



Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Gliederung

	Seite
I. Allgemeiner Teil	
1. Das Gesundheitssystem muss den Menschen dienen	4
2. Demographischen Wandel meistern – Generationengerechtigkeit beachten	4
3. Finanzautonomie der Krankenkassen beibehalten – der Rationierung vorbeugen	5
4. Gesundheits- von den Arbeitskosten abkoppeln – Haushaltsbegleitgesetz korrigieren	5
5. Keine falschen Kompromisse – Finanzierung nachhaltig gestalten	5
II. Besonderer Teil	
1. Krankenversicherungsschutz	6
2. Versorgungsmanagement	7
3. Haushaltshilfen	8
4. Prävention und Rehabilitation	
a) Medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	8
b) Geriatrische Rehabilitation	9
c) Weitere Rehabilitationsleistungen	9
d) Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation	10
e) GKV-Statistik über Anträge und Bewilligungen für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation	11
5. Hilfsmittelversorgung	11
6. Häusliche Krankenpflege	
a) Erweiterung des Haushaltsbegriffs	12
b) Verordnungsermächtigung des Krankenhauses für Nachsorgeleistungen	13

	Seite
7. Palliativmedizinische und – pflegerische Versorgung	
a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	13
b) Allgemeine Palliativversorgung	14
c) Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	14
d) Konfliktlösungsmechanismus bei Verträgen zur Palliativversorgung	15
e) Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	15
f) Familienhospizkarenz	15
8. Zuzahlungsregelungen und Belastungsgrenzen	
a) Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	16
b) Malus-Regelung bei den Zuzahlungen für chronisch kranke Menschen	16
9. Anwendung des Kausalitätsprinzips in der GKV bei Folgen nicht medizinisch indizierter Eingriffe	17
10. Wahltarife	17
11. Hausarztzentrierte Versorgung	17
12. Abschläge für Krankentransportleistungen	18
13. Integrierte Versorgung	18
14. Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser	19
15. Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses	19
16. Gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege	20

Kurzzusammenfassung

1. Der Deutsche Caritasverband setzt sich für eine stärkere Abkoppelung der Gesundheits- von den Arbeitskosten ein und fordert eine stärkere Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Der Gesundheitsfonds bietet hierfür keine nachhaltige Lösung.
2. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einführung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes für alle, fordert jedoch die Einbeziehung der Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz.
3. Der Deutsche Caritasverband bewertet die Verankerung der Mutter-Vater-Kind-Kuren und der geriatrischen Rehabilitation sowie der Präventionsleistungen nach § 20a bis d als Pflichtleistungen als Schritte in die richtige Richtung, fordert den Gesetzgeber aber auf, Rehabilitations- und Präventionsleistungen generell und nachhaltig als vierte Säule im Gesundheitswesen zu etablieren. Die Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen soll durch Bonusregelungen erhöht werden.
4. Der Deutsche Caritasverband begrüßt die mit dem Gesetzesentwurf beabsichtigten Verbesserungen in der Palliativversorgung, sieht aber Nachbesserungsbedarf in Bezug auf die Verankerung der psycho-sozialen Betreuung und bei der Ausgestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern.
5. Der Deutsche Caritasverband wendet sich nachdrücklich gegen die Streichung des § 132a SGB V, da er bei Fehlen bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen ein Wettbewerb auf Kosten der Qualität befürchtet.
6. Der Deutsche Caritasverband beurteilt die geplante bevölkerungsbezogene Variante der Integrierten Versorgung im gegenwärtigen Stadium skeptisch und spricht sich statt dessen für eine Fokussierung der Integrierten Versorgung auf Menschen mit multiplen und komplexen Versorgungsbedarfen aus.
7. Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Bestreben des Gesetzgebers, den Häuslichkeitsbegriff in § 37 zu erweitern, bewertet jedoch die Gesetzesformulierung als unzureichend. Konkret sollen alle Versicherten, die häusliche Krankenpflege benötigen, diese unabhängig von ihrem Aufenthaltsort im Haushalt oder in der Familie erhalten können.
8. Der Deutsche Caritasverband befürchtet die Streichung von Satzungsleistung der erweiterten Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 infolge der Begrenzung der 95-Prozent-Klausel in der Finanzierung des Gesundheitsfonds. Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken, ist es erforderlich, Haushaltshilfen auch ambulant und teilstationär behandelten Versicherten zur Verfügung zu stellen, die ihren Haushalt krankheitsbedingt nicht weiterführen können.
9. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht von der Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten abhängig gemacht wird, fordert aber, dass der Rechtsanspruch auf Hilfsmittel sich ausdrücklich auch auf die Bedarfsermittlung und individuelle Anpassung, Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung beziehen muss, um den effektiven Einsatz des Hilfsmittels zu garantieren.
10. Der Deutsche Caritasverband wendet sich nachdrücklich gegen den Sanierungsbeitrag für die Krankenhäuser, der im Gesamtumfang zu einer pauschalen Kürzung des Krankenhausbudgets um 500 Mio. Euro führt.

I. Allgemeiner Teil

1. Das Gesundheitssystem muss den Menschen dienen

Die gesundheitliche und finanzielle Absicherung im Krankheitsfall ist eine soziale Errungenschaft, die es zu erhalten gilt. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Zielsetzung einer verantwortungsbewussten Gesundheitspolitik muss es sein, auch zukünftig die gesundheitliche Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau sicherzustellen. Der Gesetzentwurf enthält hierzu positive Ansätze. Geht man jedoch in die Tiefe, so zeigt sich, dass diese Reform nur eine Zwischenlösung sein kann.

Im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 haben CDU/CSU und SPD als Leitbild ihrer Gesundheitspolitik „die Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung“ vereinbart. Für den Bereich der Krankenversicherung haben sie darin zugleich die „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ und die „wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung des Gesundheitswesens“ hervorgehoben. Wirksame Reformmaßnahmen wurden damit sowohl für die Einnahmen- wie auch für die Ausgabenseite angekündigt. Das nunmehr vorgelegte Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird den geweckten Erwartungen nicht gerecht.

