werden. Unnötige und die Patienten zeitlich, physisch und psychisch belastende Doppel- oder gar Dreifachuntersuchungen und –begutachtungen sind unbedingt zu vermeiden. Gleiches gilt für eine bessere **Verzahnung unterschiedlicher Behandlungsphasen**. Wenn fachlich geboten, sollten sich ergänzende Leistungen nicht isoliert, sondern möglichst leistungsträgerübergreifend und aufeinander abgestimmt als **Komplexleistung** erbracht werden können.

2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen

Zu Nr. 26 (§ 67)

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ein **Hausarztssystem** anzubieten. Für die Versicherten, die dieses Angebot nutzen, sind **Bonusanreize** in Form von reduzierten Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel vorgesehen. Gleichzeitig wird eine **Praxisgebühr** von 15 Euro bei Facharztbesuchen ohne Überweisung des Hausarztes eingeführt.

Bedenken gegen die Einführung eines Hausarztssystems bestehen aus Sicht behinderter Menschen insbesondere aus folgenden Gründen:

- Für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist häufig ein Facharzt der Arzt ihres Vertrauens. Deshalb müssen auch Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen als Hausärzte fungieren können.
- Es besteht die Gefahr der weiteren Bürokratisierung und Erhöhung des Verwaltungsaufwandes für Hausärzte und Krankenkassen. Nur eine einfach zu verstehende und leicht handhabbare Regelung stellt sicher, dass die Neuregelung nicht zu Lasten der Behandlungsdauer und –qualität geht.
- Derzeit ist nicht gewährleistet, dass Menschen mit Behinderung überall in zumutbarer Entfernung von ihrem Wohnort einen geeigneten Hausarzt ihres Vertrauens finden.

Viele Hausarzt-Praxen sind zudem nicht barrierefrei zu erreichen oder können nur mit Hilfe Dritter aufgesucht werden.

Wir befürworten eine Regelung, Menschen mit einer schweren geistigen oder Mehrfachbehinderung von der Zahlung einer Praxisgebühr auszunehmen, wenn sie ohne vorherige Konsultation ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen.

Bei diesem Personenkreis ist davon auszugehen, dass er nicht unnötig Ärzte aufsucht, da dies für Menschen mit schwerer Behinderung mit einem erheblichen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden ist und häufig die Begleitung durch eine Betreuungsperson erfordert.

Abzulehnen ist überdies die **Bindungsfrist** an die Wahl des Hausarztes von mindestens einem Jahr und die Ermöglichung des Wechsels nur bei wichtigem Grund. Der Behandlungserfolg hängt wesentlich davon ab, dass zwischen Patient und Arzt ein Vertrauensverhältnis besteht. Ist dies nicht mehr gegeben, macht ein Festhalten an dieser Arzt-Patienten-Beziehung keinen Sinn. Die Regelung schränkt überdies das bedeutsame Recht auf freie Arztwahl in unzumutbarer Weise ein.

Zu Nr. 63 (§ 115 a) und Nr. 66 (§§ 116 a und b):

Die Verlängerung der Frist für eine **nachstationäre** Behandlung auf einen Monat ist sehr zu begrüßen. Gleiches gilt für die erweiterten Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus. In medizinisch begründeten Fällen muss auch über die Monatsfrist hinaus eine weitere ambulante Behandlung im Krankenhaus möglich sein. Die vorgesehenen Regelungen sollten jedoch nur einen Zwischenschritt hin zu einer noch intensiveren Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen darstellen. Sie ist überall dort anzustreben, wo sie durch die Effektivierung der Behandlung dem Wohle des Patienten dient. Sie sollte daher nicht von der Feststellung einer Unterversorgung abhängig gemacht werden.

3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Zu Nr. 43 (§ 87):

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hat gemeinsam mit anderen Verbänden in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass der erforderliche **zeitliche Mehraufwand** für die Behandlung behinderter Menschen von den ärztlichen Gebührenordnungen nicht adäquat erfasst wird. Dieses Problem wird sich durch die Einführung von Fallpauschalen und Leistungskomplexen auch in der ambulanten Versorgung verschärfen. *Fallpauschalen sind aus Sicht behinderter Menschen abzulehnen.*

Der Behandlungsaufwand von Menschen mit einer schweren oder mehrfachen Behinderung kann nicht von Fallpauschalen erfasst werden. Es besteht die Gefahr, dass Menschen mit Behinderung zu **unbeliebten Patienten** werden, da den Ärzten der notwendige Mehraufwand nicht entsprechend vergütet wird.

