

**Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.**

Diakonisches Werk der EKD e.V. Postfach 33 02 20 D-14172 Berlin

**An die Mitglieder des
Bundstagsausschusses für Gesundheit**

Vorstand Zentren

Telefon (Durchwahl):
(0 30) 8 30 01-100/117

Fax:
(0 30) 8 30 01-777

E-Mail:
schlueter@diakonie.de
henseler@diakonie.de

Berlin, 27.10.2006
Az.: BSch/S.H.

Stellungnahme zur Gesundheitsreform

Sehr geehrte Frau Abgeordnete, sehr geehrter Herr Abgeordneter,

in dieser Woche beginnt das parlamentarische Verfahren zur Gesundheitsreform. Das Diakonische Werk der EKD setzt auf eine möglichst gründliche parlamentarische Debatte, in der die Weichenstellungen der Reform kritisch geprüft werden. Dazu möchten wir Ihnen mit diesem Schreiben unsere Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU sowie SPD zuleiten.

- Der **geplante Risikostrukturausgleich** erfasst mit seiner Beschränkung auf fünfzig bis achtzig Krankheiten weder die Kosten der Multimorbidität, noch den behinderungsassoziierten Aufwand, noch die Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen. Im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander wird es also weiterhin ungleiche Startbedingungen geben. Dies stellt die Einführung des Gesundheitsfonds insgesamt in Frage. Bitte greifen Sie diesen Gesichtspunkt in der parlamentarischen Debatte auf!
- Der **Gesundheitsfonds** ist aus unserer Sicht nur sinnvoll, wenn Steuermittel in größerem Umfang und in der gebotenen Verlässlichkeit in der GKV eingesetzt werden können. Bitte setzen Sie sich dafür ein, dass hier frühzeitig die notwendigen Schritte getan werden und Kriterien, die sich am Finanzbedarf des Systems orientieren, festgeschrieben werden!
- Bei der **Ausweitung der Krankenversicherungspflicht** sind Nachbesserungen erforderlich, damit alle Menschen in Deutschland Krankenversicherungsschutz genießen.
- Mit dem pauschalen "**Sanierungs**"-Beitrag für die Krankenhäuser wird die Trägervielfalt gefährdet. Bitte setzen Sie sich dafür ein, dass die bekannten Mehrbelastungen der Krankenhäuser (Tarifsteigerungen, Mehrwertsteuererhöhung, Arbeitszeitbedin-

gungen) angemessen refinanziert werden und keine negativen Folgen für Mitarbeitende und Patienten entstehen.

- Die so genannte **Chronikerregelung**, nach der chronisch kranke Versicherte nur bis zu einem Prozent ihres Einkommens für Zuzahlungen einsetzen müssen, wird nach den gegenwärtigen Plänen daran gekoppelt, dass die Versicherten an Gesundheitsuntersuchungen teilgenommen haben. Aus unserer Sicht ist die Chronikerregelung eine Härtefallregelung und kein gezielter Anreiz zur Krankheitsprävention – darf also nicht im Sinne einer Strafe zur Disposition gestellt werden, wenn vor Jahren einmal eine Vorsorgeuntersuchung versäumt wurde. Bitte sorgen Sie im Rahmen der parlamentarischen Debatte dafür, dass diese sehr unterschiedlichen Anliegen getrennt werden.
-
- Die geplante „**Straffung**“ **des Gemeinsamen Bundesausschusses** (G-BA) berücksichtigt aus unserer Sicht nicht ausreichend die Vielzahl berechtigter Interessen und Perspektiven auf der Seite der Leistungserbringer und der Patienten.
- Dem **Gemeinsamen Bundesausschuss** (G-BA) wachsen neue Aufgabengebiete zu, wenn die **Rahmenempfehlungen der GKV-Spitzenverbände für Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Sozialmedizinische Nachsorge und Palliativversorgung** entfallen (§§ 132a, 132b, 132c). Die entsprechenden Leistungserbringer sind aber in diesem Ausschuss nicht vertreten. Deshalb ist zu befürchten, dass die o.g. Leistungen dort keine ausreichende Berücksichtigung finden. Bitte treten Sie dafür ein, dass die entsprechend Ausschüsse des G-BA entsprechend erweitert werden. Bis zu einer sachgerechten Lösung sollen die genannten Rahmenempfehlungen gesetzlich verankert und konsequent umgesetzt werden.

In der beiliegenden Stellungnahme werden diese und andere Gesichtspunkte näher erläutert. Wir hoffen, damit zur Klärung der äußerst komplexen Fragen dieser Gesundheitsreform beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Dr. Bernd Schlüter

Stellungnahme

Berlin, 27.10.2006

Diakonie 

Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

Zentrum Gesundheit, Rehabili-
tation und Pflege

Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Tel: 030/83001-0
Fax 030/83001-444
Durchwahl -366
bartmann@diakonie.de
www.diakonie.de

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der CDU/CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

Bundestagsdrucksache Nr. 16/3100 – 24.10.2006

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland betrachtet die anstehende Gesundheitsreform vor allem aus der Perspektive chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie sozial benachteiligter und armer Menschen. Der Ausgangspunkt seines Handelns ist die in der Bibel vielfach beschriebene Aufgabe, Kranken beizustehen, sie nach Möglichkeit zu heilen oder im Sterben zu begleiten. Einrichtungen der Diakonie sind in den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation und häusliche Krankenpflege tätig, aber auch in Arbeitsfeldern wie der Alten- und Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie, der Suchtkrankenhilfe und der Schwerstkranken- und Sterbebegleitung (Palliative Care), die in die Gesundheitsversorgung involviert sind.

Wir begrüßen,

- dass es für nicht Krankenversicherte eine dauerhafte Rückkehrmöglichkeit in die letzte oder zuständige Versicherung geben wird.
- dass die privaten Krankenversicherungen zu einem Basistarif mit Kontrahierungszwang und Härtefallregelungen für versicherungsfreie Personen mit geringem Einkommen verpflichtet werden.
- dass die Aufgaben der Prävention in der GKV genauer bestimmt werden.
- dass ein individueller Leistungsanspruch auf palliative Versorgung bei schwerster Erkrankung und in der Sterbephase gesetzlich verankert wird.
- dass Zugangshindernisse zu Rehabilitationsleistungen und zur häuslichen Krankenpflege abgebaut werden.

Wir plädieren nachdrücklich für

- eine verlässliche Mitfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Ausgaben aus Steuermitteln.
- einen umfassenderen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der auch Multimorbiditäten und Behinderungen erfasst.
- wirksame unaufwändige Härtefallregelungen für chronisch kranke Menschen mit geringem Einkommen.
- Nachbesserungen bei den Maßnahmen zur Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes.
- den Verzicht auf pauschale Budgetabzüge bei Krankenhäusern und Krankenfahrten.

Zu den Zielen der Reform und den grundlegenden Aufgaben der Krankenversicherung beziehen wir folgendermaßen Stellung:

Übersicht:

I.	Grundsätzliches	3
II.	Zu Fragen der Finanzierung in der Reform	4
III.	Zu geplanten Änderungen des SGB V im Einzelnen	5
IV.	Zu geplanten Änderungen des SGB XI	18
V.	Änderungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung	20

I. Grundsätzliches

Für das Diakonische Werk der EKD sind folgende Überlegungen bei der Reform des Gesundheitswesens von grundlegender Bedeutung:

