

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(62)  
vom 23.06.03**

**15. Wahlperiode**

## **Vorläufige Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD**

**zum Gesetzentwurf der Fraktion SPD und Bündnis 90/Die  
Grünen eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesund-  
heitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz  
– GMG, Stand 16.06.2003) BT Drucksache 15/1170**

### **I. Einleitung**

Mit dem jetzt vorgelegten Gesetzesentwurf zur Modernisierung des Gesundheitssystems unterstreicht die Bundesregierung ihren Reformwillen.

Auch aus Sicht des Diakonischen Werks der EKD sind Reformen notwendig, um das im Prinzip gut ausgebaute Gesundheitswesen in Deutschland weiterzuentwickeln.

„Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass eine vordergründige und kurzfristige Kostenorientierung dem hoch geschätzten und komplexen Gut der Gesundheitsvorsorge nicht gerecht werden kann.“ Darauf haben wir insbesondere im Abschlußbericht unseres Projektes „Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich“ (2000-2002) hingewiesen.

Maßstab aller Reformüberlegungen muss immer der Mensch mit seiner Würde, Autonomie und Lebensqualität sein. Heilung und Rehabilitation gelingen eher, je mehr der einzelne Mensch angesprochen und einbezogen wird.

Das Diakonische Werk der EKD hat eine Reihe von Reformzielen und Reformvorschläge unter Einschluss von Überlegungen zur Finanzierung formuliert. Ausgangs-

punkte für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sollten unserer Auffassung nach sein:

- ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff
- die umfassende Stärkung von Patientenrechten auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene
- die Stärkung der Rolle des Hausarztes
- der Aufbau einer integrierten Versorgung und Vermeidung von Schnittstellen zu Lasten der Patienten
- der Ausbau der Prävention
- der Ausbau der Rehabilitation zu einem künftigen Kernbereich des Gesundheitswesens
- die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Leistungserbringer entsprechend der veröffentlichten Qualitätshandbücher der Diakonie.

Mit Hilfe dieser Zielvorstellungen sollen dabei sowohl den akut Kranken als auch den chronisch Kranken und behinderten Menschen größtmögliche Integrationschancen ermöglicht werden, wie dies auch in den Eckpunkten für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen im Jahr 2002 postuliert wurde.

Zur paritätisch getragenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine Alternative. Das solidarische System sichert jedem Versicherten einen generationsübergreifenden, gleichberechtigten und krankheitsunabhängigen Leistungsanspruch, der allen Menschen einen Zugang ermöglicht. Gemeinsam mit der EKD vertreten wir die Auffassung, dass durch die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsbemessungsgrundlage ein Beitrag zu einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens erreicht werden kann (vgl. „Solidarität und Wettbewerb für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“. Eine Stellungnahme des Rates der EKD, September 2002). Die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsbemessungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung trägt auch dem raschen Wandel in der Arbeitswelt, der teilweisen Entkopplung von Erwerbsarbeit und Sozialversicherungspflicht sowie der alleinigen Abhängigkeit der Beitragshöhe vom Erwerbseinkommen Rechnung. Hiermit wird auch eine sinnvolle und notwendige Senkung der Lohnnebenkosten erreicht.

## **II. Allgemein**

1. Angesichts des sehr engen Zeitrasters der Anhörungen und der zu erwartenden Veränderungen und erforderlichen Positionierungen während der weiteren parlamentarischen Beratungen legt das Diakonische Werk der EKD eine vorläufige Stellungnahme vor.
2. Der Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitssystems basiert auf dem Eckpunktepapier vom 05.02.2003. Das Diakonische Werk der EKD hat mit großem Interesse die Veröffentlichung des Eckpunktepapiers zur Kenntnis genommen. Viele der genannten Aspekte wie etwa die Stärkung der Patientensouveränität, die Verbesserung der Patientenversorgung, die Erhöhung der Transparenz des Gesundheitswesens, die Ausweitung der Entscheidungsfreiheit für Versicherte sowie der Weg zu einer Modernisierung und besseren Integration der Versorgung werden sehr begrüßt.