Deshalb ist die Vorschrift um die Formulierung zu ergänzen, dass der insbesondere zeitliche behinderungsbedingte Mehraufwand bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen ist. Gleichzeitig ist die Abrechenbarkeit medizinisch notwendiger zusätzlicher Leistungen und Leistungsumfänge (z.B. vermehrte Hausbesuche) zu ermöglichen.

4. Änderungen bei der Arzneimittelverordnung

Zu Nr. 13 (§ 34):

Der vollständige Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel stößt auf erhebliche Bedenken. Das Kriterium der Verschreibungspflicht taugt nicht als Ausschlusskriterium. Rezeptfreiheit bedeutet vor allem, dass das Medikament frei von erheblichen Nebenwirkungen ist und von daher relativ risikolos eingenommen werden kann. Ein Ausweichen auf rezeptpflichtige Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen ist wahrscheinlich und aus gesundheitlicher Sicht bedenklich.

Der überwiegende Teil von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist mangels ausreichender Einkünfte nicht in der Lage, seinen Lebensunterhalt selbst bestreiten zu können. Sie können folglich die für sie nötigen Arzneimittel nicht aus ihrem Einkommen finanzieren. Aufgrund einer bestimmten Indikation kann z.B. die Einnahme von hochdosierten Vitaminpräparaten zur Vermeidung von Krankheiten medizinisch geboten sein. Es besteht die Gefahr, dass es zu einer Verschlimmerung der Erkrankung oder zu schweren Folgeerkrankungen kommt, weil auf die Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus Kostengründen verzichtet wird.

5. Neuordnung der Finanzierung

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe erkennt an, dass Bemühungen zu einer Konsolidierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen unabdingbar sind. Erforderlich ist insbesondere eine Verbreiterung der Einnahmebasis der Krankenkassen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass Einsparpotentiale im Gesundheitswesen im notwendigen Umfang vorhanden sind.

Die vorgesehenen Regelungen zur Konsolidierung der Finanzen sind sozial unausgewogen, weil sie neben der Versichertengemeinschaft vor allem chronisch kranke und behinderte Menschen belasten.

Zu Nr. 12 (§ 33):

Der **Ausschluss von Sehhilfen** aus dem Leistungskatalog der GKV bei weniger schweren Sehbeeinträchtigungen ist abzulehnen. Für Menschen mit Behinderung ohne ausreichende Einkünfte und Vermögen führt dies zur verstärkten Inanspruchnahme der Sozialhilfe. Der Ausschluss ist auch deshalb bedenklich, weil er die Gefahr beinhaltet, dass Menschen mit einer Sehschwäche ihre Sehkraft nicht mehr regelmäßig überprüfen lassen und den Erwerb an sich notwendiger neuer Sehhilfen hinausschieben.

Zu Nr. 13 (§ 34):

Gemäß Abs. 1 Satz 1 der Vorschrift sollen künftig nicht verschreibungspflichtige **Arzneimittel** von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen sein. Dieser Ausschluss soll nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für behinderte Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr gelten. Diese Regelung ist aus Sicht behinderter Menschen abzulehnen. Die altersmäßige Begrenzung auf das 17. Lebensjahr überzeugt nicht, weil im Gegensatz zu nicht behinderten Menschen volljährige geistig behinderte Menschen in aller Regel nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt selbst bestreiten zu

können. Da sie somit nicht in der Lage sind, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erwerben, wären sie faktisch von einem großen Teil des Arzneimittelmarktes ausgeschlossen.

Allgemein ist zu erwarten, dass in zahlreichen Fällen erheblicher Druck auf die Ärzte ausgeübt wird, anstelle von nicht verschreibungspflichtigen nunmehr verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verordnen.

Zu Nr. 20 (§§ 58 u. 59):

Die Herausnahme des **Sterbegeldes** aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen KV ohne eine Bestandsschutz- oder Übergangsregelung ist abzulehnen. Zudem belastet auch diese Regelung Menschen mit schweren Behinderungen in besonderem Maße, da dieser Personenkreis finanziell in der Regel nicht in der Lage ist, eine private Sterbegeldversicherung abzuschließen.

