

Stellungnahme des Bundesverbandes Ambulante Dienste e.V.

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0274(17)
vom 19.09.03

15. Wahlperiode**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

Zusammenfassung

Der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung birgt nach unserer Ansicht – trotz den zwischenzeitlich vorgenommenen Nachbesserungen und teilweise begrüßenswerten Zielsetzungen – so schwerwiegende Nachteile für Patienten und Pflegeeinrichtungen, dass er mit diesem Inhalt abzulehnen ist. Hauptkritikpunkt ist die geplante Zuzahlungsverpflichtung der Patienten für häusliche Krankenpflege.

Die häusliche Krankenpflege ist einen falscher Ansatzpunkt zum Sparen. Der Entwurf würde in ihr einen Leistungsbereich treffen, den es nicht zu beschränken, sondern zu fördern gilt. Zwar herrscht – angesichts des beachtlichen Defizits der gesetzlichen Krankenkassen – diesseits Verständnis für die Notwendigkeit von Einsparungen. Die Frage drängt sich jedoch auf, warum diese gerade im Bereich der häuslichen Krankenpflege vorgenommen werden?

Strukturprobleme gibt es hier keine zu beheben, weshalb ein diesbezüglicher Handlungsbedarf nicht besteht. Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass gerade der Bereich der häuslichen Krankenpflege nicht für die Finanzmisere der gesetzlichen Krankenkassen verantwortlich ist. Vielmehr arbeitet dieser Leistungsbereich ohnehin schon sehr kostengünstig und machte im letzten Jahr nur ca. 1% der Krankenkassenausgaben aus.

Das deutsche Gesundheitswesen verursacht in vielen Bereichen enorme Kosten. Die kostenintensiven Leistungsbereiche haben ein viel größeres Einsparpotential als die vergleichsweise kostengünstige häuslichen Krankenpflege. Einsparungen in diesen Bereichen versprechen somit nicht nur eine kurzzeitig höhere Effizienz, sie würden auch zu nachhaltigeren strukturellen Wirkungen führen. Mit dem aktuellen Entwurf - und den derzeitigen Zuzahlungsplänen im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Speziellen – ist keine langfristig andauernde Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen zu erreichen. So der Entwurf in seiner Einleitung für sich in Anspruch nimmt, „vorhandene Mittel effizienter“ einzusetzen und eine „strukturelle Reform“ darzustellen, erfüllt er diesen Anspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege offensichtlich nicht.

Der bad. e.V. sieht die Notwendigkeit und begrüßt die Schaffung eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil die wirtschaftliche Situation der Krankenkassen und die zukünftig wachsende Zahl pflegebedürftiger Patienten dies gebietet. Der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in seiner jetzigen Fassung ist aber keine Gewähr für eine nachhaltige Verbesserung. Vielmehr steigert er den Verwaltungsaufwand und die damit einhergehenden Kosten. Fraglich bleibt das Erreichen der angestrebten Entlastung des Gesundheitswesens, da zweifelhaft ist, inwiefern die nicht besonders hoch einzuschätzenden Mehreinnahmen im Bereich der häuslichen Krankenpflege in einem angemessenen Verhältnis zu den wachsenden Verwaltungskosten stehen würden.

Weiteres zu den wichtigsten Punkte im Einzelnen:

- **§ 37 SGB V**

Wenn man – entgegen der Vorstellung des bad e.V. – auf die Einführung der Zuzahlung beharrt, so muss man den Entwurf zumindest in der Weise überarbeiten, dass der maximale Zuzahlungszeitraum sowohl für die häusliche Krankenpflege, als auch für Krankenhausleistungen, stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen *zusammen insgesamt* 28 Tage beträgt. Dies wäre systematisch insofern konsequent, als dass man schon eine gemeinsame Kappungsgrenze von 2% bzw. 1% des Bruttojahreseinkommens für diese Bereiche vorgesehen hat. Hinzu kommt, dass der aktuelle Entwurf dazu ermutigt, aus finanziellen Gründen nur Leistungen aus einem Bereich zu beziehen, in dem man bereits 28 Tage zugezahlt hat. Ein medizinisch indizierter Krankenhausaufenthalt könnte so z.B. von einem Patienten verweigert werden, damit im Krankenhaus keine neuerlichen 28 Tage Zuzahlung beginnen.