3. Der vorliegende Gesetzentwurf muss sich daran messen, ob er den im damaligen Eckpunktepapier angedeuteten Zielen gerecht wird. Dazu stellen wir fest:
- Im Gesetzentwurf wird **Einsparüberlegungen** sowie Vorgaben zur Verbesserung der Einnahmesituation im Gesundheitswesen eine höhere Priorität eingeräumt als strukturellen Veränderungen.
  - Die an vielen Stellen eingebrachten Veränderungen und Erhöhungen bei den **Zuzahlungen** dienen unseres Erachtens zwar primär einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzsituation. Sie haben allerdings mittel- und langfristig keine Steuerungswirkung beim Patienten.
  - Die Vorschläge zur Verbesserung der **Versorgungsstrukturen** (wie z. B. die Erleichterung integrierter Versorgungssysteme) werden nicht flankiert durch entsprechende Anpassungen der Finanzierungsregelungen, so dass die erwünschte und rasche Entwicklung alternativer Versorgungsstrukturen fraglich bleibt. Das derzeitige **Problem der Leistungsverchiebungen** z. B. vom SGB V ins SGB XI zu Lasten kranker und pflegebedürftiger Menschen wird nicht gelöst.
  - Im Gesetzentwurf fehlt weitgehend der **Ansatz der Prävention**. Auch wenn die Schaffung eines Präventionsgesetzes in Aussicht gestellt wird, so muss sich der Präventionsansatz implizit durch alle Versorgungsformen des Gesundheitswesens ziehen.
  - Die **paritätische Finanzierung** sowie die solidarische Absicherung von Gesundheitsrisiken muss erhalten bleiben. Aus diesem Grunde wird die Herausnahme des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen abgelehnt. Auch das Krankengeld galt bisher als Ausgestaltung des Solidaritätsprinzips von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Die Betriebe haben darüber hinaus einen nicht unerheblichen Beitrag zur Gesundheitsprävention erbracht (etwa betriebsärztliche Untersuchungen, betriebliche Gesundheitsmaßnahmen). Diese zusätzlichen gesundheitsfördernden Aspekte können in Zukunft bedeutungslos sein, wenn die Betriebe und Unternehmen grundsätzlich aus gesundheitspolitischen Verpflichtungen entlassen werden.
  - Die beabsichtigte Intensivierung der **Partizipation der Patienten** ist zu begrüßen, indem die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen zu beteiligen sind etwa bei den Richtlinien der Bundesausschüsse (§ 92), bei den Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 115 a), bei den Rahmenempfehlungen für Heil- und Hilfsmittel (§§ 125, 128) oder bei den Rahmenempfehlungen für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132 a).  
Das gesamte Gesetzesvorhaben ist aber in sich sehr widersprüchlich. Angesichts der postulierten Absicht einer Stärkung der Patientensouveränität und Wahlfreiheit sind die jeweiligen Vorgaben keineswegs geeignet, den Belangen der Patienten ausreichend Geltung zu verschaffen und eine größere Verbindlichkeit herzustellen.
4. Bei der Beurteilung des Gesetzentwurfs lässt sich das Diakonische Werk der EKD primär davon leiten, welche Konsequenzen sich für bestimmte Personengruppen ergeben, insbesondere für **chronisch kranke, behinderte, psychisch kranke und pflegebedürftige Menschen sowie Personen mit geringem Einkommen**. So muss unseres Erachtens die Gesundheitsversorgung armutssicher gestaltet werden. Menschen mit geringem Einkommen oder mit Sozialhilfe-

bezug können zusätzliche Mittel für die Gesundheitsversorgung nicht aufbringen; finanzielle Mehrbelastungen sind unbedingt zu vermeiden. Ohnehin korreliert Armut noch häufig mit schlechter Gesundheit und erhöhten Krankheitsraten und –risiken.