- Die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden sollte gestärkt werden. In diesem Zusammenhang sehen wir sowohl die Ausweitung des Versicherungsschutzes auf bisher nicht Krankenversicherte als auch die Öffnung der Privaten Krankenversicherung durch den Basistarif positiv. Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs könnte ebenfalls ein Element der Solidarität darstellen, der Morbiditätsausgleich 50-80 reicht dafür in seiner jetzigen Ausgestaltung allerdings nicht aus, weil wichtige Krankheitsbilder nicht abgedeckt sind. Außerdem befürchten wir, dass durch die Art des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen der Prozess der Selbstselektion guter Risiken in bestimmten Krankenkassen weiter befördert wird.
- Der Ausgleich zwischen einkommensarmen und wohlhabenden Menschen muss stärker verankert werden, um eine Zwei-Klassen Medizin weitestgehend zu verhindern. Die Erhebung eines Zusatzbeitrags sehen wir als problematischen Schritt an, wenn er nicht eng begrenzt bleibt. Nicht zu beschönigen ist, dass er ein weiterer Schritt weg von der paritätischen Finanzierung ist und die Kosten einseitig den Versicherten aufgebürdet werden. Bei der Ausgestaltung der Wahltarife muss das Ziel verfolgt werden, Effizienz in der Verwaltung zu erhöhen und Präferenzen der Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeiten zu befriedigen. Auch unter dem Aspekt des Ausgleichs zwischen hohen und niedrigen Einkommen ist zu beachten, dass Versicherte mit höherem Einkommen tendenziell eher Krankenkassen wechseln, weil sie die Komplexität des Leistungsvergleiches bei höherem Bildungsstand leichter bewältigen bzw. sich entsprechenden Rat einkaufen können.
- Die Reform soll die existierende gesamtstaatliche Solidarität aufrecht erhalten. Die Änderungen in der PKV und der Steuerfinanzierung sollten die Unterstützung armer durch wirtschaftlich leistungsfähigere Regionen Deutschlands unterstützen und nicht aushöhlen. Der Gesundheitsfonds führt dazu, so hoffen wir, dass die Einnahmen des Systems bundesweit vereinheitlicht werden und es damit zu einer stärkeren gesamtgesellschaftlichen Solidarität kommt. Diesem Ziel soll auch die Stärkung der Steuerfinanzierung dienen.
- Das Diakonische Werk der EKD warnt vor möglichen negativen Folgen für die Gesundheitsversorgung kranker Menschen durch die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern und zwischen den Krankenkassen. Gesundheitsdienste dürfen nicht in ihrer Qualität und Zugänglichkeit eingeschränkt werden. Weil in Zukunft die Bundesregierung zentral und nach politischen Gesichtspunkten Beitragssatzveränderungen durch Rechtsverordnung festsetzt und nicht mehr die einzelne Krankenkasse je nach Bedarf, entsteht ein höherer Druck im System, die Ausgaben zu deckeln und den Preiswettbewerb der Leistungserbringer zu erhöhen. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird u.a. durch den Wegfall der Rahmenempfehlungen und Rahmensetzungen (§ 132a bis § 132c) deutlich verstärkt. Einen weiteren Ansatzpunkt für einen verstärkten Preiswettbewerb auf Kosten der Qualität der erbrachten

Leistungen schafft der Entwurf mit der Einführung von Ausschreibungsverfahren (beispielsweise in den §§ 126, 127 und 130a). Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen steht unter ungleichen Voraussetzungen, weil der geplante Morbiditätsausgleich nicht ausreicht. Die Wirkungen des Gesundheitsfonds auf den Wettbewerb lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewerten.

- Gleichheit und Freiheit in der gesundheitlichen Versorgung müssen in richtiger Balance bleiben – die Versicherten dürfen nicht durch überhöhte Eigenverantwortung überfordert werden. Die Auswahl der richtigen Krankenkasse, des richtigen Tarifs, von Hausarztmodellen und Modellen integrierter Versorgung setzt einen hervorragend informierten und hoch kompetenten Kunden voraus, der über ein beachtliches Zeitbudget verfügt. Während die Diakonie aufgrund ihres Menschenbildes klar unterstützt, dass im Sinne der Freiheit die Versicherten Zugang zu einer Krankenversicherung haben, die möglichst genau ihren Präferenzen entspricht, muss gleichzeitig anerkannt werden, dass Unübersichtlichkeit und Komplexität leicht dazu führen können, dass diese Freiheit nur von einigen wenigen genutzt wird und viele unter mangelnder Gleichheit des Systems leiden könnten. Wir halten deshalb an einem möglichst weitreichenden verbindlichen und einheitlichen Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung fest.

II. Zu Fragen der Finanzierung in der Reform

1. Steuerfinanzierung

- Die Koalitionsfraktionen haben die Gesundheitsreform 2006 mit dem Anspruch begonnen, die Belastung der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze dadurch zu verringern, dass für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der GKV in stärkerem Maße Steuermittel eingesetzt werden. Diesem Anspruch wird die Reform bisher nicht gerecht. Das Diakonische Werk der EKD setzt sich nachdrücklich für einen im Umfang höheren, verlässlichen, weil an klaren Kriterien gemessenen Steuerzuschuss in der GKV ein. Nach unserer Auffassung kommen neben den versicherungsfremden Leistungen, wie sie bisher durch einen Steuerzuschuss von 4,2 Mrd. Euro finanziert werden, auch Leistungen der Prävention und Patientenberatung sowie höhere, nämlich kostendeckende Krankenkassenbeiträge für SGB-II-Leistungsberechtigte als systemkonforme Bezugspunkte für den Einsatz von Steuermitteln in Frage.

2. Sanierungsbeiträge

- Der Gesetzentwurf sieht bei den Vergütungen der Krankenhäuser und der Krankenfahrten Rechnungsabzüge als „Sanierungsbeiträge“ vor. In beiden Fällen legen wir nachdrücklich Einspruch ein: Das Diakonische Werk der EKD lehnt die geplante Reduzierung der Krankenhausvergütungen durch einen Sanierungsbeitrag von 500 Mio. € ab. Wir befürchten einen umfangreichen Personalabbau in den Krankenhäusern, der die Qualität und die Sicherstellung der Krankenhausversorgung gefährden wird. Des Weiteren sind die zusätzlichen Belastungen aus der Tarifrunde 2006, der Mehrwertsteuererhöhung und den geänderten Arbeitszeitbedingungen angemessen zu refinanzieren. Auch die Rechnungsabzüge bei den Krankenfahrten, durch die in öffentlich festgelegte Gebühren bzw. mit den Krankenkassen ausgehandelte Preise nachträglich eingegriffen wird, halten wir für einen falschen Schritt, der das Vertrauen der Leistungserbringer in die Verlässlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung unterminiert.

III. Zu geplanten Änderungen des SGB V im Einzelnen

Versicherungspflicht

§ 5 f.

Ziel der Regelung ist die Pflichtversicherung von bisher nicht versicherten Personen mit (legalem) Aufenthalt in Deutschland, sofern sie nicht der Privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind oder nach § 264 bzw. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz versorgt werden.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Zielsetzung dieser Gesetzesänderung, regt jedoch an, auch für den bisher nach § 264 SGB V versorgten Personenkreis eine Pflichtversicherung in der GKV zu prüfen.

Außerdem halten wir die strikte Abgrenzung zwischen GKV und PKV, wie sie u.a. durch § 5a für die Bezieher von Arbeitslosengeld II realisiert wird, für problematisch. Nach unserer Auffassung ist die Versicherungspflicht auf alle Personen auszudehnen, deren Einkommen nicht ausreicht, um ihre Krankheitskosten und die Krankheitskosten ihrer Kinder langfristig privat abzusichern. Demnach sind auch Selbständige mit dauerhaft niedrigem oder prekärem Einkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig.

Zum Basistarif und den einkommensabhängig reduzierten Prämien in der PKV sowie die Leistungspflicht nach den SGB II und XII s.u. S.20

Versicherungsfreiheit

§ 6

Die Regelung zielt darauf, den Wechsel von Personen mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zu verzögern: So müssen Personen mit einem solchen Einkommen drei Jahre lang Beiträge zur GKV leisten, bevor sie das Solidarsystem verlassen können.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist die Stärkung des verpflichtenden Charakters der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zu begrüßen.

Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen

§ 11

Die Lösung von Schnittstellenproblemen innerhalb der Sektoren der GKV, aber auch zur Pflegeversicherung wird durch die Ergänzung als Leistungsanspruch der Versicherten gefasst.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt, dass die an verschiedenen Stellen im SGB V niedergelegten Pflichten von Leistungsträgern und Leistungserbringern zur Lösung von Schnittstellenproblemen an prominenter Stelle als Anspruch der Versicherten formuliert werden.

Primärprävention und Selbsthilfe

§ 20 ff.