2. Demographischen Wandel meistern – Generationengerechtigkeit beachten

Das derzeitige Umlageverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung wirft im demographischen Wandel ein Problem der Generationengerechtigkeit auf. Da der Einzelne nicht für die höheren Ausgabenrisiken im Alter anspart (Bildung von Altersrückstellungen), sondern mit seinen Beiträgen die hohen Ausgaben der Älteren mitfinanziert, kommt es beim Anstieg des Altersquotienten zu einer Mehrbelastung der – zahlenmäßig kleineren – nachwachsenden Generation. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung bringt das Finanzierungsmodell der Gesetzlichen Krankenversicherung von zwei Seiten in Bedrängnis:

- Rentner erzielen im Allgemeinen niedrigere beitragspflichtige Einnahmen als Erwerbstätige. Nimmt der Anteil der Rentner zu und der der Erwerbstätigen ab, dann verschlechtert sich folglich die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wird aber die Basis schmaler, dann muss der Beitragssatz erhöht werden, um die gleiche Beitragssumme aufzubringen.
- Ältere Menschen benötigen mehr medizinische Leistungen. Ein Anstieg der Zahl der Älteren in der Gesellschaft bedeutet somit aller Voraussicht nach auch mehr Ausgaben für die Kassen. Zwar gibt es unterschiedliche wissenschaftliche Hypothesen, wie stark die Ausgaben für medizinische Versorgung aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung wachsen werden. Im Ergebnis – insbesondere wenn man zusätzlich die Wechselwirkungen mit dem medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt in Rechnung stellt – spricht jedoch vieles dafür, dass der demographische Wandel auch auf der Ausgabenseite zu höheren Belastungen der Gesetzlichen Krankenversicherung führen wird.

Gegen künftige Beitragssatzsteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung werden im GKV-WSG keine Vorkehrungen getroffen. Das Zusammenwirken der beiden oben genannten Faktoren führt damit in der Zukunft unweigerlich zu (staatlich verfügbaren) Beitragssatzsteigerungen und/oder zu Kürzungen im Leistungskatalog bzw. zu Rationierung bei einzelnen Patienten bzw. Patientengruppen.

3. Finanzautonomie der Krankenkassen beibehalten – der Rationierung vorbeugen

Künftig legt die Bundesregierung – nicht der Deutsche Bundestag – den allgemeinen Beitragssatz durch Rechtsverordnung fest. Der Deutsche Caritasverband sieht die Gefahr, dass sich die Bun-

desregierung bei der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nicht primär vom Finanzbedarf für eine gute Versorgung der Versicherten leiten lassen wird, sondern auch sachfremde Erwägungen handlungsleitend werden. Die konjunkturelle Situation, die politische Lage und vor allem die Entwicklung der Lohnzusatzkosten könnten es nahe legen, notwendige allgemeine Beitragssatzerhöhungen nicht vorzunehmen, sondern beispielsweise die 95-Prozent-Klausel im Gesundheitsfonds herabzusetzen. Die Folgen wären Leistungskürzungen oder individuell durch die Versicherten zu tragende Mehrbelastungen.

4. Gesundheits- von den Arbeitskosten abkoppeln – Haushaltsbegleitgesetz korrigieren

Weder wird die Finanzierungsbasis kurzfristig stabilisiert, noch werden Maßnahmen im Hinblick auf das Ziel einer nachhaltigen Finanzierung getroffen. Vielmehr ist bereits kurzfristig, zum Jahresbeginn 2007 mit einem Beitragssatzanstieg – und damit steigenden Lohnzusatzkosten – von mindestens 0,5 Prozentpunkten zu rechnen. Dazu kommt noch die gesetzlich vorgegebene Entschuldung der Krankenkassen, die 2007 abgeschlossen werden soll. Die beschäftigungspolitisch unverzichtbare stärkere Entkoppelung der Gesundheits- von den Arbeitskosten findet nicht statt.

Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen gebieten eine stärkere Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen und gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Gleichwohl bleibt die geplante Steuerfinanzierung der Krankheitskosten für Kinder – zumindest bis zum Ende dieser Legislaturperiode – mit 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2008 und 3,0 Mrd. Euro im Jahr 2009 hinter dem heutigen Bundeszuschuss von 4,2 Mrd. Euro zurück. Konkret fordert der Deutsche Caritasverband, die im Haushaltsbegleitgesetz beschlossene Kürzung und spätere Streichung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen sowie die beschlossene Reduzierung der aus Bundesmitteln finanzierten Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Empfänger in Höhe von rd. 0,2 Mrd. Euro zurückzunehmen. Hierdurch könnten die Beitragszahler bereits im kommenden Jahr um knapp 3 Mrd. Euro entlastet werden. Zudem entspricht eine stärkere Steuerfinanzierung für versicherungsfremde Leistungen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Gesundheitswesen den Kriterien von Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit.

5. Keine falschen Kompromisse – Finanzierung nachhaltig gestalten

Die drängenden Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung werden durch das Konzept des Gesundheitsfonds nicht gelöst. In der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen künftig mindestens 95 Prozent der Gesundheitsausgaben über den Gesundheitsfonds finanziert werden, der sich im Wesentlichen durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber speist, die gesetzlich fixiert werden sollen. Damit ändert sich an den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen praktisch nichts; es wird lediglich ein neues bürokratisches Verfahren geschaffen, das den bisherigen Risikostrukturausgleich neu organisiert.

Falls die Fondsmittel nicht ausreichen, die Ausgaben zu decken, sollen die Krankenkassen einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von den Mitgliedern erheben, der ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens (bis acht Euro ohne Einkommensprüfung) nicht übersteigen darf. Da der Zusatzbeitrag krankenkassenindividuell erhoben wird und kein Risikoausgleich stattfindet, wird der Kassenwettbewerb aufgrund ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur verzerrt. Kassen mit „schlechten Risiken“ wie älteren, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen, werden benachteiligt. Um im Wettbewerb bestehen zu können, müssen Sie Leistungen restriktiv gewähren und zusätzliche Serviceleistungen abbauen, was zu Lasten gerade der unterstützungsbedürftigen „schlechten Risiken“ geht. Das Kassenwahlrecht löst dieses Problem nicht. Wechseln „schlechten Risiken“ in größerer Zahl in eine andere Krankenkasse werden sie die Wettbewerbsprobleme ihrer Herkunftskasse mitnehmen und diese schnell in eine ähnliche nachteilige Wettbewerbsposition bringen. Gerade älteren, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen, die auf besondere Unterstützung angewiesen sind, ist ein „Kassen-Hopping“ nicht zuzumuten, bei dem die strukturellen Benachteiligungen ohnehin nur verschoben werden. Dies gilt auch für Empfänger von Arbeitslosengeld II. Die vorgesehene Regelung für ALG-II-Bezieher, nach welcher der Zusatzbeitrag nur für die Zeit des Sonderkündigungsrechtes vom Bund übernommen wird, greift zu kurz.

