

**Vorsitzender des
Vorstandes**VdAK / AEV • 53719 Siegburg

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Herrn Klaus Kirschner
- Vorsitzender -
Platz der Republik 1
Dienstgebäude: Paul-Löbe-Haus

11011 Berlin

Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248
Internet: www.vdak-aev.de

2411/eu_150

Ihre Nachricht vom:
10.09.2003

18. September 2003**Entwurf eines Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetz-
buch - BT-Drucksache 15/1514**

<p>(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung Ausschussdrucksache 0283 vom 18.09.03 15. Wahlperiode</p>
--

Sehr geehrter Herr Kirschner,

zu dem o.a. Gesetzentwurf nehmen wir auch im Namen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Pflegekassen

des AOK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen,
des IKK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der landw. Krankenkassen,
der Bundesknappschaft sowie
der See-Krankenkasse

nachfolgend Stellung. Dabei beziehen wir uns im Wesentlichen auf die Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 8) und die damit in Verbindung stehenden Änderungen in den Spezialgesetzen (Artikel 4 und 10) zur weiteren Ausgestaltung des Persönlichen Budget.

Modellvorhaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB IX darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ein Persönliches Budget äußerst problematisch ist. Der Gesetzgeber hat seinerzeit im § 17 Abs. 3 SGB IX (alt) zunächst eine modellhafte Erprobung vorgesehen. Daneben werden derzeit auf der Grundlage des § 8 Abs. 3 SGB XI personenbezogene Budgets zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchgeführt bzw. vorbereitet. Erkenntnisse aus den o.a. Modellerprobungen liegen bisher noch nicht vor. Der nun vorliegende Gesetzesentwurf sieht im § 17 Abs. 6 SGB IX (neu) eine modellhafte Erprobung mit wissenschaftlicher Begleitung vor. Allerdings wird bereits jetzt aus nicht nachvollziehbaren Gründen ab 01.01.2008 das trägerübergreifende Persönliche Budget als Regelleistung vorgesehen.

Unter Berücksichtigung der noch nicht absehbaren Auswirkungen der Leistungserbringung in Form Persönlicher Budgets und der ungeklärten Ausgestaltungs- und Verfahrensfragen sollten die Ergebnisse der Modellerprobungen auf der Basis bestehender gesetzlicher Regelungen zunächst abgewartet werden, bevor weiter gehende Regelungen geschaffen werden.

Auch die in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehene Neuregelung, Pflegeleistungen in Form von Gutscheinen zur Verfügung zu stellen, bietet den Betroffenen keine Verbesserung im Hinblick auf die Zielsetzung, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Bereits heute haben Pflegebedürftige die Möglichkeit, die Pflegeleistungen entsprechend ihres Bedarfes zu organisieren und einzukaufen. Insofern entspricht schon der heutige Leistungsbescheid dem angedachten Gutscheilverfahren. Eine Notwendigkeit hierfür wird ebenfalls nicht gesehen. Wir bitten deshalb diese Regelung zu streichen.

Einbeziehung der Krankenversicherung als Rehabilitationsträger

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt nicht klar erkennen, welche Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget einbezogen werden sollen.

Im § 17 Abs. 2 SGB IX (neu) ist festgelegt, welche Träger an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget beteiligt werden können. Dies sind Rehabilitationsträger, Pflegekassen und Integrationsämter. Demnach sind also Krankenkassen nur in ihrer Funktion als Rehabilitationsträger zu beteiligen.

Welche Leistungen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zählen, ergibt sich aus dem vierten Kapitel des SGB IX in Verbindung mit den jeweiligen Spezialgesetzen – für die Krankenversicherung SGB V. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage der §§ 40 (ambulante und stationäre Rehabilitation), 41 (stationäre Rehabilitation für Mütter und Väter), 43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und 43 a (Früherkennung und Frühförderung) erbracht.