### III. Zu den einzelnen Regelungen

#### **Nr. 5 § 20 Prävention und Selbsthilfe**

Der Einsatz der vorgesehenen Mittel ist bisher unzureichend erfolgt und konnte bisher keine wesentlichen Impulse im Rahmen der Prävention und Selbsthilfe entfalten. Es bleibt allerdings fraglich, ob die vorgesehenen, durchaus positiv zu bewertenden Regelungen (Schaffung von Kooperation, Erleichterung des Antragsverfahrens) geeignet sind, Maßnahmen der Prävention nachhaltig zu stützen, zumal sich der Präventionsansatz auf alle Versorgungsformen zu erstrecken hat.

#### **§ 27 Krankenbehandlung**

Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode viele Initiativen ergriffen, um die Situation von chronisch kranken und behinderten Menschen zu verbessern, deren Benachteiligung auszugleichen und ihren besonderen Bedarfen gerecht zu werden. In Konsequenz daraus sollte das GMG genutzt werden, um in § 27 Abs. 1 in Satz 3 eine Ergänzung vorzunehmen. Sie soll lauten:

*„Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Krankheiten, chronischen Krankheiten oder Behinderungen Rechnung zu tragen...“*

#### **Nr. 8 § 28 Abs. 4 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung**

Im Falle von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen bzw. bei speziellen Krankheitsbildern wird die sinnvolle Möglichkeit eröffnet, auch ohne den Umweg über einen Hausarzt bzw. ohne Zahlung von € 15 je Kalendervierteljahr einen Facharzt aufzusuchen. Zur Vermeidung der Prozedur nach Abs. 4, 2. sollte in Abs. 4,1. nach „in Notfällen“ ergänzt werden. *„... oder bei Inanspruchnahme eines vom Patienten mit chronischer Krankheit oder Behinderung als Hausarzt gewählten Facharztes“*. Begrüßenswert ist der Zugang zu Psychotherapeuten, da bereits im Rahmen der somatischen Abklärung auch die hausärztliche Koordinierung erfolgt.

#### **Nr. 10 § 31 Arznei- und Verbandmittel**

Die in § 31 Abs. 3 dem Satz 4 angefügte Regelung im Entwurf *„für Versicherte, die nach § 61 Abs. 2 – 5 unzumutbar belastet würden, tritt an die Stelle der in den Sätzen 1 und 4 genannten Beiträge 1 €“* ist zu streichen. Sie stellt eine Überforderung für arme, chronisch kranke und behinderte Menschen dar, zumal der Betrag pro Arznei- oder Verbandmittel zu entrichten wäre.

Im Sinne eines möglichen Kompromisses ist zumindest zu fordern, dass eine Zuzahlung entfällt für Arznei- und Verbandmittel, die ursächlich mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung in Verbindung stehen.

#### **Nr. 11 § 32 Heilmittel**

Die geplante Regelung in § 32 Abs. 1 wird für sehr fragwürdig erachtet und in der vorliegenden Form abgelehnt. Die Krankenkasse soll auf der Basis von Verträgen mit Leistungserbringern nur noch die Kosten in Höhe des niedrigsten – vereinbarten – Preises tragen.

Dieser beabsichtigten Regelung steht entgegen, dass kaum ausreichende praktisch nachprüfbare Qualitätskriterien für Heilmittel zur Verfügung stehen, um die

Vergleichbarkeit der Leistungen zu beurteilen und um so zu verhindern, dass die kostengünstigere Leistung zugleich von minderer Qualität ist.

Bei der teilweise dauerhaften Behandlung durch die entsprechenden Therapeuten ist eine Vertrauensbasis grundlegend, so dass beliebige Wechsel kontraindiziert sind. Die beabsichtigte Regelung steht zudem im deutlichen Widerspruch zum Anspruch einer Stärkung der Patientensouveränität bzw. der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts.

Allerdings sollte den Kassen die Möglichkeit gegeben werden, die Versicherten auf günstige Angebote hinzuweisen.