Zu Nr. 21 (§ 60)

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll stärker als bisher bei der Übernahme von **Fahrkosten** auf die zwingende medizinische Notwendigkeit abgestellt werden. Für die Beurteilung dieser Voraussetzung muss sichergestellt werden, dass hierbei den besonderen Anforderungen an die Beförderung behinderter Menschen Rechnung getragen wird. Gemäß § 60 Abs. 2 Satz 2 soll der Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten auch dann nicht bestehen, soweit es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person und einem Angehörigen zumutbar ist, die erforderliche Fahrt durchzuführen. Bei dem Begriff der Zumutbarkeit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der in der Praxis zu vielen Streitigkeiten führen wird. Insbesondere fehlt die Festlegung einer zeitlichen Begrenzung, bis wann von einer zumutbaren Beförderung der kranken Person durch einen Angehörigen ausgegangen werden kann. Beim Kriterium der Zumutbarkeit müssen überdies nicht nur die Fahrzeiten, sondern die Dauer der Behandlung und eventuelle Wartezeiten berücksichtigt werden.

6. Reform der kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienter Konfliktlösungsmechanismen

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt, dass ab dem Jahr 2007 kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht werden. Hierdurch können Verwaltungskosten in erheblichem Umfang eingespart und Synergieeffekte genutzt werden.

Darüber hinaus fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe eine **Beteiligung** der Behinderten- und Patientenverbände an den Gremien und Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen in Form einer Drittelparität. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind in hohem Maße von der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen und dem Verwaltungshandeln der Krankenkassen abhängig. Sie haben zudem ausgeprägte Kenntnisse und Erfahrungen über die Schwachstellen und Defizite im Gesundheitswesen und sind an einer Optimierung sehr interessiert. Diese Potentiale werden in den Organen der Krankenkassen bislang zu wenig genutzt.

7. Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik

Zu Nr. 9 (§ 30):

Der Gesetzentwurf sieht vor, die zum 1.1.1999 abgeschafften Festzuschüsse wieder einzuführen. **Standardisierte Festzuschüsse** für die zahnärztliche Regelversorgung sind aus Sicht behinderter Menschen problematisch. Für sie ist die mit den Festzuschüssen erreichbare Versorgung i.d.R. nicht ausreichend. Es ist absehbar, dass die geplante Umstellung auf Festzuschüsse zu einer vermehrten Inanspruchnahme der Sozialhilfe (Hilfe bei Krankheit) führt. Die Einführung von Festzuschüssen bedeutet zugleich eine teilweise Abkehr vom Sachleistungsprinzip, einem Wesensmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur das Sachleistungsprinzip kann dem Solidargedanken der gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang Rechnung tragen.

8. Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Zu Nr. 11 (§ 32) u. Nr. 12 (§ 33)

Zu § 32:

Die in Abs. 1 vorgeschlagene Regelung ist aus Sicht behinderter Menschen nicht akzeptabel. Es bestehen keinerlei ausreichende und praktisch nachprüfbare Qualitätskriterien für **Heilmittel**, um die Vergleichbarkeit der Leistungen beurteilen zu können und so zu verhindern, dass die billigere Leistung zugleich von minderer Qualität ist. Folglich ist ein Preiswettbewerb zu befürchten, bei der die Qualität der Versorgung auf der Strecke bleiben muss. Zu befürchten ist überdies, dass behinderten Menschen nicht genügend Leistungsanbieter mit den Niedrigpreisen zu Verfügung stehen. Dies würde zu Wartezeiten führen, die im Rahmen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie den Behandlungs- und Heilerfolg in Frage stellen.

Zudem ist genauso wie beim Arzt-Patientenverhältnis die Behandlung durch Therapeuten der Fachrichtungen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie eine Vertrauensangelegenheit. Der Erfolg der Behandlung hängt auch davon ab, dass sich der Patient bei dem von ihm gewählten Leistungserbringer wohlfühlt. Schließlich widerspricht es dem Ziel der Stärkung der Patientensouveränität und dem in § 9 SGB IX normierten Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten, wenn sie gezwungen werden, einen bestimmten Leistungserbringer aufzusuchen. Geistig behinderte Menschen sind mangels ausreichender Einkünfte in der Regel nicht in der Lage, einem teureren Leistungserbringer den Differenzbetrag zum niedrigsten Angebot aus eigener Tasche zu erstatten.