Der Deutsche Caritasverband fordert, dass für alle Personen, die allein vom sozio-kulturellen Existenzminimum leben, grundsätzlich der Zusatzbeitrag aus Steuermitteln zu übernehmen ist.

II. Besonderer Teil

Der Deutsche Caritasverband sieht in dem vorgelegten Gesetzesentwurf positive Ansätze für nachhaltige Verbesserungen des Gesundheitssystems. Im Einzelnen begrüßen wir:

- dass nicht-krankenversicherten Menschen ein Rückkehrrecht in die letzte oder zuständige Versicherung erhalten,
- dass die bestehenden Leistungen zur Primärprävention im betrieblichen Bereich, zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur Förderung der Selbsthilfe genauer gefasst und von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt werden,
- dass Schutzimpfungen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden,
- dass der Anspruch auf palliative Versorgung verbessert wird,
- dass zumindest einzelne Rehabilitationsbereiche wie die geriatrische Rehabilitation und die Mutter/Vater-Kind-Kuren als Pflichtleistungen im SGB V ausgestaltet werden,
- dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Hilfsmittelversorgung korrigiert wird,
- dass Hausarztmodelle gestärkt werden,
- dass Betäubungsmittel, die vom Arzt im Altenpflegeheim oder im stationären Hospiz gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, für andere Patienten weiterverwendet werden können.

Hinsichtlich der nachfolgenden Punkte sieht der Deutsche Caritasverband allerdings Veränderungsbedarf:

1. Krankenversicherungsschutz (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, § 12 VAG)

Gesetzesentwurf:

Der Gesetzesentwurf führt für nicht-versicherte Personen eine Rückkehrmöglichkeit in die letzte oder zuständige Krankenkasse ein. Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung werden einer Kontrahierungspflicht zu einem Basistarif unterworfen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Bemühen, einen Krankenversicherungsschutz für möglichst viele Menschen sicherzustellen. Hinsichtlich folgender Punkte sieht der Deutsche Caritasverband allerdings noch Handlungsbedarf:

Weiterhin ohne Versicherungsschutz sind Leistungsempfänger nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zwar wird dieser Personengruppe über § 264 SGB V Gesundheitsversorgung gewährt, sie sind aber regelmäßig nicht Mitglied einer Krankenkasse.

Der Deutsche Caritasverband regt an, diese mittlerweile verhältnismäßig kleine Gruppe von Menschen den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen gleichzustellen und damit das Sondersystem des § 264 SGB V abzuschaffen.

Nach der geplanten Neuregelung müssen private Krankenversicherungsunternehmen zukünftig einen Basistarif anbieten, für den Kontrahierungspflicht besteht. Im Fall von Hilfebedürftigkeit des Versicherten reduziert sich der Basistarif und der nach SGB II oder SGB XII zuständige Träger beteiligt sich mit einem Beitrag, der in der Höhe allerdings durch den Beitrag begrenzt ist, den auch ein gesetzlich Versicherter erhalten würde.

In der Konstruktion des Gesetzesentwurfes besteht die Möglichkeit, dass bei Leistungsempfängern nach dem SGB II oder dem SGB XII der von ihnen zu entrichtende Beitrag nicht vollständig vom

zuständigen Sozialleistungsträger übernommen wird. Dies ist sachlich nicht gerechtfertigt. Wenn der Gesetzgeber Leistungsempfänger nach SGB II oder SGB XII nicht generell einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterwerfen will, sondern diese zumindest teilweise der privaten Krankenversicherung zuordnet, dann muss er sicherstellen, dass auch die privat versicherten Hilfebedürftigen den notwendigen Versicherungsbeitrag vollständig erhalten.

Lösungsvorschlag:

§ 5 Abs. 8a der Satz 2 SGB V n.F. wird gestrichen

§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG n.F. wird wie folgt gefasst: „Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist; der Beitrag ist auf diese Höhe begrenzt.“

2. Versorgungsmanagement (§ 11 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzgeber beabsichtigt in § 11 Abs. 3 SGB V, einen Leistungsanspruch zum Versorgungsmanagement aufzunehmen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzesentwurf erstmalig einen Leistungsanspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement vorsieht. Zur Klarstellung regen wir allerdings an, die betroffenen Versorgungsbereiche explizit zu benennen und den unbestimmten Rechtsbegriff „Versorgungsmanagement“ näher zu bestimmen. Darüber hinaus machen wir darauf aufmerksam, dass die Leistungserbringer nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch nicht berücksichtigt sind und dass keine Regelung zur Finanzierung getroffen wurde.

Lösungsvorschlag:

§ 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst:

„Versicherten haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche im häuslichen, ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

§ 11 Abs. 4 Satz 5 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst:

„Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch und Sechsten Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln“.

3. Haushaltshilfen (§ 38 SGB V)

Problem:

Nach § 38 SGB V erhalten Versicherte nur im Fall von Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und bei Inanspruchnahme von medizinischer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen Haushaltshilfen als Pflichtleistung. Bei der notwendigen Inanspruchnahme von ambulanter oder teilstationärer Krankenbehandlung sind sie darauf angewiesen, dass ihre Krankenkasse diese Leistung als Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 („erweiterte Haushaltshilfe“) anbietet.

Bewertung:

Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen, muss die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die Haushalt führende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung nicht wahrnehmen kann, zur Leistung verpflichtet sein, da nur dann der Behandlungserfolg gesichert ist.

Der Deutsche Caritasverband befürchtet zudem, dass Satzungsleistungen dem angestrebten verstärkten Wettbewerb zwischen den Kassen zum Opfer fallen werden. Um die Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden, werden Krankenkassen vermutlich Satzungsleistungen einschränken, da nur diese zu ihrer Disposition stehen. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen künftig diese Leistung weiterhin anbieten. Aufgrund ihrer Bedeutung ist dies allerdings zwingend erforderlich und daher die Ausgestaltung als Pflichtleistung dringend geboten.