#### **Nr. 12 § 33 Hilfsmittel**

Der Anspruch auf Sehhilfen für über 18-Jährige soll sich nach Satz 1 lediglich auf Personen mit starker Sehbehinderung beschränken. Sehhilfen tragen auch bei nicht erheblicher Sehbeeinträchtigung ganz wesentlich zur Lebensqualität bei, so dass empfohlen wird, auf die geplante Regelung zu verzichten.

Der Hinweis in der Begründung, wonach die Versicherten bisher bei der Beschaffung von Sehhilfen einen erheblichen Anteil selbst finanzieren und dass dadurch keine finanzielle Überforderung gegeben ist, wird im Falle von chronisch kranken, behinderten oder einkommensschwachen Menschen entschieden in Abrede gestellt. Denkbar ist eine Regelung in Verbindung mit den §§ 61 und 62.

Für andere Hilfsmittel soll nach Abs. 2, Satz 2 in Bezug auf die Kostentragung der Kassen eine analoge Regelung zu den Heilmitteln gelten. Das wird abgelehnt. Auch für individuell angepasste und angefertigte Hilfsmittel fehlen hinreichende Qualitätsstandards, um die Leistung im Hinblick auf unterschiedliche Preise exakt zu vergleichen. Hilfsmittel von minderer Qualität und deren Einsatz bei unzureichender Beratung wirken sich deutlich zu Lasten der Versicherten aus.

#### **Nr. 13 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel**

Der vorgesehene Satz 1 in Abs. 1 „*Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen*“ ist zu streichen. Die Unterscheidung hinsichtlich der Verschreibungspflicht suggeriert eine Abgrenzungsmöglichkeit, die allerdings in der Praxis sehr fließend ist.

Hinsichtlich der Einsparmöglichkeiten könnte die beabsichtigte Regelung kontraindiziert sein, da auf – möglicherweise teurere und nebenwirkungsreichere – verschreibungspflichtige Medikamente ausgewichen werden wird.

Die Regelung ist zudem besonders problematisch, da chronisch kranke, behinderte und einkommensschwache Personen von diesem Bereich der Arzneiversorgung praktisch ausgeschlossen werden. Der in der Begründung genannte Hinweis auf den unteren Preisbereich dieser Medikamente und die damit begründete soziale Vertretbarkeit trifft für diese Personengruppen nicht zu.

Sofern diese insgesamt fragwürdige Regelung beibehalten werden soll, sind alternativ für die genannten Personengruppen Regelungen nach den §§ 61 und 62 denkbar.

#### **Nr. 17 § 37 Häusliche Krankenpflege**

Die im Gesetzentwurf geplante Regelung der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 für alleinstehende Wohnungslose insbesondere zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen ist zu begrüßen. Sie führt auch dazu, dass die notwendige Behandlung überhaupt in Anspruch genommen werden kann.

Um den Anforderungen eines Modernisierungsgesetzes gerecht zu werden, sollte eine Veränderung in der jetzigen Form des Abs. 1 vorgenommen werden. In Satz 1 sind die Wörter „...in ihrem Haushalt oder ihrer Familie...“ zu streichen. Insbesondere die Weiterentwicklung der Hilfen für alte und behinderte Menschen, die veränderten Wohn- und Lebensformen und die stärkere Orientierung in Richtung auf eine integrierte Versorgung lassen es nicht zu, an dem antiquierten Haushaltsbegriff festzuhalten. Versicherten ist auch dann Häusliche Krankenpflege zu gewähren, wenn sie nicht im klassischen Haushalt leben.

Die begrüßenswerte Intensivierung der nachstationären Behandlung (u.a. § 115a) muss einhergehen mit einer entsprechenden Ausweitung der Leistungsgewährung für Häusliche Krankenpflege. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung des Fallpauschalengesetzes in den Krankenhäusern zwingend notwendig.