Der bisherige § 20 (Prävention und Selbsthilfe) wird neu gefasst und um die §§ 20a - 20d ergänzt, die bisherigen Bestimmungen werden für die verschiedenen Handlungsfelder ausdifferenziert.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt insbesondere, dass im § 20a die Kann-Formulierungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch eine indikativische ersetzt und dadurch die Rechtsgrundlage für die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt ist.

Hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe (§ 20c) begrüßt das Diakonische Werk der EKD insbesondere die Umstellung von der bisherigen Soll-Regelung auf eine Förderverpflichtung. Für das Jahr 2006 sollen die Krankenkassen für jeden Versicherten einen Betrag von 0,55 € ausgeben. Damit wird die bisherige gesetzlich fixierte Ausgabenhöhe fortgeschrieben; real wurde im Jahr 2005 durch die GKV für die Selbsthilfeförderung ein Betrag von 0,38 € ausgeben.

Durch die Bestimmungen des § 20d (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) erhalten die Versicherten einen Rechtsanspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen (i.S. des § 2 Nr. 9 Infektionsschutzgesetz). Die bisherige Bestimmung zur Satzungsleistung (§ 23 Abs. 9) wird aufgehoben. Die Regelung wird vom Diakonischen Werk der EKD ausdrücklich begrüßt.

Das Diakonische Werk der EKD weist darauf hin, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind. Deshalb ist in einem Präventionsgesetz der Beitrag weiterer Akteure auf diesem Feld sowie ihre finanzielle Beteiligung zu bestimmen. Dabei ist zu bedenken, ob und welche primärpräventive Leistungen über Steuern zu finanzieren sind.

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

§ 24

Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter sollen Pflichtleistungen werden. Das ist zu begrüßen. Um Irritationen hinsichtlich des Rechtsanspruchs auf ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen in Kurorten (§ 23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen) zu vermeiden, ist die „kann“-Formulierung in den Absätzen 2 und 4 des § 23 in eine indikativische Formulierung zu überführen.

Versorgung mit Hilfsmitteln

§ 33

Ziel der Gesetzesänderung (§ 33 Abs. 1) ist es, dass Menschen auch dann Hilfsmittel „zum Behinderungsausgleich“ erhalten, wenn ihre Rehabilitationsfähigkeit stark eingeschränkt ist. Damit wird ein Urteil des Bundessozialgerichts, in dem ein Hilfsmittel aus Gründen mangelnder Rehabilitationsfähigkeit verweigert wurde, durch den Gesetzgeber korrigiert.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt diese Gesetzesänderung, die zur Klarstellung der Rechtslage von Heimbewohnern beiträgt, weil sie die Leistungspflicht der Krankenkasse auch gegenüber Menschen mit gravierenden krankheitsbedingten Behinderungen gesetzlich festschreibt. Wir begrüßen auch, dass der Gesetzgeber sich zu einer Formulierung des Leistungsanspruchs entschlossen hat, die von der Überzeugung getragen ist, dass jeder Mensch fähig zur Teilhabe ist. Um jedes Missverständnis auszuschließen, sollte dieser Überzeugung auch im Wortlaut des Gesetzes Ausdruck verliehen werden.

Des Weiteren (§ 33 Abs. 1, 6 und 7) will der Gesetzgeber konkretisieren, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln auf das notwendige Maß begrenzt ist. Der Anspruch des Versicherten wird deshalb auf bestimmte Vertragspartner beschränkt, die die Kasse zuvor durch öffentliche Ausschreibung begrenzt haben kann. Überdies kann der Anspruch auf die niedrigsten Preise beschränkt werden, die in Verträgen zwischen Kasse und Hilfsmittelerbringer vereinbart sind. Etwaige Mehr- und Folgekosten (die sich z. B. aus der Wahl eines anderen Leistungserbringers ergeben) werden dem Versicherten auferlegt.

Diese Einschnitte in das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten lehnt das Diakonische Werk der EKD ab, weil wir befürchten, dass die beschriebenen Instrumente eine am individuellen Bedarf orientierte wohnortnahe Versorgung erschweren. Wir plädieren dafür, den Anspruch des Versicherten auf das individuell notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittel ausdrücklich zu bekräftigen, damit die zur Kostenbegrenzung eingesetzten Instrumente nicht dazu führen, dass Versicherte Hilfsmittel erhalten, die ihrem individuellen Bedarf nicht entsprechen.

Kosten-Nutzen-Bewertung

§ 35b

Ziel der Gesetzesänderung ist die wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens eines Arzneimittels.

Das Diakonische Werk der EKD ist der Auffassung, dass die offenen Fragen zur Kosten-Nutzenbewertung nicht beantwortet sind und lehnt die Änderung ab. Auch wenn das Anliegen einleuchtet, Erstattungen für Scheininnovationen oder teure Arzneimittel, die keinen zusätzlichen therapeutischen Nutzen gegenüber etablierten Präparaten aufweisen, zu reduzieren, gibt es aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD schwerwiegende Bedenken gegen die geplante Erweiterung der Nutzenbewertung zur Kosten-Nutzen-Bewertung. Unstrittig ist, dass der (Mehr-)Nutzen neuer Arzneimittel sehr viel besser erforscht werden muss. Aber schon über die Art und Weise, wie der Nutzen zu erfassen, zu quantifizieren und zu bewerten ist, gibt es (noch) keinen Konsens. Für die Nutzenbewertung ist entscheidend, dass die Kriterien transparent gemacht werden. Hier werden in der Gesetzesbegründung die Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer als wesentliche Kriterien für den Nutzen einer Arzneimitteltherapie genannt. Hinzuweisen ist auf die grundsätzliche Schwierigkeit einer quantitativen Erfassung der Lebensqualität. Lebensqualität wird wesentlich durch subjektives Wohlbefinden charakterisiert. Auch ist die Bewertung von Lebensqualitätsgewinnen eine heikle Aufgabe: Was ein Mensch als spürbare Erleichterung empfindet, nimmt ein anderer kaum wahr. Trotz dieser Schwierigkeiten ist die bessere Erforschung des Nutzens von Arzneimitteltherapien, die auch das Umfeld von Arzneimittelgaben einbeziehen, unentbehrlich.

Die Einbeziehung des Kostenaspekts darf aus Sicht des Diakonischen Werks der EKD aber erst in einem zweiten Schritt erfolgen, der mit vielen Fragezeichen zu versehen ist: Zunächst ist zu betonen, dass die Feststellung des angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses keine wissenschaftliche Aufgabe ist, sondern ein Werturteil und eine letztlich politische Entscheidung impliziert. Insofern leuchtet es nicht ein, einem Institut mit wissenschaftlichem Anspruch die Aufgabe der Kosten-Nutzen-Bewertung zu übertragen. Dann ist auf die Problematik hinzuweisen, dass sich Kosten-Nutzen-Erwägungen aus dem engeren Zusammenhang eines Vergleichs mehrerer Therapien bezogen auf ein Krankheitsbild herauslösen und im Sinne utilitaristischer Kalküle auf die Erreichung eines Durchschnitts- oder Gesamtnutzen über verschiedene Personen hinweg verselbständigen. Schließlich findet die Kosten-Nutzen-Betrachtung nicht mehr nur auf der Ebene der Mesoallokation (Entscheidungen über den Einsatz von Arzneimitteln durch den Gemeinsamen Bundesausschuss), sondern auch auf der Ebene der Mikroallokation Eingang, wenn nämlich gefragt wird, ob der – aus der Perspektive gesunder Menschen oft gering erscheinende – Lebensqualitätsgewinn durch eine kostspielige Therapie unter Kosten-Nutzen-Erwägungen vertretbar ist. Wie der Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Fachverbände der Behindertenhilfe in einem Schreiben dargelegt haben, ist dann mit einer Lebenswert-Diskussion zu rechnen, die Würde und die gesundheitliche Versorgung schwer kranker und behinderter Menschen tangiert. Zusammen mit den Fachverbänden der Behindertenhilfe warnt das Diakonische Werk deshalb vor dem geplanten Schritt, der alte Menschen in gleicher Weise betreffen würde.