Lösungsvorschlag:

§ 38 Abs. 1, Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4 oder § 24 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.“

§ 38 Abs. 2 wird gestrichen.

4. Prävention und Rehabilitation

a) Medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzgeber beabsichtigt, die Leistungen von einer „Ermessens-“ in eine „Pflichtleistung“ zu überführen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich die geplante Änderung. Die Ausgestaltung als Pflichtleistung verbessert den Zugang zu diesen Leistungen deutlich. Der dadurch bedingte Einbezug in den Risikostrukturausgleich vermeidet die bisher bestehenden Fehlanreize.

Der Deutsche Caritasverband weist allerdings daraufhin, dass die Definition, wann eine Maßnahme medizinisch notwendig ist, weiterhin ausschließlich der Krankenkasse obliegt. So können seitens der Krankenkassen Leitlinien und Kriterien für die Begutachtung und damit Genehmigung bzw. Ablehnung von Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen alleinig festgelegt werden, ohne das hierzu wie in anderen Leistungsbereichen Konsultations- oder Abstimmungsprozesse mit der Seite der Leistungserbringer vorgesehen sind.

b) Geriatrische Rehabilitation (§ 40a SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzesentwurf sieht die Einführung der geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung im SGB V vor.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband fordert seit langem, die geriatrische Rehabilitation als Leistung im SGB V zu verankern. Daher wird die Einführung von § 40a ins SGB V ausdrücklich begrüßt. Positiv bewertet wird zudem, dass die geriatrische Rehabilitation nach dem SGB V auch in stationären

Pflegeeinrichtungen zu erbringen ist. Unverständlich ist allerdings die Einschränkung durch den Terminus „im Einzelfall“. Da sich auch aus der Gesetzesbegründung keine Hinweise auf dessen Zweck ergeben, ist dieser zu streichen.

Lösungsvorschlag:

§ 40a Satz 1 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst:

„Leistungen nach § 40, die zur geriatrischen Rehabilitation geboten sind, hat die Krankenkasse zu erbringen“.

c) Weitere Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V)

Problem:

Im Gegensatz zur Geriatrischen Rehabilitation und der Rehabilitation für Mütter und Väter verbleiben die weiteren Rehabilitationsleistungen, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der Rentenversicherung gegeben ist, weiterhin im Ermessen der Krankenversicherung.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband hält die Ausgestaltung als Ermessenleistung für sachlich nicht gerechtfertigt, da diese Leistungen gleichermaßen frühzeitig Beeinträchtigungen beseitigen, vermindern oder deren Verschlimmerung verhüten und damit einen bedeutsamen Beitrag zu langfristigen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen leisten. Gerade bei Kindern und Jugendlichen kann durch Rehabilitation frühzeitig und erfolgreich in Entwicklungsverläufe eingegriffen werden.

Die Ausgestaltung als Ermessensleistung führt darüber hinaus dazu, dass die Leistungen keine Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich finden. Dies hat erhebliche Fehlanreize zur Folge, da Krankenkassen über eine restriktive Leistungsgewährung Einsparungen realisieren können. Der größte Teil der Rehabilitationsmaßnahmen sind Maßnahmen, die bei chronischer Erkrankung erfolgen oder Chronifizierung vorbeugen sollen. Die Krankenkassen könnten sich veranlasst sehen, chronisch kranken oder in dieser Weise gefährdeten Menschen, die nicht zuvor im Krankenhaus behandelt wurden, notwendige Leistungen zur Rehabilitation vorzuenthalten. Deshalb ist es notwendig, dass alle medizinischen Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich eingehen.

Darüber hinaus weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass die Formulierung des § 40 Abs. 1 SGB V, nach der die medizinische Rehabilitation erst nach einer nicht mehr ausreichenden ambulanten Krankenbehandlung zu erbringen ist, insbesondere bei chronischen Erkrankungen zu Problemen führt. Letzterer Personenkreis muss rechtzeitig und nicht erst nach Scheitern der vorausgegangen Behandlungen in die Rehabilitation überwiesen werden können. Durch die Änderung der Formulierung von „ausreichend“ in „Erfolg versprechend“ kann eine Prognose abgegeben werden, um rechtzeitig die gegebenenfalls nötige Rehabilitationsleistung einzuleiten.

Lösungsvorschlag:

§ 40 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„Ist bei Versicherten, um die in § 11 Abs. 2 beschriebene Ziele zu erreichen, eine ambulante Krankenbehandlung nicht Erfolg versprechend, hat die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen zu erbringen.“

§ 40 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ist die Leistung nach Absatz 1 nicht Erfolg versprechend, hat die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung zu erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht“.

d) Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation (§ 137 d SGB V, § 20 SGB IX)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzgeber plant mit der Änderung des § 137d SGB V die Finanzierung der Kosten für die einheitlichen Programme der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung neu zu regeln. Die geplante Änderung des § 20 SGB IX sieht darüber hinaus die Einführung einer Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements vor. Das Zertifizierungsverfahren, ebenso wie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, werden von den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger vereinbart. Den Vertretern der dadurch betroffenen Leistungserbringer ist lediglich „Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben“.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Neuregelung der Finanzierung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Diese ist an die geltende Praxis im Bereich der Rentenversicherung angelehnt und beseitigt bisherige Umsetzungsprobleme.

Die geplante Neuregelung des § 20 Abs. 2a SGB IX lehnt der Deutsche Caritasverband hingegen ab. Mit der Änderung sollen die grundlegenden Entscheidungen zum internen Qualitätsmanagement und zu Zertifizierungsverfahren in die alleinige Entscheidungskompetenz der Rehabilitationsträger übertragen werden, wobei die Kosten des internen Qualitätsmanagements allerdings weiterhin von den Leistungserbringern zu tragen sind. Den Leistungserbringern wird lediglich die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Hierdurch entsteht eine unzulässige Entscheidungsstruktur „zu Lasten Dritter“. Ein bloßes Recht zur Stellungnahme der Leistungserbringer reicht überdies auch deshalb nicht aus, weil die entsprechenden Maßnahmen in den geschützten Bereich der Betriebssphäre unmittelbar eingreifen. Bei Einrichtungen von Caritas und Diakonie ist zudem das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen betroffen. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sind daher zu beteiligen.