§ 17 Abs. 2 SGB IX (neu) definiert, dass nur Leistungen budgetfähig sind, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen. Aus der Begründung ergibt sich darüber hinaus, dass kurzfristige Hilfebedarfe ausgeschlossen sind. Hieraus folgt, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V nicht budgetfähig sind, da diese Leistungen bereits per Gesetz in ihrer Dauer zeitlich befristet und auch hinsichtlich der Wiederholung begrenzt sind. Heil- und Hilfsmittel werden auf der Grundlage der §§ 40 und 41 SGB V nur während komplexer Rehabilitationsleistungen erbracht. Als Einzelleistungen sind diese Leistungen Bestandteil der Krankenbehandlung und folglich nicht budgetfähig.

Die in der Begründung zu § 17 SGB IX (neu) als typisch budgetfähige Leistung aufgeführte häusliche Krankenpflege ist weder im SGB IX noch im SGB V als Leistung der medizinischen Rehabilitation aufgeführt und würde somit unter Berücksichtigung des Hinweises in der Begründung, dass sich die Zusammensetzung der Leistungen des Persönlichen Budgets aufgrund der beteiligten Leistungsträger ergibt, als budgetfähige Leistung ausscheiden. Auch aufgrund des in § 37 Abs. 3 SGB V normierten Leistungsausschlusses entzieht sich die häusliche Krankenpflege einer (trägerübergreifenden) budgetfähigen Leistung.

Die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 43a SGB V in Verbindung mit § 30 SGB IX wurden gerade durch die FrühV hinsichtlich ihrer Erbringung dezidiert geregelt und scheiden somit für die Einbeziehung in ein Persönliches Budget ebenfalls aus.

Demnach verbleiben für die Gesetzliche Krankenversicherung als budgetfähige Leistungen die in § 43 SGB V aufgeführten ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation und zwar ausschließlich der Rehabilitationssport und das Funktionstraining.

Die o. a. Einschätzung deckt sich im Übrigen auch mit den für die Unfallversicherung vorgegebenen Regelungen. Im § 26 Abs. 1 SGB VII (neu) wird der Anspruch auf Ausführung der Leistungen durch ein Persönliches Budget für Leistungen der Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausdrücklich ausgeschlossen.

Einbeziehung von Leistungen der Krankenbehandlung

Eine Interpretation der Begründung, wonach Leistungen der Krankenbehandlung (häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel) ebenfalls in Form eines trägerübergreifenden Budgets geleistet werden können, wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur aufgrund ärztlicher Verordnung entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht. Die Art, Dauer und Intensität der verordneten Leistungen sind abhängig von dem individuellen Krankheitsverlauf und bedürfen der ständigen Überprüfung und Anpassung durch den verordnenden Vertragsarzt. Es handelt sich dabei nicht um Leistungen, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen und sich auf alltägliche und regiefähige Bedarfe beziehen. Deshalb bedarf es der vorgesehenen Regelung in den §§ 2 und 11 SGB V nicht.

Der behandelnde Arzt muss sich darauf verlassen können, dass die von ihm verordneten Leistungen in qualitätsgesicherter Form in Anspruch genommen werden, da ansonsten der Behandlungserfolg insgesamt gefährdet ist. Die bereits heute im Rahmen des Sachleistungsprinzips bestehenden Schnittstellen in der Versorgung der Versicherten führen teilweise zu unabgestimmten Behandlungsabläufen und Unwirtschaftlichkeiten. Derzeit werden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Sicherung einer evidenzbasierten Medizin und sektorübergreifenden Koordination der Behandlungsabläufe mit erheblichem Aufwand Disease-Management-Programme und Modelle zur Integrierten Versorgung eingeführt. Die Regelungen zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget, wonach der Versicherte bestimmt, ob, wann und durch wen er Leistungen in Anspruch nimmt, stehen konträr zu den Bemühungen des Gesetzgebers im GMG.

Zuzahlungs- und Härtefallregelungen

Unpraktikabel bzw. für die Versicherten mit nachteiligen Folgen verbunden ist das Persönliche Budget auch mit Blick auf die in der GKV geltenden Zuzahlungs- und Härtefallregelungen. Nach dem Entwurf des "GMG" sind für alle Heil- und Hilfsmittel Zuzahlungen vorgesehen. Den Versicherten wird (nur) eine jährliche Zuzahlungsbelastung von 2 % bzw. 1 % der Bruttoeinnahmen zugemutet und zwar (abweichend zum jetzigen Recht) unter Anrechnung aller Zuzahlungen (§ 62 SGB V). Bei der Budgetfindung müssen sicherlich die (bisherigen) Zuzahlungen der Versicherten budgetmindernd berücksichtigt werden. Bei der folgenden jährlichen Ermittlung der Belastungsgrenze können sie aber – da sie tatsächlich nicht angefallen bzw. konkretisierbar sind – nicht (mehr) berücksichtigt werden mit der Folge, dass die Versicherten wegen späterer Überschreitung der Belastungsgrenze de facto höher bzw. länger mit Zuzahlungen belastet werden.