Erweiterung des Haushaltsbegriffs

§ 37

Zielsetzung der Gesetzesänderung ist es, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege GKV-Versicherten nicht nur im eigenen Haushalt bzw. in der eigenen Familie, sondern auch an anderen „geeigneten“ Orten, insbesondere betreuten Wohnformen sowie ausnahmsweise auch in Pflegeeinrichtungen (bei hohem behandlungspflegerischen Bedarf) zugänglich zu machen.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt diese Änderung, weil sie dem Umstand Rechnung trägt, dass Menschen auch in anderen Wohnformen häusliche Krankenpflege benötigen. Auch die vorgesehene Ausnahmeregelung, nach der häusliche Krankenpflege bei hohem behandlungspflegerischen Bedarf auch von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen

werden kann, geht in die richtige Richtung, weil die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hierfür nicht ausreichen und auch gar nicht primär zur Finanzierung medizinisch-pflegerischer Leistungen eingesetzt werden sollen. Bei der Klärung, welche Personengruppen mithilfe der Ausnahmeregelung zu versorgen sind, bietet das Diakonische Werk der EKD seine Unterstützung an. Die in der Begründung genannten Personenkreise verstehen wir als Regelungsbeispiele und nicht als abschließend.

Grundsätzliche Bedenken bestehen allerdings dagegen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner bisherigen Zusammensetzung, d.h. ohne Pflegeleistungserbringer festlegt, in welchen Fällen Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts bzw. der Familie erbracht werden können (dazu s.u. zu § 91).

Um die vorgesehene Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und Versorgung mit Arzneimitteln durch das Krankenhaus bei der Entlassung aus dem Krankenhaus als Leistungsanspruch der Versicherten fest zu verankern, sollte § 37 entsprechend ergänzt werden. (dazu s.u. zu § 92).

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

§ 37

Die Gesetzesänderung präzisiert, dass nicht nur das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, sondern auch andere Behandlungspflegemaßnahmen Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Regelung, die die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nachvollzieht.

Spezialisierte ambulante Palliativbetreuung

§ 37b

Mit dem geplanten § 37b SGB V wird ein Leistungsanspruch auf ambulante palliative Versorgung unabhängig von der Wohnsituation (Häuslichkeit oder Heim) geschaffen.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt diesen Schritt. Im Sinne einer multiprofessionellen Ausrichtung der neuen Leistung und der Verzahnung mit der ambulanten Hospizarbeit schlagen wir folgende weitergehende Formulierung vor:

"§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. *Die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung arbeiten mit den ambulanten Hospizdiensten (§ 39a Abs. 2 SGB V) zusammen; die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.*

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Absatz 1 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. *Die Krankenkassen regeln in Verträgen mit der Pflegeeinrichtung, ob die Leistungen nach Abs. 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch die Pflegeeinrichtung selbst erbracht werden. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.*

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere 4- die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten. Er bestimmt nicht den 2- Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten; ~~die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen~~ sowie 3- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer."

In diesem Zusammenhang weisen wir auch auf die Notwendigkeit hin, den § 39a (stationäre und ambulante Hospizleistungen) so zu ändern, dass ambulante Hospizdienste auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe tätig werden können.

Haushaltshilfe

§ 38

Die Erleichterung der Erbringung von ambulanten Leistungen und die Verbesserung der Anschlussversorgung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus erfordern unserer Auffassung nach die Schließung einer Versorgungslücke bei der Haushaltshilfe bei der ambulanten und teilstationären Behandlung der kranken Mutter bzw. des kranken Vaters. Die Leistungen der Haushaltshilfe bei ambulanter und teilstationärer Behandlung müssen zukünftig den Status der Satzungsleistungen verlassen und zu den Regelleistungen nach § 38 Abs.1 SGB V werden. Wir schlagen deshalb folgende weiter gehende Formulierung vor:

„§ 38 Haushaltshilfe

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer *stationären, teilstationären oder ambulanten* Krankenhausbehandlung, *wegen einer ambulanten Krankenbehandlung nach § 28 SGB V* oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.“

Stationäre und ambulante Hospizleistungen

§ 39a

Der Referentenentwurf sieht eine besondere Regelung zugunsten der Kinderhospize vor, die zu begrüßen ist. Darüber hinaus schlägt das Diakonische Werk der EKD vor, dass ambulante Hospizgruppen auch in stationären Einrichtungen tätig werden können. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass nach wie vor viele Menschen in Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen sterben, ohne dass diese Einrichtungen die von den ambulanten Hospizgruppen erbrachten Leistungen vorhalten würden. Im Sinne einer einvernehmlichen Praxis sprechen wir uns weiterhin für die Einrichtung eines verbindlichen Schiedsverfahrens aus. Im Übrigen plädieren wir dafür, dass die für die Förderung von ambulanten Hospizgruppen vorgesehenen Mittel auch zum Aufbau der entsprechenden Dienste eingesetzt und mit demselben Zweck ins Folgejahr übertragen werden können. In diesem Sinne schlagen wir folgende Gesetzesänderungen vor:

§ 39a SGB V wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

In den Vereinbarungen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Inhalt der Vereinbarung festlegt. Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die die Vereinbarung abschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen,“ sowie die Wörter „in deren Haushalt oder Familie“ gestrichen.

bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz angefügt: „Durch die Vereinbarungen ist sicherzustellen, dass die Mittel nach Satz 5 vollständig dem Aufbau und der Förderung ambulanter Hospizdienste zufließen.“

Zudem geben wir zur Finanzierung der stationären Hospizarbeit folgendes zu bedenken: Unseres Erachtens ist analog zu den Empfehlungen des Zwischenberichts der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin, Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ vom 22.06.05 der Eigenfinanzierungsanteil für stationäre Hospizarbeit auf 5% zu senken und gleichzeitig die Höhe des Zuschusses der Krankenkasse auf kalendertäglich 10 von Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches zu erhöhen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 40

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Leistungen der ambulanten Rehabilitation auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden können. (Ersetzung der Wörter „in wohnortnahen“ durch „durch wohnortnahe“ in § 40 Abs.1). Damit wird ein Anliegen der Diakonie aufgenommen. Zur Vermeidung von Unklarheiten ist es jedoch sinnvoll, die Leistung „mobile Rehabilitation“ explizit aufzuführen.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD sind jedoch weitere Änderungen im § 40 SGB V erforderlich. Das Anliegen der Bundesregierung, die Rehabilitation zu stärken, sollte nicht, wie bisher vorgesehen, dadurch erfolgen, dass einzelne Rehabilitationsleistungen als „Pflichtleistungen“ hervorgehoben werden. Das Diakonische Werk der EKD befürchtet, dass unterschiedliche Ausgestaltungen des bereits jetzt bestehenden Rechtsanspruchs auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, für bestimmte Patientengruppen, zu nennen sind vor allem Kinder und Jugendliche sowie ältere, aber nicht geriatrische, Patienten, die hohen Zugangshürden zur medizinischen Rehabilitation verfestigen. Dies wird dem Anspruch, die Belange behinderter und chronisch kranker Menschen in besonderer Weise zu berücksichtigen (§ 2a SGB V), nicht gerecht. Es ist ferner zu befürchten, dass die Reform des Finanzierungssystems der GKV (Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge der Versicherten) die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen veranlassen wird, um die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden, vorrangig „Pflichtleistungen“ erbringen. Als Alternative schlägt das Diakonische Werk der EKD vor, statt einzelne Rehabilitationsbereiche herauszuheben, den Rechtsanspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation generell zu stärken. Dazu ist im § 40 Abs. und 3 die „kann“-Formulierung durch eine indikativische Formulierung zu ersetzen.

Außerdem sprechen wir uns für eine Modifizierung des „gestuften Prinzips“ in § 40 SGB V aus, nach dem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst erbracht werden (können), wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht „ausreicht“. In der Praxis führt diese Bestimmung dazu, dass statt einer möglichst frühzeitigen Bedarfsfeststellung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst nach dem Scheitern aller akutmedizinischen Bemühungen – gleichsam als ultima ratio – überhaupt in Betracht gezogen werden. Dies widerspricht den Bedarfen chronisch kranker Men-

schen, ihrem Rechtsanspruch auf Einleitung auf frühzeitiger rehabilitativer Maßnahmen und ist zudem kostentreibend.