Der Gesetzentwurf geht von einem einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahren aus. Die Einengung auf nur ein Verfahren wird nicht als sinnvoll angesehen, vielmehr sollte sich darauf beschränkt werden die Anforderungen an solch ein Verfahren zu benennen. Da bereits einige Zertifizierungsverfahren entwickelt wurden, ist die Entwicklung eines neuen Verfahrens überflüssig.

Lösungsvorschlag:

§ 20 Abs. 2a SGB IX n.F. wird wie folgt gefasst:

„Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Abs. 2 Satz 1 sowie grundsätzliche Anforderungen an unabhängige Zertifizierungsverfahren, mit denen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagement in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird.“

e) GKV-Statistik über Anträge und Bewilligungen für den Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

Gesetzentwurf:

Ausweislich der Begründung zu § 41 SGB V beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den Ländern über einen Statistikerlass die statistische Erhebung zu den Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation um das Merkmal „Antragsstellung“ und „Erledigung der Antragstellung“ zu erweitern. Das Bewilligungsgeschehen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen soll so transparenter werden.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit ausdrücklich. Wir sind allerdings der Auffassung, dass die Änderung auf alle Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ausgedehnt werden muss, da sich das Problem fehlender Transparenz nicht nur im Bereich der Mütter-Vater-Kind-Maßnahmen stellt. Die Rentenversicherung führt und veröffentlicht seit Jahren eine umfassende Statistik und sorgt so für Transparenz

Lösungsvorschlag:

Die Vorschriften über die Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV) sind entsprechend des Vorschlags des Bundesministeriums für Gesundheit für alle Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu ändern.

5. Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung hinsichtlich der Versorgung mit Hilfsmitteln vor. Eine Abhängigkeit der Hilfsmittelversorgung von der Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten wird explizit ausgeschlossen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht von der Rehabilitationsfähigkeit des Versicherten abhängig ist. Damit wird die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts korrigiert.

Der Deutsche Caritasverband weist allerdings daraufhin, dass immer noch Hilfsmittel unwirksam eingesetzt werden, weil sie wegen falscher Beratung, fehlender Anpassung oder mangels qualifizierter Gebrauchsschulung ungenutzt bleiben oder unnötige Anpassungs- oder Ersatzbeschaffungskosten anfallen. Die Wirksamkeit und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung hängt sehr stark von der Ermittlung des Bedarfs und der individuellen Anpassung des Hilfsmittels ab. Unter dem Druck des gewollten Preiswettbewerbs werden die Anbieter diese dringend erforderlichen Leistungen auf ein Minimum reduzieren.

Zudem ist zu erwarten, dass aus dem Preis- ein Verdrängungswettbewerb wird, der eine wohnortnahe Versorgung verhindert.

Wir regen vor diesem Hintergrund an, dass in das Gesetz ein Anspruch auf Bedarfsermittlung und individuelle Anpassung aufgenommen wird. Bedarfsermittlung und individuelle Anpassung verlangen von den Anbietern eine räumliche Nähe zu den Patienten.

Lösungsvorschlag:

§ 33 Abs. 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

„Versicherte haben Anspruch auf wohnortnahe Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinde-

zung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Bedarfsermittlung, individuelle Anpassung, Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.“

6. Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

a) Erweiterung des Haushaltsbegriffs

Gesetzesentwurf:

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass häusliche Krankenpflege künftig nicht nur im engeren Bereich des Haushalts und der Familie, sondern auch an „einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ erbracht werden kann.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt das Bemühen des Gesetzgebers, den Begriff der Häuslichkeit zu erweitern, um bestimmten Gruppen von pflegebedürftigen und behinderten Menschen die Erbringung häuslicher Krankenpflege an ihrem Wohn- und Lebensort zu ermöglichen. Die zwar erweiterte aber nach wie vor bestehende Orientierung an einem räumlich definierten Wohn- und Lebensort löst jedoch die bestehenden Probleme nicht. So wird mit der vorliegenden Formulierung die Rechtsunsicherheit, ob häusliche Krankenpflege in der Schule, in der Kindertagesstätte, in der Werkstatt für behinderte Menschen oder in einer stationären Behinderteneinrichtung in Anspruch genommen werden kann, nicht vollends beseitigt.

Eine wirkliche Lösung des Problems kann nur darin liegen, dass die Voraussetzung eines bestimmten Aufenthaltsortes für die Erbringung von Krankenpflege aufgegeben wird.

Eine solche Änderung des § 37 SGB V würde zudem die für pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen in Absatz 2 Satz 2 beabsichtigte, aber in der Praxis schwierige Orientierung am Ausmaß des Leistungsbedarfs überflüssig machen. Dies gilt zumindest dann, wenn die medizinische Behandlungspflege systemkonform aus dem SGB XI in das SGB V zurückgeführt würde.

Lösungsvorschlag:

In der Überschrift zu § 37 wird das Wort „Häusliche“ gestrichen.

§ 37 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten neben der ärztlichen Behandlung Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, ...“.

§ 37 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Versicherte erhalten Krankenpflege als Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist...“.

In § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. werden die Wörter „der medizinischen Behandlungspflege und“ gestrichen.

b) Verordnungsermächtigung des Krankenhauses für Nachsorgeleistungen

Problem:

Aufgrund der Kurzfristigkeit vieler Krankenhausentlassungen bzw. der fehlenden Abstimmungen mit dem ambulanten Bereich (einschließlich dem Bereich der niedergelassenen Ärzte) gibt es häufig Versorgungsprobleme und Versorgungslücken für Versicherte in der Anschlussversorgung. Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege bei Entlassung aus dem Krankenhaus hat momentan der Hausarzt auszustellen, auch wenn der Krankenhausarzt den medizinischen Sachverhalt besser abschätzen kann. Diese bürokratische – wesentlich berufsständisch geprägte – Regelung sichert nicht den nahtlosen Übergang von stationärer zu ambulanter Krankenbehandlung.