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen

In § 17 Abs. 3 SGB IX (neu) wird festgelegt, dass das Persönliche Budget so zu bemessen ist, dass sowohl der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird als auch die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann. Allerdings soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten, die bei bisheriger Leistungsgewährung entstehen, nicht überschreiten. Offensichtlich sollen also die Kosten für einen evtl. erforderlichen "Budgetmanager" aus dem Persönlichen Budget gedeckt werden. Das heißt aber, die erforderlichen Leistungen müssten so preiswert eingekauft werden, dass sich ein entsprechender Überschuss ergibt. In der Regel ist jedoch nicht davon auszugehen, dass ein einzelner Nachfrager günstigere Preise für qualitativ gleichwertige Leistungen erzielen kann. Die Leistungserbringer werden mangels Bindung an die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vergütungsregelungen ihre Leistungen - wie bei Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben - privat und damit mit höheren Vergütungssätzen liquidieren. Somit würden schon die "reinen" Behandlungskosten über dem zu kalkulierenden Budget liegen. Damit besteht die Gefahr, dass die Versicherten die Leistungen nicht in dem medizinisch erforderlichen Umfang und/oder Qualität "einkaufen" können und ihnen daher die Einhaltung des Budgets nur durch eine geringere Inanspruchnahme oder die Inanspruchnahme qualitativ minderwertiger Leistungen möglich ist. Dies wiederum könnte zu Ausgabensteigerungen in anderen Versorgungsbereichen (ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhaus, Rehabilitation) führen.

Nach § 10 Abs. 1 SGB IX (neu) haben Rehabilitationsträger auch bei der Durchführung von Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen zu gewährleisten. Diese Regelung ist nicht umsetzbar, da gerade das Persönliche Budget den Leistungsberechtigten überlässt, welche Hilfen sie wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen. Zusätzlich fehlen jegliche Regelungen, die sicherstellen, dass die Leistungsträger nicht als "Ausfallbürgen" einspringen müssen, wenn der Leistungsberechtigte durch unsachgemäße Leistungsanspruchnahme und/oder Leistungsausführung einen erneuten bzw. erweiterten Leistungsbedarf hat.

Budgetmanagement

Zusätzliche Aufwendungen für ein Budgetmanagement sind unter Berücksichtigung unserer o.a. Ausführungen de facto ausgeschlossen. Sollte daran gedacht werden, diese Aufgabe den Gemeinsamen Servicestellen zu übertragen, ist darauf hinzuweisen, dass deren Tätigkeitsfeld auf Leistungen zur Teilhabe begrenzt ist.

Unklare Verfahrensregelungen

Auch die in § 17 Abs. 4 SGB IX (neu) gestaltete Verfahrensregelung mit Bezugnahme auf § 14 SGB IX für Leistungen des Persönlichen Budgets läuft ins Leere. § 14 gilt nur für Rehabilitationsträger bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und damit nicht für Pflegekassen oder für die Krankenkassen in Bezug auf Leistungen der Krankenbehandlung nach SGB V.

Der vorliegende Entwurf bietet keine fundierte Grundlage für die praktische Umsetzung eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets.

Regelungen im SGB XII

Abschließend weisen wir darauf hin, dass der vorliegende Gesetzentwurf für das SGB XII in den §§ 45 bis 47 sowie die vorgesehene Änderung des § 61 Abs. 2 SGB V eine Kompatibilität mit dem Entwurf zum "GMG" vermissen lässt (Wegfall des Entbindungsgeldes, Leistungspflicht nur noch für die medizinisch notwendigen Sterilisationen, Härtefall-Regelungen).

Mit freundlichen Grüßen

Herbert Rebscher