Das Diakonische Werk der EKD fordert deshalb, dass das gestufte Prinzip dahingehend modifiziert wird, dass erforderliche ambulante (bzw. stationäre) Rehabilitationsleistungen dann zu erbringen sind, wenn eine ambulante Krankenbehandlung (bzw. ambulante Rehabilitationsleistung) *nicht erfolgversprechend* ist. Auf diese Weise kann auf der Grundlage einer Prognose differenziert und rechtzeitig eine Rehabilitationsleistung eingeleitet werden.

Wir plädieren daher für folgende Fassung des Gesetzestextes:

„§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Abs. 1: *Ist bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, nicht erfolgversprechend, erbringt 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 und Dienste (mobile Rehabilitation).*

Abs. 2: *Ist die Leistung nach Absatz 1 nicht erfolgversprechend, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.“*

Nach dem Gesetzentwurf wird § 40 Abs. 2 folgender Satz angefügt:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen“. Der Gesetzentwurf beabsichtigt durch diese Bestimmung, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (gemäß § 9 Abs.1 SGB IX) auszuweiten. Doch wird mit dieser Regelung das Wunsch- und Wahlrecht auf die Einrichtungen begrenzt, mit denen der Rehabilitationsträger einen Versorgungsvertrag hat. Die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechts kann aber weder abhängig gemacht werden von der Vertragspolitik der Krankenkasse, in der der Rehabilitand versichert ist, noch von seiner ökonomischen Lage.

Geriatrische Rehabilitation

§ 40a

Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die geriatrische Rehabilitation gestärkt werden soll. Der Gesetzentwurf wählt zur Verwirklichung dieses Anliegens den – bereits kritisierten - Weg, die Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation als „Pflichtleistungen“ auszugestalten (dazu s.o. zu § 40) Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sollen zukünftig auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach (§ 72 Abs. 1 SGB XI) erbracht werden können. Dadurch kann der Zugang der Menschen in Pflegeheimen zur geriatrischen Rehabilitation verbessert werden.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

§ 41

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Müttern und Vätern (§ 41) – ebenso wie die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24) – werden – als „Pflichtleistungen“ gefasst. Durch diese Bestimmungen wird auf den drastischen Rückgang der Fallzahlen im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation geantwortet. Das Diakonische Werk der EKD begrüßt diese Entscheidung, fordert aber eine weitergehende Lösung im Sinne der oben erläuterten Änderung des § 40 SGB V.

Das Diakonische Werk der EKD hält eine Klarstellung der Leistungszuständigkeit der GKV für notwendig, um unsachgemäße Verweisungen in die Zuständigkeit der Rentenversicherung zu

unterbinden. Maßnahmen nach § 41 sind deshalb explizit von der Vorrangigkeit des Rentenversicherungsträgers auszunehmen.

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

§ 43

§ 43 Abs. 2 regelt sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation.

Nach geltendem Recht bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen. Diese Verpflichtung (in Satz 4) ist aufgehoben. Sie soll, wie es in der Begründung heißt, „der wettbewerblichen Suche nach der bestmöglichen Versorgung überlassen (werden)“. Mit dieser Regelung werden die seit dem 01.07.05 geltende Rahmenvereinbarung sowie die Empfehlungen der Spitzenverbände zu den Anforderungen an die Leistungserbringer gegenstandslos.

Angesichts defizitärer Nachsorgestrukturen einerseits, ihrer großen versorgungsstrukturellen Bedeutung bei einem zugleich relativ kleinen Kreis von Patienten andererseits lehnt das Diakonische Werk der EKD eine wettbewerbliche (statt einer kooperativen) Lösung ab. Zugleich jedoch fordert die Diakonie eine bessere Umsetzung der Rahmenempfehlung mit einer ausreichenden Vergütung der Leistungserbringer (dazu s.u. zu § 132 c).

Um den Leistungsanspruch der betroffenen chronisch bzw. schwerstkranken Kinder und ihrer Familien zu präzisieren, sprechen wir uns dafür aus, dass die Krankenkasse die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nicht „erbringen oder fördern“ kann, sondern in jedem Bedarfsfall „erbringt“. In diesem Sinne ist § 43 Abs. 2 Satz 1 zu ändern.

Anwendung des Kausalitätsprinzip in der GKV

§ 52

Zielsetzung der Gesetzesänderung ist es, den Versicherten an den Kosten zu beteiligen, wenn sie in Folge von medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operationen oder Maßnahmen erkranken. Das Diakonische Werk der EKD betrachtet die Durchführung von medizinisch nicht indizierten Operationen oder Maßnahmen als ein ernsthaftes Problem – auch im Hinblick auf mögliche Folgeerkrankungen. Die geplante Regelung lehnen wir jedoch ab, weil sie (a) den Versicherten zur Verantwortung zieht, obwohl er häufig nicht in der Lage ist, die medizinische Indikation eines Eingriffes zu beurteilen, (b) weil sie ein erster Schritt zum Leistungsausschluss mit Bezug auf die Ursachen einer Erkrankung darstellt, was dem Finalitätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht.

Wahltarife

§ 53

§ 13

Der Arbeitsentwurf räumt den Kassen erweiterte Möglichkeiten der Tarifgestaltung ein. So würde es möglich, auf der Grundlage der Kostenerstattung Selbstbehalte einzuführen und durch Prämienzahlungen zu honorieren. Außerdem können Beiträge bis zur Höhe eines Monatsbeitrags erstattet werden, wenn in einem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen wurden. Wahltarife erfordern eine dreijährige Mindestbindung des Versicherten.

Die Wahltarife würden die individuelle Freiheit der Versicherten stärken, die aufgrund ihrer guten Gesundheit, Einkommenssituation und Rationalität in der Lage sind, auf Leistungen der GKV zu verzichten bzw. diese selbst zu finanzieren. Dieser für diesen Personenkreis günstige Schritt muss aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD darauf hin geprüft werden, ob er der Solidargemeinschaft der GKV nicht Mittel entzieht und die Lasten der Versicherten mit schlechterer Gesundheit und Einkommenssituation nicht ungebührlich erhöht. Angesichts dieser Problematik plä-

diert das Diakonische Werk der EKD dafür, den Umfang der Wahlmöglichkeiten eng zu begrenzen. Zudem erscheint die dreijährige Mindestbindung an einen Wahltarif sehr hoch, da der Versicherte im Falle einer schweren Erkrankung finanziell überfordert werden könnte.

Malus- Regelung bei den Zuzahlungen für chronisch Kranke

§ 62

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass chronisch kranke Menschen die für sie verringerte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen nur dann in Anspruch nehmen können, wenn sie regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen (nach § 25 Abs. 1 und 2) teilgenommen haben oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen. In jedem Fall benötigen sie eine Bescheinigung des Arztes über „therapiegerechtes Verhalten“, wenn sie der Krankenkasse die Dauerbehandlung nachweisen.

Das Diakonische Werk der EKD bezweifelt, dass die vorgesehene Malusregelung ein effektives Instrument ist, um die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen zu erhöhen. Sie wird faktisch dazu führen, dass insbesondere die bildungs- und einkommensarmen Bevölkerungsschichten mit höheren Erkrankungsrisiken im Falle chronischer Krankheit finanziell stärker belastet werden.

Die vorgesehene Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung wird das Diakonische Werk zum Anlass nehmen, zur unter Fachleuten hoch umstrittenen Steuerungswirkung der Zuzahlungen insgesamt Stellung zu beziehen.

Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 91

Geplant sind u.a. die Verringerung der Zahl der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie ihre Anstellung als hauptamtliche Mitarbeiter des Ausschusses. Diese Umgestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses beurteilt das Diakonische Werk der EKD skeptisch, weil ein verkleinerter Ausschuss noch weniger als bisher die Gewähr bietet, dass die Vielzahl berechtigter Interessen und Perspektiven auf der Seite der Leistungserbringer berücksichtigt werden.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist es vielmehr notwendig, im Rahmen der bestehenden Struktur weitere Leistungserbringer, nämlich für häusliche Krankenpflege (§ 37), Soziotherapie (§ 37a) und ambulante Palliativversorgung (§ 37b) in die Arbeit des Bundesausschusses kontinuierlich und verbindlich einzubeziehen, weil der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien wesentliche Festlegungen zum Umfang und Inhalt der oben genannten Leistungen trifft, was nur unter Einbeziehung der entsprechenden Leistungserbringer fachlich möglich ist.