Lösungsvorschlag:

Um eine ausreichende und lückenlose Pflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht nur im Rahmen der Palliativversorgung zu gewährleisten, muss das Krankenhaus generell in die Verordnungsermächtigung für häusliche Krankenpflege einbezogen werden. Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes sollte der behandelnde Krankenhausarzt – analog der Regelung zum ambulanten Operieren (§ 115 b SGB V) und analog zum neuen § 37 b SGB V - die Berechtigung erhalten, bei Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, häusliche Krankenpflege für einen begrenzten Zeitraum (drei Tage) – zur Sicherung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld – zu verordnen. Der Deutsche Caritasverband begrüßt daher grundsätzlich die diesbezügliche Änderung des § 92 SGB V. Wir sind allerdings der Auffassung, dass der systematisch richtige Ort für eine solche Regelung der § 37 SGB V wäre.

Formulierungsvorschlag:

§ 37 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird als vierter Satz und in Absatz 2 als zweiter Satz eingefügt: „Diese Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen“.

7. Palliativmedizinische und – pflegerische Versorgung (§§ 37b, 132d SGB V)

a) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Gesetzentwurf:

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Einfügung des § 37b SGB V die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im SGB V zu verankern.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers. Es weist allerdings darauf hin, dass der derzeitige Gesetzesentwurf die psychosoziale Dimension palliativer Versorgung trotz ihrer hohen Bedeutung unberücksichtigt lässt und damit dem erforderlichen multidisziplinären Ansatz nicht hinreichend Rechnung trägt.

Lösungsvorschlag:

§ 37b Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V n.F. werden, wie folgt, gefasst:

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie, zur Symptomkontrolle sowie zur psychosozialen Betreuung und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung arbeiten mit Anbietern weitergehender Begleitleistungen sowie den ambulanten Hospizdiensten und den stationären Hospizen (§39a Abs. 1 und 2 SGB V) zusammen.“

b) Allgemeine Palliativversorgung

Problem:

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich lediglich an einen kleinen Teil der Versicherten. Nach der Entwurfsbegründung handelt es sich um ca. 10% aller Sterbenden. Die verbleibenden 90% sind im Rahmen der bisherigen Strukturen palliativmedizinisch- und pflegerisch zu versorgen. Um diese Versorgung sicherzustellen, ist es nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes notwendig, die Palliativversorgung in der einleitenden Vorschrift des § 27 SGB V zu verankern.

Lösungsvorschlag:

An § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird angefügt: „7. palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung“.

c) Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 132d SGB V)

Gesetzesentwurf:

Der Gesetzesentwurf regelt in § 132d Abs. 1 SGB V die Erbringung der Palliativleistungen. Nach § 132d Abs. 1 SGB V schließen die Krankenkassen mit geeigneten Einrichtungen und Personen Verträge, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Eingeführt wird damit eine Bedarfszulassung. Die näheren Vorgaben sollen in den Bundesempfehlungen nach Absatz 2 vereinbart werden.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt eine am Bedarf orientierte Zulassung ab. Sie ist weder sachlich gerechtfertigt noch rechtlich zulässig. Da nach der Konzeption des Gesetzes die zuständige Krankenkasse – anders als bei der unmittelbaren Inanspruchnahme z.B. von Fachärzten durch die Versicherten – über jeden Leistungsfall durch Genehmigung entscheidet, verursacht ein mögliches Überangebot keine zusätzlichen Kosten für die Krankenkassen. Eine Bedarfszulassung ist deshalb nicht erforderlich und verstößt gegen das Grundrecht auf Berufsfreiheit, Art. 12 GG (vgl. BSG 23.07.2002, B 3 KR 63/01 R, zitiert nach juris Rn. 32 ff, zur Bedarfssteuerung bei Reha-Einrichtungen).

Lösungsvorschlag:

§ 132d Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V n.F. ist zu streichen.

d) Konfliktlösungsmechanismus bei Verträgen zur Palliativversorgung

Problem:

Entgegen der derzeitigen Situation z.B. in der häuslichen Krankenpflege (vgl. § 132a Abs. 2 Sätze 6 bis 8 SGB V) sieht der Gesetzesentwurf im Bereich des § 132d SGB V keinen Konfliktlösungsmechanismus vor. Im Bereich der stationären Hospize hat das Fehlen eines Mechanismus dazu geführt, dass in zahlreichen Fällen keine ausreichenden Vergütungen mehr erzielt werden können und die Leistung nicht länger angeboten werden kann.

Lösungsvorschlag:

Um eine ähnliche Entwicklung im Bereich der Palliativversorgung zu vermeiden, fordert der Deutsche Caritasverband nachdrücklich die Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus. Das Mittel der Wahl wäre eine Schiedsstelle nach dem Vorbild des SGB XI.

e) Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzesentwurf:

Auch Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen sollen künftig Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben, § 37b Abs. 2 SGB V n.F. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V n.F. sollen regeln, ob diese Leistungen durch Vertragspartner der Krankenkasse in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird. Auch hierzu sollen die Partner der Rahmenempfehlung nach § 132d Abs. 2 SGB V n.F. bundeseinheitliche Regelungen treffen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die nunmehr vorgesehene Einbeziehung von stationär pflegebedürftigen Patienten in die spezialisierte Palliativversorgung. Es wird aber die Klarstellung gefordert, dass das jeweilige Heim zwingend Vertragspartner des Vertrages nach § 132d Abs. 1 SGB V über die Versorgung seiner Heimbewohnern ist, ein Vertrag also nur unter Mitwirkung des Heimes zustande kommen kann.

Lösungsvorschlag:

§ 37b Abs. 2 Satz 2 SGB V n.F. wird, wie folgt, gefasst:

„Die Krankenkassen regeln in Verträgen mit der Pflegeeinrichtung, ob die Leistungen nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch die Pflegeeinrichtung selbst erbracht werden; 132d Abs. 2 gilt entsprechend.“

f) Familienhospizkarenz

Problem:

Die Versorgung und Begleitung Sterbender erfordert eine ständige Präsenz der Menschen, die diese Aufgabe übernehmen. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Familienangehörige. Leider fehlen in der Praxis häufig die Rahmenbedingungen, welche es den Angehörigen ermöglicht, die Sterbende oder den Sterbenden zu betreuen.