Des Weiteren halten wir es für erforderlich, den Leistungsanspruch der Versicherten auf häusliche Krankenpflege nach § 37 wie folgt zu ändern:

- a) Im Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Behandlungspflege“ ergänzt „*ein-schließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen und (geronto-) psychiatri-sch-pflegerischer Leistungen*“. Der abschließende Halbsatz „sowie hauswirtschaftliche Versorgung“ bleibt unberührt.
- b) Im Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Behandlungspflege“ ergänzt, „*ein-schließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen und (geronto-) psychiatri-sch-pflegerischer Leistungen*.“ Der abschließende Halbsatz „wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Versorgung erforderlich ist,“ bleibt unberührt.“

#### **Nr. 21 § 60 Fahrtkosten**

Die Senkung der Ausgaben für Fahrtkosten darf nicht zu Lasten von alten und mobilitätsbehinderten Personen gehen. Klärungsbedürftig ist insbesondere die Zumutbarkeit in Ergänzung zu Abs. 2, Satz 2. Hier bedarf es des Hinweises, wann und durch wen die Festlegung der Zumutbarkeit erfolgt.

Diese Problematik nimmt zu in Verbindung mit der vorgesehenen Schwerpunktbildung in der medizinischen Versorgung, die zu längeren Fahrtwegen führen wird.

#### **Nr. 23 § 62 Teilweise Befreiung**

Die Aufhebung der bisherigen Regelung in Absatz 1, Satz 2, nach welcher die Belastungsgrenze für Zuzahlungen bis zur Höhe von mindestens 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen nicht mehr auf ein Jahr befristet wird, ist zu kritisieren.

Die Aufhebung der Befristung führt zu erheblichen Härten für verschiedene – insbesondere einkommensschwache – Personenkreise, was faktisch zum Leistungsausschluss führen kann. Wir plädieren dafür, die bestehende Regelung im Sinne verschiedener Versichertengruppen beizubehalten.

Entscheidend in diesem Zusammenhang ist allerdings, wie mit der geplanten Vorgabe in § 31 Abs. 3 (Zuzahlung von € 1) verfahren wird. Die an früherer Stelle geforderte Rücknahme der Zuzahlung eröffnet eine Neubetrachtung der Belastungsgrenze.

Wir halten die beabsichtigten Zuzahlungen der **Sozialhilfeempfänger** für Medikamente für äußerst bedenklich und lehnen diese ab. In der Argumentation möchten wir zwischen zwei Gruppen unterscheiden:

a) Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen

Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen besitzen zur Finanzierung von Zuzahlungen lediglich das „Schonvermögen“, soweit ein solches vorhanden ist, und den persönlichen Barbetrag nach § 21 Abs. 3 BSHG in Höhe von ca. € 85. Von diesem persönlichen Barbetrag müssen die Sozialhilfeempfänger insbesondere Kleidung, bestimmte Hygieneartikel, Kosten für Kommunikation und weitere persönliche Bedarfe finanzieren. Allein wegen des geringen Betrages bestehen wenig Möglichkeiten etwa bei der Setzung von Prioritäten für Ausgaben. Andererseits haben Sozialhilfeempfänger, die in Einrichtungen leben (Pflegebedürftige, Menschen mit schwerwiegenden Behinderungen usw.), in aller Regel einen überdurchschnittlichen Bedarf an Medikamenten. Für viele Menschen kann das Instrument der gesteigerten Eigenverantwortung für die Gesundheit durch Zuzahlungen für Medikamente nicht greifen, da die Eigenverantwortung von diesen Menschen nicht oder nur sehr begrenzt ausgeübt werden kann.

b) Zuzahlungen für Sozialhilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen

Die Bezieher von Sozialhilfe außerhalb von Einrichtungen erhalten normalerweise einen eigenen Regelsatz bzw. einen Regelsatz für Haushaltsangehörige in Höhe von ca. € 290 monatlich oder weniger. Das System, wie der Regelsatz zumindest in der Theorie bestimmt wurde, war folgendes: Es wurden Ausgaben für bestimmte Bereiche (Nahrung, Hygiene, Kommunikation usw.) von den Haushalten mit geringen Einkommen oberhalb der Sozialhilfegrenze beobachtet und die festgelegten Ausgabepositionen dann zu dem Regelsatz addiert. In diesen Ausgabepositionen waren bisher keine Zuzahlungen für Medikamente erfasst, weil diese nicht anfielen. Ohne eine Berücksichtigung bei der Regelsatzsystematik hätten also diese Sozialhilfeempfänger erhebliche Einkommenseinbußen hinzunehmen – und zwar insbesondere diejenigen, die von ihren (Haus-)Ärzten die meisten Medikamente verschrieben bekommen. Dies sind insbesondere alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen.

**Nr. 24 § 62 a Bonusregelung für Versicherte**

Die Bonusregelung kann langfristig zu einer qualitativ besseren Versorgung führen.

Zu begrüßen ist die beabsichtigte Regelung in Abs. 2.

**Nr. 25 § 65 a Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Hierdurch können die Krankenkassen Anreize für Versicherte schaffen, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung bzw. zur primären Prävention in Anspruch nehmen. Perspektivisch wird zu beachten sein, dass sich keine Benachteiligung für Personengruppen ergeben, die nicht oder nur bedingt die Möglichkeit haben, eigenaktiv die Leistungen zur Früherkennung und zur primären Prävention in Anspruch zu nehmen.



**Nr. 26 § 67 Hausarztsystem**

In Fortsetzung unserer Ergänzungsforderung zu § 28 Abs. 4 halten wir es für dringend erforderlich, für chronisch kranke und behinderte Menschen einen Zusatz einzufügen. So sollte Abs. 1 durch folgende Wörter ergänzt werden:

*„Als Hausarzt im Sinne dieser Bestimmungen gilt auch der von einem Patienten mit chronischer Krankheit oder Behinderung gewählte nicht an der hausärztlichen Versorgung gemäß Satz 1 teilnehmende Facharzt, der von diesem kontinuierlich in Anspruch genommen wird und in diesem Zusammenhang die ärztliche Behandlung des Patienten umfassend koordiniert und steuert.“*

Diese Ergänzung ist erforderlich im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung. Spezielle chronische Erkrankungen oder Behinderungen bzw. seltene Erkrankungen machen erfahrungsgemäß die Führung der Behandlung und die Koordination durch einen Facharzt erforderlich.

Darüber hinaus sollen Hausärzte die erforderliche Kompetenz als „Lotse im Gesundheitswesen“, die heute vielfach nicht vorhanden ist, erst im Laufe der nächsten fünf Jahre erwerben. Behinderte und chronisch kranke Menschen, die dauerhaft auf eine Facharztbehandlung angewiesen sind, hätten also nur die Wahl, entweder entsprechende Zuzahlungen oder eine Gefährdung in Kauf zu nehmen. Sie würden so wegen ihrer Behinderung anderen Patienten gegenüber benachteiligt. Die vorgesehenen Regelungen widersprechen deshalb auch den behindertenpolitischen Grundsätzen der Bundesregierung.

**Nr. 43 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab**

Bei der Umsetzung des Hausarztsystems (§ 67) sind Vergütungspauschalen vorzusehen, mit welchen die gesamte hausärztliche Versorgung eines Versicherten vergütet wird (Abs. 2 a, nach Satz 3). Es ist zwar begrüßenswert, dass bei der Festlegung der Pauschale die mit dem Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten sowie der erhöhte Betreuungs-, Koordinierungs- und Dokumentationsaufwand berücksichtigt werden können. Allerdings wird gefordert, diese Kann-Regelung zu einer Soll-Bestimmung zu machen, da im Sinne der betroffenen Patienten eine verpflichtende Regelung zwingend erforderlich ist.