Deshalb ist der bisherige § 91 Abs. 5 für Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in der Weise zu ergänzen, dass anstatt des Vertreters der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der vier Vertreter der DKG vier Vertreter der Spitzenverbände der Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege bzw. der Organisationen mitwirken, die die Leistungserbringung in der Soziotherapie bzw. Palliativversorgung vertreten können. Eine solche Regelung entspricht den bisherigen Grundsätzen über die Vertretung der Leistungserbringerseite im Gemeinsamen Bundesausschuss. Bei der Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine analoge Regelung zu treffen.

Außerdem ist die Stellung und Pluralität der Patientenvertreter abzusichern: Angesichts der unterschiedlichen krankheitsspezifischen Bedürfnisse und Perspektiven muss gewährleistet sein, dass in den vorbereitenden Gremien jeweils die für den Entscheidungsgegenstand relevante Patientensicht zur Geltung gebracht wird. Auch im Beschlussgremium sollte die Zahl der Patientenvertreter nicht reduziert werden. Im übrigen ist durch geeignete Maßnahmen der vorgesehenen Rechtsverordnung sicherzustellen, dass Patientenvertreter auch ohne die Unterstützung anderer Organisationen ihre Arbeit leisten können.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 92

Künftig soll es aufgrund einer vorgesehenen Erweiterung/Ergänzung der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses bei den Richtlinien die Möglichkeit geben, dass Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, durch den verantwortlichen Krankenhausarzt für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege verordnet bekommen können und - unter Beachtung des § 115c sowie den Arzneimittelrichtlinien – auch Arzneimittel für längstens drei Tage vom Krankenhaus erhalten können.

Auf diesem Weg wird der nahtlose Übergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung wesentlich erleichtert – und ein seit langem von der Diakonie zur Sprache gebrachtes Problem aufgegriffen.

Zu hinterfragen ist allerdings, ob die vorgesehene Regelung – ohne die Verankerung eines entsprechenden Leistungsanspruches für die häusliche Krankenpflege im § 37 SGB V – im Sinne des Gesetzgebers durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (angesichts der Interessensgegensätze zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) realisiert wird. Insofern sprechen wir uns für einen expliziten Leistungsanspruch des Versicherten im § 37 SGB V aus.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

§ 116b

Die weitere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors muss weiter erleichtert werden. Das Diakonische Werk der EKD plädiert dabei für eine weiter gehende Öffnung der Krankenhäuser als bisher. Wir begrüßen daher die Abkehr von einzelvertraglichen Regelungen bei der Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b zugunsten eines Zulassungsmodells im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder. Dadurch können schwer kranke und behinderte Menschen im Krankenhaus hochspezialisierte Leistungen ambulant in Anspruch nehmen. Zur Notfallversorgung und zur Versorgung durch Belegärzte sind jedoch weitere Schritte erforderlich.

Verträge zur Versorgung mit Hilfsmitteln

§ 127

Ziel der Gesetzesänderung ist es, die Hilfsmittelversorgung durch die Ausschreibung von entsprechenden Verträgen preisgünstiger zu realisieren.

Das Diakonische Werk der EKD lehnt die Ausschreibung von Verträgen mit Hilfsmittel-Leistungserbringern ab, weil dadurch eine wohnortnahe, dem individuellen Bedarf entsprechende Versorgung und Beratung gefährdet und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten eingeschränkt wird.

Gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege

§ 132a

Im Gesetzentwurf ist die Streichung des § 132a Abs. 1 SGB V mit der Begründung vorgesehen, dass die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu „verschlanken“ und den einzelnen Kassen größere Gestaltungsmöglichkeiten zu geben seien. Die Streichung wird aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD dazu führen werden, dass die Rahmenbedingungen für die häusliche Krankenpflege stark von den örtlich unterschiedlichen Verhandlungsbedingungen abhängig werden. Ein fachlich gebotenes einheitliches Leistungsniveau ist deshalb gefährdet, sofern es nicht durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V gewährleistet wird. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kommen in seiner jetzigen Zusammensetzung ohne die kontinuierliche Mitwirkung der Leistungserbringer häuslicher Kranken-

pflege zustande. Aus diesen Gründen hält das Diakonische Werk der EKD die geplante Streichung des § 132a Abs.1 SGB V nur für vertretbar, wenn die Pflegeleistungserbringer künftig an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses mitwirken (dazu s.o. zu § 91 SGB V)

Einheitliche Rahmenempfehlungen zur Erbringung von Soziotherapie und sozialmedizinischer Nachsorge § 132b
§ 132c

Nach dem Gesetzentwurf soll auf die einheitlichen Rahmenempfehlungen für die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie (§ 132b) und sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen für behinderte Kinder (§ 132c) verzichtet werden. Begründet wird dies mit der „Verschlan-
kung“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

In beiden Fällen handelt es sich um Leistungen für einen jeweils relativ kleinen Kreis schwer chronisch kranker und behinderter Menschen, die zum Jahr 2000 bzw. 2004 eingeführt worden und bisher kaum umgesetzt worden sind. Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist dies auf die bisherigen Rahmenempfehlungen der GKV-Spitzenverbände und die Praxis der Krankenkassen zurückzuführen, die hohe fachliche Anforderungen mit einer unauskömmlichen Vergütung verbinden. Insofern ist die bisherige Situation unbefriedigend.

Angesichts des kleinen Kreises der Betroffenen ist die Erwartung jedoch unberechtigt, dass alle Krankenkassen entsprechende einzelvertragliche Regelungen anstreben werden. Unter diesen Voraussetzungen können aber die genannten notwendigen Leistungen nicht flächendeckend angeboten werden. Deshalb lehnt das Diakonische Werk der EKD die Streichung der §§ 132b Abs. 2 und § 132c Abs. 2 ab, wenn nicht durch Richtlinien eines um die entsprechenden Leistungserbringer erweiterten Gemeinsamen Bundesausschusses Abhilfe geschaffen wird (dazu. s.o. zu § 91 SGB). In beiden Fällen fordern wir den Gesetzgeber auf, die Spitzenverbände der GKV unverzüglich zu einer umsetzbaren Regelung zu bewegen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung § 132d

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Leistungserbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu regeln.

Begrüßenswert ist aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD, dass § 132d die Vernetzung verschiedener Dienste im Sinne einer multidisziplinären, dem Hospizgedanken verpflichteten Arbeit ermöglicht. Hingegen ist kritisch zu bewerten, dass er diese nicht zwingend vorschreibt. Dadurch ist nicht gewährleistet, dass die Zusammenarbeit mit den beiden anderen Säulen der Hospizarbeit – Seelsorge und psychosoziale Betreuung – zur Regel wird.

Abschläge auf die Rechnungen für Krankenfahrten § 133

Ziel der Gesetzesänderung ist es, die Kosten für Rettungsdienste, Krankentransporte und Krankenfahrten um drei Prozent zu senken.

Das Diakonische Werk der EKD hält einen Pauschalabzug bei den Krankenfahrten für ungerechtfertigt: Ein Pauschalabzug ist als ein dirigistischer Eingriff abzulehnen, der insbesondere absurd ist, wenn die entsprechenden Gebühren/Preise entweder von der öffentlichen Hand festgelegt werden (bei den Rettungsdiensten) oder von den Krankenkassen verhandelt wurden (Krankentransportwagen).

**Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vor-
sorge oder Rehabilitation**§ 137d SGB V und
§ 20 SGB IX

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Absicht, Qualitätssicherung und -management in der medizinischen Rehabilitation neu zu ordnen. Insbesondere wird begrüßt, dass in Zukunft – wie auch im Bereich der Rentenversicherung – die Krankenversicherung die Kosten für die Auswertung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung trägt.