- **§ 61 SGB V**

Weiterhin ist die Regelung der Zuzahlungsabwicklung kritikwürdig. Zunächst sollte das Gesetz die Einzugsmodalitäten konkret regeln. Ausschließlich die Kostenlosigkeit von Quittungen festzulegen reicht hierzu nicht.

Auch die „zum Einzug Verpflichteten“ gilt es konkret im Gesetz zu benennen. Soweit im Entwurf nur aus der *Begründung* zu entnehmen ist, dass die Abwicklung über die Leistungserbringer – hier also regelmäßig die Pflegeeinrichtungen – erfolgen soll, ist dies aus regelungstechnischen und inhaltlichen Gründen abzulehnen. Denn einerseits würde man den Einrichtungen damit eine ureigene Aufgabe der gesetzlichen Kassen aufbürden, die betriebsintern zusätzlichen Verwaltungsaufwand, Schulungsbedarf, finanzielle Verantwortung und Regressrisiken mit sich bringen würde, ohne dass ein angemessener Gegenwert hierfür vorgesehen ist. Zum anderen bedingt die geplante Praxis, dass die Pflegeeinrichtungen Informationen über das Einkommen ihrer Patienten, ihre Lebenspartner und der in ihrem Haushalt lebenden Angehörigen erheben und verarbeiten müssten, um die Erreichung der Kappungsgrenze nachvollziehen zu können. Natürlich müsste das Gleiche für die Recherche gelten, welcher Mitbewohner des Versicherten ein Angehöriger bzw. Lebenspartner und nicht nur Zimmernachbar ist. Die Abwendung einer solchen Konstellation, in der persönliche bis intime Patientendaten eingeholt werden müssten, ist aus unserer Sicht bereits aus Gründen des Datenschutzes geboten. Zumindest aber müsste das Gesetz eine eindeutige Regelung

enthalten, die die Leistungserbringer von jeder Verantwortung entbindet, sollten die Patienten bzw. deren Mitbewohner keine Auskunft geben. Ansonsten müssten Pfleger fürchten, für etwas sanktioniert zu werden, was nicht ihrem Einfluss unterliegt.

Wenn man schon eine Zuzahlungsverpflichtung einführt, dann muss diese auch vollständig über die gesetzlichen Krankenkassen abgewickelt werden, die bereits tiefgreifende Informationen über die Patienten besitzt.

Abzulehnen ist auch die Erhebung einer 10 € - Pauschale für jede ärztliche Verordnung. Hiermit würde man ansonsten den Ärzten einen Wettbewerbsvorteil verschaffen, die langfristige Verordnungen ausschreiben und für den Patienten so Geld sparen. Die Förderung unnötig langer Verordnungen wäre ebenso die Folge, wie der Versuch der Ärzte, sich in der Verordnungsdauer gegenseitig zu überbieten. Das kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

- **§ 62 SGB V**

Die Umsetzung des Entwurfs würde für viele Patienten den sicheren Verlust von mindestens 2 % des Jahreseinkommens bedeuten, da die Kappungsgrenze häufig erreicht werden würde. Tatsächlich könnte der Prozentsatz deutlich höher liegen, da Lebenspartner und im Haushalt des Versicherten lebende Angehörige die Berechnungsgrundlage beeinflussen würden. Dies würde einer verdeckten Beitragserhöhung in beträchtlichem Umfang gleichkommen und ausschließlich auf Kosten derjenigen gehen, die in besonderem Maße der Pflege bedürfen. Den Solidaritätsgedanken vermisst der bad e.V. hierbei.

- **§ 132a SGB V**

Ausdrücklich begrüßt wird vom bad e.V. demgegenüber die Normierung einer Schiedsperson im Rahmen des § 132a SGB V. Dies fördert in einschlägigen Härtefällen die Erzielung schneller und sachgerechter Lösungen.

Sebastian A. Froese, Ass. jur.
Justitiar bad e.V.