**Nr. 47 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung/  
Gesundheitszentren**

Als weiteres Element sollen sogenannte Gesundheitszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Das kann ein hilfreiches Angebot sein für Patienten, indem enge Kooperationen ermöglicht werden, eine Versorgung aus einer Hand eher gewährleistet ist und eine engere Verbindung zu nicht ärztlichen Leistungserbringern hergestellt wird.

**Nr. 55 § 106 b Einzelverträge**

Hier wird eine Ergänzung für notwendig gehalten im Sinne einer besseren Versorgung von verschiedenen Personengruppen. In Abs. 1 wird ein ergänzender Punkt 4 mit folgendem Wortlaut vorgeschlagen: *„4. Geeigneten Ärzten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und ärztlich geleiteten Einrichtungen, sofern eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten unter Beachtung der Kriterien von Spezialisierung und Wohnortnähe nicht sichergestellt ist.“*

Das Fachwissen und die Behandlungsmöglichkeiten in Spezialeinrichtungen sollte in stärkerem Maße als bisher für die Patienten außerhalb der Einrichtungen genutzt werden. Die ambulante Versorgung könnte nachhaltig und wohnortnah verbessert werden, Fehlbelegungen könnten vermieden und so auch unnötige Kosten reduziert werden.

Die in Absatz 5 vorgesehene Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung allein durch die Krankenkassen ist entschieden abzulehnen, weil die Interessen der Patienten nicht hinreichend gewahrt sind. Eine am tatsächlichen Bedarf der Versicherten orientierte Versorgung ist angesichts des Kostendrucks nicht anzunehmen. Hier bedarf es eines Mitentscheidungsverfahrens durch Betroffene, Verbände und Organisationen und unabhängige Fachleute.

#### **Nr. 63 § 115 a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus**

Die Intensivierung der nachstationären Behandlung (Abs. 2, Satz 2) wird begrüßt. Sie dient nicht nur der besseren Verzahnung der Versorgung, sondern trägt auch den erwarteten Folgen Rechnung, die nach Einführung der Fallpauschalen erwartet werden.

#### **Nr. 69 § 119 a Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen**

Dieses geplante Angebot zur besseren gesundheitlichen Versorgung von bestimmten Personengruppen ist sehr zu begrüßen. Der Vollständigkeit halber und entsprechend der Intention sollte das Angebot von Menschen mit geistiger *und mehrfacher Behinderung* genutzt werden können.

Nachweislich der Begründung ist diese Versorgung ergänzend und subsidiär bzw. dann angezeigt, wenn die sonstige Versorgung nicht hinreichend gewährleistet ist. Zur Vermeidung von Konflikten sind eindeutige Regelungen notwendig, wann eine ambulante Behandlung möglich ist und wem die Nachweispflicht obliegen soll.

#### **Nr. 79 § 132 a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

Angesichts der Probleme in der Vergangenheit ist es zu begrüßen, dass eine Konfliktregelung angestrebt wird. Nach Absatz 2 Satz 2 wird zu den Verträgen eingefügt, dass im Falle von Streitigkeiten eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Diese Form der Konfliktregelung ist im Gegensatz zu einer Schiedsstelle nur bedingt für zielführend. Wir fordern daher die Einführung einer Schiedsstelle mit einem unparteiischen Vorsitzenden sowie unparteiischen Mitgliedern.

#### **Nr. 91 § 139 a- I Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin**

Die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (DQZ) wird unterstützt. Die Erarbeitung von verbindlichen Qualitätsstandards für die medizinische Behandlung durch ein unabhängiges DQZ könnte die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern, Fehlversorgungen mindern und dadurch auch Kosten der medizinischen Versorgung reduzieren helfen. Die Politik hat sich in den letzten Jahren konzentriert auf Verbesserung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der kurativen Medizin sowie in der rehabilitativen und pflegerischen Versorgung. Ohne anerkannte Qualitätsstandards werden diese Bemühungen jedoch nicht zum gewünschten Erfolg führen.