Begrüßt wird auch die Absicht, rehabilitationsträgerübergreifend gemeinsame grundsätzliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu stellen und die stationären Einrichtungen einem Zertifizierungsverfahren zu unterziehen. Die konkrete Ausgestaltung im Entwurf wird jedoch als problematisch eingeschätzt:

In § 20 Abs. 2 SGB IX wird geregelt, dass stationäre Rehabilitationseinrichtungen sich an dem Zertifizierungsverfahren (nach § 20 Abs. 2a) zu beteiligen haben. Das Zertifizierungsverfahren, ebenso wie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden von den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger (nach § 6 Nr.1 und 3 – 5 SGB IX) vereinbart. Den Leistungserbringern wird nur „Gelegenheit zur Stellungnahme“ gegeben.

Wir gehen davon aus, dass unter diese Regelung nur Einrichtungen fallen, deren Leistungen durch die oben genannten Rehabilitationsträger finanziert werden. Dazu zählen nicht die stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe, deren Leistungen vom Sozialhilfeträger getragen werden. Um Missverständnisse auszuschließen, plädieren wir für eine entsprechende Klarstellung.

Bereits jetzt verpflichten SGB IX und SGB V die Leistungserbringer zum Qualitätsmanagement. Die Leistungserbringer tragen die Kosten. Durch die vorgesehene Regelung wird die Symmetrie zwischen Leistung und Finanzierung zerstört.

Hinsichtlich des Zertifizierungsverfahrens hält die Diakonie die Entwicklung eines neuen Verfahrens für überflüssig und befürwortet stattdessen, dass Rehabilitationsträger und Leistungserbringer sich auf grundsätzliche Anforderung diesbezüglich verständigen. Das Diakonische Werk der EKD schlägt deshalb folgende Änderungen im (neuen) § 20 Abs. 2a SGB IX vor:

„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 das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie grundsätzliche Anforderungen an unabhängige Zertifizierungsverfahren, mit denen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird.“

Im vorliegenden Entwurf werden für alle (stationären) Rehabilitationseinrichtungen mit denen ein Vertrag nach den §§ 111 und 111a besteht, in § 137d Abs. 1 einheitliche Regelungen geschaffen. Deshalb ist klarzustellen, dass die Bestimmungen des § 137d Abs. 2 sich nur auf die stationären Vorsorgeeinrichtungen bezieht, mit denen ein Vertrag nach den §§ 111 und 111a besteht.

Integrierte Versorgung

§ 140a -§ 140d

Die Änderungen der §§ 140a -140d SGB V betreffen v.a. die Zielsetzung der integrierten Versorgung sowie die Beteiligung von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen.

Grundsätzlich spricht sich das Diakonische Werk der EKD für eine Fortsetzung der integrierten Versorgung aus. Insofern sind die Verlängerung der Anschubfinanzierung sowie die erweiterten Berichtspflichten der Krankenkassen über abgeschlossene Verträge zu begrüßen. Sehr positiv ist aus unserer Sicht auch die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und

-kassen, weil dadurch pflegebedürftige Menschen besser versorgt werden können. Um ihren Rehabilitationseinrichtungen die Teilnahme an der Integrierten Versorgung zu ermöglichen, spricht sich die Diakonie dafür aus, die Rentenversicherung zu beteiligen.

Die Möglichkeit der Krankenhäuser, in Verbindung der §§ 116b und 140 b SGB V, hochspezialisierte Leistungen usw. im Rahmen integrierter Versorgung zu vereinbaren, erscheint uns ebenfalls sinnvoll.

Die Fokussierung auf eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ der integrierten Versorgung halten wir hingegen für problematisch, weil der Begriff der bevölkerungsbezogenen Flächendeckung unklar und in hohem Maße interpretationsbedürftig ist. Stattdessen schlagen wir vor, die Versorgung von Menschen mit besonders komplexen Versorgungsbedarfen (z.B. psychisch kranke oder pflegebedürftige Menschen) in den Mittelpunkt der integrierten Versorgung zu stellen, weil sie von einer Integration der verschiedenen gesundheitlichen Leistungen besonders profitieren und zudem Effizienzgewinne zu erzielen sind.

Beitragserhebung Gesundheitsfonds

§§ 220 f.

Die Beiträge zur GKV sollen so bemessen sein, dass sie zusammen mit der Beteiligung des Bundes am Gesundheitsfonds bedarfsdeckend sind. Die Zuwendungen des Bundes werden pauschal festgelegt und sollen die versicherungsfremden Leistungen, die die GKV trägt, mitfinanzieren.

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt, dass die einkommensabhängigen Beiträge zur GKV bedarfsdeckend festgelegt werden sollen, d.h. so, dass sich Zusatzbeiträge einzelner Krankenkassen erübrigen. Der im Gesetzentwurf angegebene Betrag des Bundes für versicherungsfremde Leistungen ist als völlig unzureichend abzulehnen.

Allgemeiner Beitragssatz und Zusatzbeitrag

§§ 241 f.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt den allgemeinen Beitragssatz jährlich fest, auf dem dann auch die Zuweisung basiert, die die einzelne Krankenkasse für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält. Wenn der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch diese Zuweisungen nicht gedeckt ist, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag in Höhe von acht Euro oder bis zur Höhe von einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) erheben. Nicht benötigte Zahlungen aus dem Fonds können bis zu einer gewissen Höhe den Versicherten erstattet werden.

Das Diakonische Werk der EKD lehnt den vom Versicherten zu erhebenden Zusatzbeitrag ab, weil er die Versicherten – insbesondere mit geringem Einkommen – zusätzlich belastet und nur mit hohem bürokratischen Aufwand erhoben werden kann. Sofern er dennoch verwirklicht wird, betonen wir die Notwendigkeit der strikten Begrenzung des Zusatzbeitrags und eine das Existenzminimum sichernde Regelung für Leistungsberechtigte nach den SGB XII und II. Dies ist nur möglich, wenn die Krankenkassen aus den regulären Beiträgen, deren Höhe künftig von der Bundesregierung einheitlich festgelegt wird, ausreichende Mittel erhalten. Damit die Anpassung des Beitragssatzes sachgemäß erfolgen kann, erscheint uns ein gesetzlich verankertes Kriterium für die Beitragserhöhung notwendig. Wir schlagen vor, dass die Bundesregierung den Beitragssatz erhöht, wenn mehr als die Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen andernfalls einen Zusatzbeitrag erheben müsste.

Gesundheitsfonds

§ 271

Die erhobenen Krankenkassenbeiträge und der Zuschuss des Bundes werden künftig in einem Gesundheitsfonds verwaltet, aus dem dann die Zahlungen an die einzelnen Krankenkassen erfolgen.

Aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD ist die Einrichtung des Gesundheitsfonds nur ausreichend begründet, wenn er mit einem umfassenden Risikostrukturausgleich und einer verlässlichen Regelung zur Mitfinanzierung von GKV-Ausgaben aus Steuermitteln verbunden ist. Beides ist nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht der Fall.

Wir fordern den Gesetzgeber deshalb auf, den zuletzt genannten Anforderungen besser Rechnung zu tragen oder von der Einrichtung des Gesundheitsfonds abzusehen.

Medizinische Rehabilitation im Risikostrukturausgleich

§ 266 (alt)

Nach geltendem Recht geht nur die sog. Anschlussrehabilitation (nach § 44 Abs. 6), d.h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, in den Risikostrukturausgleich ein, das Gros der Maßnahmen der Kranken- und Rentenversicherung (ca. 79 %) jedoch nicht. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass deshalb für die Krankenkassen ein Anreiz besteht, chronisch kranke oder von Chronifizierung bedrohte Menschen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu versagen. Zur Korrektur dieser falschen Anreizsteuerung ist es notwendig, dass alle medizinischen Reha-Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich eingehen.

Begutachtung und Beratung

§ 275

Das Diakonische Werk der EKD begrüßt ausdrücklich, dass in Abs. 2 Satz 1 der Prüfaufwand für Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (nach den §§ 23, 24, 40 und 41) reduziert wird.