Zu § 33:

Zunächst wird auf die Ausführungen zu Nr. 12 (S. 5) verwiesen.

Im Übrigen wird die Neufassung der Vorschrift nicht dem Ziel des Gesetzentwurfes gerecht, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Hierfür ist es erforderlich, für alle verordnungsfähigen **Hilfsmittel** Qualitätsstandards einzuführen. Bei der Festlegung qualitätsgeprüfter und gesicherter Hilfsmittel muss sichergestellt werden, dass individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen angepasste Hilfsmittel weiter verordnet werden können. Ein Verleih von Hilfsmitteln kann unter dem Gesichtspunkt der Qualitätsprüfung erwogen werden. Für die Anpassung, Schulung und Wartung der Hilfsmittel sowie für eine unabhängige Hilfsmittelberatung müssen gesonderte Festbetragsregelungen vereinbart werden. Zu kritisieren ist, dass nicht der Versuch gemacht wird, die Hilfsmittelversorgung

endlich **leistungsträgerübergreifend** zu regeln, um die leidvollen Abgrenzungstreitigkeiten zwischen SGB V, SGB XI und BSHG-Hilfsmitteln zu beseitigen.

9. Stärkung der Patientensouveränität

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hält das Ziel, die Patientenrechte und die Patientensouveränität zu verbessern, für ein zentrales Element zur Erhaltung und Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung als tragende Säule einer sozialen Gesundheitspolitik. Die vorgesehenen Regelungen sind gemessen an diesem hohen Anspruch jedoch unzureichend.

Der Patient muss im gesamten Behandlungsgeschehen eine **aktivere Rolle** bekommen. Hierfür ist zunächst eine allgemeine Kompetenzerweiterung der Patienten erforderlich, z.B. durch eine stärkere Einbeziehung in die Wahl der Behandlungsmethode. Notwendig ist auch eine größere Transparenz des Systems. Der Patient sollte aufgrund seiner Doppelrolle als Finanzier und Nutzer der Gesundheitsleistung viel stärker als bisher das Leistungsgeschehen mitkontrollieren können. Dies alles kann dazu beitragen, künftig die Vermeidung von Krankheit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen mehr in den Blickpunkt eines Leistungsgeschehens zu rücken, in dem es bislang fast ausschließlich um Krankheitsbewältigung geht. Die kostengünstigste Krankheit ist die, die erst gar nicht entsteht.

Zu Nr. 45a (§90) und Nr. 46 (§ 92):

Nach der vorgesehenen Regelung ist vor bestimmten Beschlüssen der Landesausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen und vor der Entscheidung über Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen den für die Wahrnehmung der Interessen behinderter Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Landes- bzw. Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt eine Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Patienten und behinderten Menschen sowie der Selbsthilfe an den Entscheidungen der Ausschüsse. Das vorgesehene Beteiligungsrecht wird jedoch nicht dem Ziel gerecht, die Patientenrechte und die Patientensouveränität im gewünschten Umfang zu stärken. Wir fordern gemeinsam mit anderen Behinderten- und Patientenverbänden die **Einrichtung einer „Dritten Bank“** in den Ausschüssen und Gremien der GKV. Auch deshalb, weil sie dem Gedanken des Verbraucherschutzes entspricht und dazu beitragen kann, mehr Transparenz ins System zu bringen.

10. Stellungnahme zu weiteren Regelungen

Zu Nr. 17 (§ 37):

Durch die **Neuregelung der häuslichen Krankenpflege** soll eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, dass alleinstehende Wohnungslose Behandlungspflege erhalten. Ausdrücklich ausgeschlossen von der häuslichen Krankenpflege sollen auch weiterhin Versicherte sein, die auf Dauer in Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI leben. Dieser Ausschluss überzeugt nicht: Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI sind keine zugelassenen Pflegeheime und können mangels

Pflegefachpersonal die notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen nicht selbst erbringen.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass sich in den vergangenen Jahren vielfältige Wohnformen entwickelt haben, die sich vom Wohnen in der Familie kaum unterscheiden. Beim Leben in einer Außenwohngruppe einer stationären Einrichtung besteht z.B. kein praktischer Unterschied zum Leben in der Familie. Es gibt keine überzeugenden Gründe, diesen Personenkreis von den Leistungen der häuslichen Krankenpflege gänzlich auszuschließen. Der Häuslichkeitsbegriff des § 37 SGB V stimmt folglich mit der Wirklichkeit nicht mehr überein. Für auf Dauer in Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI lebende behinderten Menschen ist das Heim in der Regel über Jahrzehnte ihr Zuhause und somit ihre Häuslichkeit.