Die Aufgaben des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin werden sich nicht nur auf den medizinischen Bereich beziehen, sondern auch auf die Erar-

beitung von pflegerischen Standards. Dem ist bei der Namensgebung, der Zusammensetzung der satzungsgemäßen Gremien und der Aufgabendurchführung Rechnung zu tragen.

Ein wirksames DQZ muss jedoch mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet sein. Es genügt nicht - wie im Gesetzesentwurf vorgesehen - , alleine Empfehlungen zu erarbeiten.

Die Zusammensetzung des Kuratoriums (§ 139 h) macht deutlich, dass der Rolle der Patienten nur ein sehr geringer Stellenwert eingeräumt wird. Die entsprechenden Organisationen zur direkten Vertretung der Belange der Betroffenen spielen nur eine marginale Rolle. Es besteht eine nicht zu akzeptierende Disparität der Interessenvertretungen.

### **Nr. 92 ff § 140 a- d Integrierte Versorgung**

Die Verbesserung einer integrierten Versorgung ist ein ganz wesentliches Element zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Dadurch wird nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, gleichzeitig eröffnen sich Möglichkeiten zu einer wirtschaftlicheren Gestaltung der Versorgung.

Die geplanten Regelungen beinhalten eine begrüßenswerte Deregulierung sowie Flexibilisierung der Ausgestaltung. Die im Entwurf genannten Veränderungen betreffen vorwiegend die Struktur und Vertragsgestaltung. Dabei ist fraglich, ob die vorgesehenen Regelungen den erwünschten Impuls zur Verbesserung der integrierten Versorgung bringen, solange keine entsprechenden Fortentwicklungen des Leistungsrechts vorgenommen werden. Erst die Lösung der diversen Schnittstellenproblematiken und beispielsweise die Einführung von Komplexleistungen können die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Versorgung bilden.

### **Nr. 123 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen**

Es wird begrüßt, dass Leistungen, die keinen unmittelbaren Bezug zur Krankheit haben, im Sinne gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln – und nicht mehr durch die GKV - finanziert werden sollen.

### **Nr. 128 § 248 Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen**

Durch die Änderung sollen nunmehr die Einnahmen vollständig bei der Bemessung des Beitragssatzes angerechnet werden. Die beabsichtigte Regelung wird für äußerst problematisch erachtet, da die Einnahmen auch der Absicherung im Alter dienen. Es sind zumindest längerfristige Übergangsregelungen vorzusehen.

### **Nr. 129 § 249 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung**

Die Veränderung der Beitragsgestaltung zwischen versicherungspflichtig Beschäftigten (53 %) und den Arbeitgebern (47 %) infolge der Herausnahme des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog ist der Einstieg in den Ausstieg der solidarischen Finanzierung und Absicherung. Das Diakonische Werk der EKD lehnt diese geplante Regelung ab. Es besteht die Befürchtung, dass diesem Schritt zur Beendigung der paritätischen Beitragsgestaltung weitere Schritte folgen werden mit Einschnitten in der Versorgung zugunsten einer privaten Absicherung – mit sehr negativen Konsequenzen für größere Gruppen der

Bevölkerung, die auf die Solidarität angewiesen sind und denen eine private Absicherung der Risiken nicht oder nicht hinreichend möglich sein wird.

**Nr. 134 § 264 Aufnahme der Sozialhilfebezieher in die Versicherten-gemeinschaft**

Die geplante Gleichstellung der Sozialhilfeempfänger mit den übrigen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten führten zwar nicht zu einer vollkommenen Gleichstellung von bisher noch nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern mit den übrigen Mitgliedern der Versichertengemeinschaft. Allerdings werden mit den vorgesehenen Regelungen die bisher diskriminierenden Tatbestände beseitigt, obwohl deshalb nicht von einer vollkommenen Umsetzung von Artikel 28 GSG gesprochen werden kann, meinen wir, dass bei einer Umsetzung dieses Gesetzesentwurfs die Ziele doch erreicht werden können.

Gohde  
Präsident