Lösungsvorschlag:

Der Deutsche Caritasverband regt an, dem Beispiel Österreichs folgend, ein Anspruch auf Familienhospizkarenz in das SGB V einzufügen. Die Familienhospizkarenz beinhaltet einen Anspruch auf Herabsetzung, Änderung oder Freistellung von der Normalarbeitszeit für Arbeitnehmer(innen) zur Begleitung sterbender Angehöriger. Während dieser Zeit bleiben die Angehörigen kranken-, renten- und unfallversichert.

8. Zuzahlungsregelungen und Belastungsgrenzen

a) Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§ 34 SGB V)

Problem:

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2003 wurden die apothekenpflichtigen, nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente bis auf bestimmte in der OTC-Liste angeführte Ausnahmen von der Versorgung ausgenommen. Sie sind vom Versicherten privat zu tragen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband hält die Altersgrenze von 12 Jahren für nicht sachgerecht. In der Praxis führt die Altersgrenze dazu, dass Kinder und Jugendliche oberhalb der Grenze, die aus einkommensschwachen Familien kommen, aufgrund fehlender finanzieller Mittel der Eltern häufig unversorgt bleiben.

Lösungsvorschlag:

§ 34 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird, wie folgt, gefasst:

„Satz 1 gilt nicht für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“.

b) Malus-Regelung bei den Zuzahlungen für chronisch kranke Menschen (§ 62 SGB V)

Gesetzentwurf:

Nach der geplanten Neuregelung steigt für chronisch kranke Menschen, die Früherkennungsmaßnahmen für ihre jeweilige Erkrankung nicht in Anspruch genommen haben, die Belastungsgrenze für Zuzahlungen auf 2 Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband teilt das Ziel des Gesetzesentwurfs, die Anreize für eine Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen zu erhöhen. Aus unserer Sicht sollte dies allerdings mit Hilfe einer Bonusregelung geschehen. Es ist bedenklich, wenn Menschen, die mit der psychisch und physisch belastenden Diagnose Krebs oder einer anderen schweren Erkrankung konfrontiert sind, zusätzlich sanktioniert werden.

Lösungsvorschlag:

Konkret vorgeschlagen wird die Einführung eines Vorsorgepasses, in den die Termine für alle notwendigen und evidenzbasierten Früherkennungsuntersuchungen einzutragen sind. Der Ärzte sollen verpflichtet werden, ihre Patienten im Sinne eines aufsuchenden Ansatzes rechtzeitig auf anstehende Termine hinzuweisen. Bei Teilnahme an allen Früherkennungsmaßnahmen soll sich die Zuzahlung von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen auf 1 Prozent reduzieren.

9. Anwendung des Kausalitätsprinzips in der GKV bei Folgen nicht medizinisch indizierter Eingriffe (§ 52 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzesentwurf sieht vor, Versicherte an den Kosten zu beteiligen, wenn sie in Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen wie beispielsweise ästhetischen Operationen oder Tätowierungen erkranken.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt diese generelle Regelung ab. Dass die Versicherten mehr Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen sollen, wird nicht grundsätzlich bestritten. Es gibt allerdings eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen, die nicht in der Lage sind, die medizinische Indikation oder die Gefährdung einer solchen Maßnahme zu beurteilen. Die Regelung führt einen verschuldensabhängigen Leistungsausschluss ein, und läuft damit dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Finalitätsprinzip zuwider.

Lösungsvorschlag:

§ 52 Abs. 2 SGB V n.F. wird gestrichen.

10. Wahltarife (§ 53 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzesentwurf sieht für die Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten der Tarifgestaltung vor. So können beispielsweise Selbstbehalte eingeführt und durch Prämienzahlungen honoriert werden. Wahltarife erfordern eine dreijährige Mindestbindungsfrist des Versicherten.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt grundsätzlich die Einführung von Wahlтарifen zur Steigerung der Wahlfreiheit sowie der Eigenverantwortung des Einzelnen. Er gibt allerdings zu bedenken, dass die dreijährige Mindestbindungsfrist bei der Wahl des Selbstbehalt-Tarifs im Fall einer unvorhergesehenen Änderung der Lebensumstände (z.B. Arbeitslosigkeit) zu einer finanziellen Überforderung des Versicherten führen kann. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes sollte die Mindestbindungsfrist für Selbstbehalt-Tarife auf ein Jahr verkürzt werden.

Lösungsvorschlag:

§ 53 Abs. 7 Satz 1 SGB V n.F. wird wie folgt gefasst: „Die Mindestbindungsfrist für Wahlтарife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 1 und Absatz 3 beträgt drei Jahre; die Mindestbindungsfrist für Wahlтарife nach Absatz 1 beträgt 1 Jahr“.

11. Hausarztzentrierte Versorgung

Gesetzentwurf:

Nach dem Gesetzesentwurf haben die Krankenkassen ihren Versicherten zukünftig eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Initiative des Gesetzgebers und setzt sich dafür ein, dass die Hausärzte flächendeckend zu Fachärzten für Allgemeinmedizin weiterqualifiziert werden. Die unter § 73b Abs. 2 Ziffer 3 SGB V genannten Qualifikationen sind wesentliche Bestandteile einer solchen Ausbildung. Sehr positiv beurteilen wir zudem, dass in der hausärztlichen Versorgung künftig den besonderen medizinischen Bedürfnissen älterer Menschen stärker Rechnung getragen werden soll. Defizite sehen wir allerdings in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Pädiatrie sollte unbedingt in den Kanon unter Ziffer 3 aufgenommen werden.

Lösungsvorschlag:

In § 73b Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V wird nach dem Wort „Geriatric“ das Wort „Pädiatrie“ eingefügt.

12. Abschläge für Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzesentwurf sieht in § 133 Abs. 4 SGB V für Krankentransportleistungen eine pauschale Kürzung der Vergütungen um 3 Prozent vor.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt die Regelung ab. Es handelt sich um einen überflüssigen dirigistischen Eingriff. Die Preise werden ohnehin von den öffentlichen Gebietskörperschaften festgelegt oder unter den Krankenkassen ausgehandelt.

Lösungsvorschlag:

§ 133 Abs. 3 SGB V n.F. wird gestrichen.

13. Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V)

Gesetzentwurf:

Nach dem Gesetzentwurf stehen ab dem 1. April 2007 Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nur noch dann zur Verfügung, wenn diese Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung zum Gegenstand haben.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband hält die Fokussierung auf die bevölkerungsbezogene Variante der integrierten Versorgung zum gegenwärtigen Zeitpunkt für problematisch. Zum einen ist der Rechtsbegriff der „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ unbestimmt und damit interpretationsoffen. Zum anderen gibt es bisher keine hinreichende Evidenz über die Qualität und Nachhaltigkeit dieser noch nicht flächendeckend erprobten Variante der integrierten Versorgung. Ein Schwerpunkt der integrierten Versorgung sollte aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes eher sein, dass Menschen mit besonders komplexen Versorgungsbedarfen, wie z.B. multimorbid erkrankte Menschen, psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit Suchterkrankungen oder pflegebedürftige Menschen, passgenauere Leistungen der Kuration, Prävention und Rehabilitation erhalten.

Zu kritisieren ist des Weiteren der Wegfall der Rückzahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser für nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung.

Darüber hinaus müssen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Versicherten umfassend und in geeigneter Form über die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards zu informieren. Das in § 140a Abs. 3 SGB V vorgesehene Recht des Versicherten auf Informationen hat sich als nicht ausreichend erwiesen.

Lösungsvorschlag:

In § 140a Abs. 1 SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen insbesondere Menschen mit multiplen und komplexen Versorgungsbedarfen eine bessere gesundheitliche Versorgung ermöglichen.“

§ 140a Abs. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer sowie besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards zu informieren.“

§ 140d Abs. 1 Satz 5 SGB V wird in der bisherigen Form beibehalten.

14. Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser

Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenhäuser einen Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen erbringen.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband wendet sich nachdrücklich gegen den Sanierungsbeitrag für die Krankenhäuser, der im Gesamtumfang zu einer pauschalen Kürzung der Krankenhausbudgets um 500 Millionen Euro führt. Die finanzielle Situation der Krankenhäuser lässt einen solchen Sanierungsbeitrag nicht zu. Die Krankenhäuser sind durch Entscheidungen des Gesetzgebers erheblich

belastet: Mehrkosten durch die Anpassung an das geänderte Arbeitszeitgesetz, die Mehrwertsteuererhöhung, Kosten infolge der Abschaffung des AiP und der Neustrukturierung der DRGs sowie die Folgekosten der Naturalrabattverbote. Hinzu kommt der Investitionsstau wegen ausbleibender Investitionsfördergelder in den Bundesländern. Bereits aufgrund dieser Belastungen droht eine deutliche Verschlechterung der Leistungen. Der geplante Sanierungsbeitrag würde diese Situation nochmals erheblich verschärfen.

Lösungsvorschlag:

In Artikel 19 des Gesetzentwurfes werden die Nummern 1 und 2 gestrichen.

15. Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V)

Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht zum 01.01.2008 eine Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Gegenstand der Neuregelung ist u.a. eine Verringerung der Mitgliederzahl sowie deren Anstellung als hauptamtliche Mitarbeiter des Ausschusses.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt die Neuordnung in der vorgesehenen Form ab, da diese die bestehenden Defizite nicht beseitigt. Die heutige Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses leidet daran, dass wesentliche Leistungserbringer im Ausschuss nicht vertreten sind. In den Bereichen häusliche Krankenpflege (§ 37), Soziotherapie (§ 37a) sowie Palliativversorgung (§ 37b) bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss durch seine diesbezüglichen Richtlinien maßgeblich Umfang und Inhalt der Leistungen ohne dass die relevanten Leistungserbringer ihre Fachkompetenz einbringen und mitentscheiden können. Durch die Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird diese Asymmetrie in Entscheidungsgremien nicht behoben.

Lösungsvorschlag:

Der Deutsche Caritasverband wendet sich nicht grundsätzlich gegen eine Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er hält es allerdings im Hinblick auf die Bedeutung der Entscheidungen dieses Gremiums für dringend geboten, dass sich die Zusammensetzung des Ausschusses mit den zu behandelnden Leistungsbereichen verändert. Nur eine solche dynamische Besetzung stellt sicher, dass die notwendige Fachkompetenz im Gremium vertreten ist. Wenn es beispielsweise um Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege geht, dann müssen die Leistungserbringer in diesem Bereich im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sein.

16. Gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V)

Gesetzentwurf:

§ 132a Abs. 1 SGB V sieht bislang eine Rahmenempfehlung auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege vor. In diesen Rahmenempfehlungen sollen insbesondere die Inhalte der häuslichen Krankenpflege, die Eignung der Leistungserbringer und die Qualitätssicherung geregelt werden. Nach dem Gesetzesentwurf soll diese Vorschrift entfallen. Begründet wird dies damit, dass im Rahmen der Verschlinkung der Aufgaben des neuen Spitzen-

verbandes Bund der Krankenkassen und der Vergrößerung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf eine gemeinsame Empfehlung verzichtet werden könne.

Bewertung:

Der Deutsche Caritasverband lehnt die Streichung der Vorschrift ab. Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts sollen die Partner der Rahmenempfehlung wichtige Standards im Hinblick auf das „Wie“ der Leistungserbringung setzen. Diese einheitlichen Standards sind gerade bei einer Intensivierung des Wettbewerbs dringend notwendig. Sie tragen dazu bei, einen Wettbewerb auf Kosten der Qualität zu verhindern und einen bundesweiten Qualitätsstandard zu sichern. Die Notwendigkeit einheitlicher Rahmenempfehlung belegt auch der Gesetzentwurf selbst. Für den Bereich der ambulanten Palliativversorgung wird ausdrücklich eine Bundesrahmenempfehlung eingeführt. Die Konstruktion entspricht nahezu der des § 132a SGB V.

Lösungsvorschlag:

§ 132a Abs. 1 SGB V wird in der bisherigen Form beibehalten.

Freiburg / Berlin, 02. November 2006

Professor Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstandsbereich Sozial- und Familienpolitik

Kontakt:

Dr. Sven Höfer, Deutscher Caritasverband e.V., Arbeitsstelle Sozialrecht, Karlstraße 40,
79104 Freiburg i. Br., Tel. 0761 200 -576, E-mail: sven.hoefer@caritas.de

Dr. Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Reinhardtstr. 13,
10117 Berlin, Tel. 030 284447-46, E-mail: elisabeth.fix@caritas.de