Der Ausschluss von der häuslichen Krankenpflege führt überdies zu erheblichen **Verwerfungen mit der Sozialhilfe**. Mangels Einkommen der Betroffenen muss in vielen Fällen der Sozialhilfeträger – trotz bestehender Krankenversicherung des behinderten Menschen – für die Kosten der Behandlungspflege aufkommen. Außerdem führt der Ausschluss von der Behandlungspflege zu der Konsequenz, dass Einrichtungsträger gezwungen sind, Heimbewohner vorzeitig ins Krankenhaus einweisen zu lassen, da sie mit ihrem pädagogisch qualifizierten Personal die notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen nicht selbst durchführen können. Letztlich führt der Ausschluss der häuslichen Krankenpflege für diesen Personenkreis durch vermehrte bzw. durch verlängerte teure Krankenhausaufenthalte sogar zu Mehrkosten für die GKV.

Zu Nr. 69 (§ 119 a):

Die gesetzliche Implementierung eines zielgruppenspezifischen Angebotes zur gesundheitlichen Versorgung geistig behinderter Menschen ist zu begrüßen. Die Ergänzung der ärztlichen ambulanten Regelversorgung entspricht einer langjährigen Forderung der Verbände für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

Zu Artikel 17 (Änderung des BSHG):

Zu § 38 Abs. 3 BSHG:

Die Regelung ist abzulehnen, weil sie Sozialhilfeempfänger verpflichtend in das Hausarztssystem überführt. Dies widerspricht dem Recht auf freie Arztwahl (§ 76), das allen Bürgern in gleicher Weise zustehen muss. Da Sozialhilfeempfänger in aller Regel nicht in der Lage sein dürften, die 15,- Euro Praxisgebühr zu entrichten, müssen sie sich in das Hausarztssystem einschreiben. Das Gleiche gilt für den Anspruch auf geringere Zuzahlungen.

III. Schlussbemerkung:

Aus Sicht behinderter Menschen muss eine Gesundheitsreform auch dazu genutzt werden, eine bessere **Verzahnung von SGB IX und SGB V** zu erreichen. Nach dem Willen des SGB IX sollen sämtliche Leistungen für behinderte Menschen dem Ziel dienen, ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe muss daher als Ziel auch im SGB V verankert werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass der behinderte Patient nicht länger Objekt bleibt, sondern selbst handelndes **Subjekt** aller Maßnahmen ist, um das sich das System der Leistungserbringer zu gruppieren hat.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe schlägt zur Umsetzung dieser Ziele bei den §§ 2, 11 und 27 SGB V folgende Ergänzungen vor:

Ergänzung der §§ 2 und 11:

Zum 01.07.2001 ist das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – in Kraft getreten. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses von allen im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen begrüßten Sozialgesetzbuches muss festgestellt werden, dass die Umsetzung der Ziele des SGB IX in den einzelnen Sozialleistungsbereichen nur sehr schleppend erfolgt. Es wird daher vorgeschlagen, entweder als eigenen Absatz in § 2 (Leistungen) oder in einem neuen § 2a (Leistungen für behinderte Menschen) zu regeln, dass die Krankenkassen bei der Gewährung von Leistungen stets zu prüfen haben, ob Leistungen zur Teilhabe im Sinne des Neunten Buches voraussichtlich erfolgreich sind.

Eine entsprechende Ergänzung bietet sich auch für § 11 SGB V (Leistungsarten) an. In der Formulierung sollte deutlich werden, das Ziel der Gesundheitsleistungen für behinderte Menschen auch die Förderung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft i.S.v. § 1 SGB IX ist.

Ergänzung von § 27:

Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Die besondere Hervorhebung einer bestimmten Personengruppe von Menschen mit Behinderung überzeugt heute nicht mehr. Eine pauschale und nachweisbare Schlechterstellung der gesundheitlichen Versorgung psychisch kranker Menschen im Vergleich zu geistig und körperlich behinderten Menschen kann derzeit nicht festgestellt werden. Deshalb ist in der Vorschrift zu ergänzen, dass bei der Krankenbehandlung (auch) den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung Rechnung zu tragen ist.

Marburg, den 18.6.2003