IV. Zu geplanten Änderungen des SGB XI**Bemessung der Pflegestufe bei Bedarf an häuslicher Krankenpflege**

§ 15 SGB XI

Die Änderungen in §§ 15 und 36 SGB XI sollen sicher stellen, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen doppelt berücksichtigt werden können, aber nicht doppelt abgerechnet werden. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen werden somit zugunsten des Pflegebedürftigen bei der Bemessung seiner Pflegestufe berücksichtigt, selbst wenn sie nach dem neu gefassten § 37 SGB V über die Krankenkasse abgerechnet werden. Durch den neuen § 36 SGB XI war somit sicherzustellen, dass nicht doppelt abgerechnet wird. Das Diakonische Werk der EKD begrüßt die Neuregelung, weil sie insgesamt deutlich versicherterfreundlicher und leichter handhabbar ist als die sog. "Wahlrechtsentscheidung" des Bundessozialgerichts, mit der der Versicherte gezwungen war, sich (indirekt) für eines von beiden zu entscheiden.

Medizinische Behandlungspflege in (teil-)stationären Einrichtungen

§ 43 SGB XI

Nach dem Gesetzentwurf (§ 43 Abs. 3 SGB XI) verbleibt die medizinische Behandlungspflege in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen auf Dauer in der Finanzverantwortung der Pflegeversicherung.

Das Diakonische Werk der EKD tritt seit langem dafür ein, dass die Kosten der Behandlungspflege in teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen von der Krankenversicherung getragen werden. In diesem Sinne haben wir verschiedentlich Stellung bezogen. Im Kern geht es darum, dass die soziale Pflegeversicherung ihre Mittel für ihre originären Aufgaben einsetzen muss und die in der GKV versicherten Heimbewohner ihren Anspruch auf häusliche Krankenpflege realisieren können. Die jetzt getroffene Entscheidung halten wir im Interesse der Versicherten für falsch.

Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung

§ 84 SGB XI

Der veränderte § 84 Abs. 1 SGB XI weist auf den Anspruch der Heimbewohner nach § 37 SGB V hin, der zukünftig die Erbringung ambulanter pflegerischer Leistungen auch außerhalb ihres Haushaltes an „geeigneten Orten“ und unter bestimmten Voraussetzungen auch in Heimen vorsieht. Um eine Doppelfinanzierung von pflegerischen Leistungen in Heimen zu unterbinden, soll laut Begründung des Gesetzgebers im neuen § 84 Abs. 1 SGB XI festgelegt werden, dass die Aufwendungen der nach § 132a SGB V zugelassenen Pflegeeinrichtungen/-diensten für diese Leistungen nicht in den Pflegesätzen der Einrichtung berücksichtigt werden dürfen.

Dazu will der Gesetzgeber in § 84 Abs. 1 SGB XI folgenden Satz anfügen: „In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.“ Dieser Satz legt zwar einen Bezug zu den erwähnten Leistungen nach § 37 SGB V nahe, stellt aber im Wortlaut keinen ausdrücklichen Bezug her, so dass der neu ins Gesetz eingefügte Satz als weite Generalklausel (miss)verstanden werden kann. Zwar stellt der Gesetzgeber in der Begründung einen Bezug zu der ambulanten Krankenpflege nach § 37 SGB V her, dies reicht aber nicht aus, um Fehlinterpretationen des eingefügten Satzes zuverlässig auszuschließen.

§ 43 SGB XI, der die Inhalte der Leistungen von Pflegeheimen beschreibt, beschränkt sich in Abs. 2 auf eher allgemeine Formulierungen zur Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen. Der in § 84 Abs. 1 SGB XI eingefügte Satz könnte als Aufforderung missverstanden werden, einzelne Leistungen auf ihre Finanzierungszuständigkeit durch die soziale Pflegeversicherung hin zu überprüfen. Es ist eine ausufernde Diskussion über die Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung für einzelne Leistungen zu befürchten, die vermutlich auch gerichtliche Auseinandersetzungen nach sich ziehen wird.

Um eine solche Interpretation zu vermeiden, sollte der neue § 84 Abs. 1 Satz 2 SGB XI gestrichen werden. Ein hinreichender Bezug zu § 37 SGB V lässt sich bereits § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. entnehmen.

Beteiligung der Pflegekassen und –einrichtungen an der Integrierten Versorgung (§ 140a - § 140d GB V)

§ 92b SGB XI

Nach dem Gesetzentwurf sollen integrierte Versorgungsverträge unter Beteiligung von Pflegekassen und –einrichtungen zur besseren Versorgung von v.a. Heimbewohnern ermöglicht werden. Dieses Anliegen hält das Diakonische Werk der EKD für sehr sinnvoll, weil stationär pflegebedürftige Menschen von einer Integration der für sie notwendigen Leistungen stark profitieren können und die Effizienz der Versorgung erhöht werden kann. Da die Koordinierungsleistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags v.a. im Heim anfallen, ist die vorgesehene Vergütung von Mehraufwendungen ebenfalls zu begrüßen. Allerdings muss dabei vermieden werden, dass die Heimbewohnerin zur Vergütung von Mehraufwendungen im Pflegeheim herangezogen wird.

Unklar erscheint uns auch, inwiefern Pflegekassen – wie in der Begründung vorgeschlagen – die Initiative zu Verträgen ergreifen sollen, die im wesentlichen zu Lasten der GKV gehen sowie die Frage, ob der Sozialhilfeträger einzubeziehen ist.

V. Änderungen im Bereich der Privaten Krankenversicherung

Private Krankenversicherung: Basistarif, einkommensabhängig reduzierte Prämie, Zuschuss nach dem SGB II oder XII

Künftig müssen Private Krankenversicherungen einen Basistarif anbieten, für den Kontrahierungspflicht besteht. Die Leistungen dieses Tarifs sollen ungefähr dem der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Zu diesem Basistarif sollen alle ehemaligen Versicherten der PKV ohne Versicherungsschutz ein Rückkehrrecht in die PKV erhalten. Gleichzeitig soll der Basistarif auch allen freiwillig in der GKV Versicherten geöffnet werden. Die Prämie wird für Einzelpersonen auf die Höhe des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner auf 150% dieses Satzes begrenzt. Zwischen allen im Basistarif Versicherten findet ein Risikoausgleich statt. Wenn ein privat Versicherter in den Anwendungsbebereich des SGB II oder XII kommt, muss er sich zum Basistarif versichern. Entsteht allein durch die Zahlung des Betrages zur privaten Krankenversicherung Hilfsbedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte. Wenn dann immer noch Hilfebedürftigkeit besteht, beteiligt sich der nach SGB II und XII zuständige Träger, aber maximal mit einem Beitrag, den auch ein gesetzlich Versicherter erhalten würde.

Die Regelung dient dem Ziel, dass privat Versicherte auch bei geringem Einkommen oder Erwerbslosigkeit in der PKV bleiben können. Damit trägt sie dazu bei, dass das Ziel des allgemeinen Krankenversicherungsschutzes für die gesamte Bevölkerung erreicht werden kann. Allerdings ist festzuhalten, dass auch der Basistarif bei geringerem Einkommen (z.B. bei den bisherigen „Ich-AG's“) eine erhebliche finanzielle Belastung darstellt.

Entscheidend ist aus der Sicht des Diakonischen Werks der EKD, dass privat Versicherten im Fall längerer Erwerbslosigkeit, die zu Leistungsansprüchen nach dem SGB II oder XII führt, nach Entrichtung der Versicherungsprämie noch das erforderliche Existenzminimum zur Verfügung steht. Die reduzierte Prämie darf also nicht höher liegen als der Zuschuss zur Versicherung, den der Leistungsberechtigte erhält. Eine entsprechende Klarstellung fehlt noch im Gesetzentwurf und zwar auch für den im Gesetzentwurf vorgesehenen Fall einer Mitversicherung des Ehe- oder Lebenspartners.

Da die private Krankenversicherung keine beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen umfasst, muss geklärt werden, dass auch die Kinder des privat Versicherten ihren Krankenversicherungsschutz behalten und über das soziokulturelle Existenzminimum verfügen. Im bisherigen Gesetzentwurf können wir keine Lösung dieses Problems erkennen.

Dr. Bernd Schlüter
Vorstand Zentren