

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.

An die Mitglieder des
**Bundestagsausschusses
für Gesundheit**
an die
**Behindertenpolitischen Sprecher/innen
der Bundestagsfraktionen**
an die
**Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange behinderter Menschen**

Aktenzeichen: 10.1-2-6 + 70.5-18-1 Dr
Durchwahl: 273
Persönliche E-Mail: drescher@beb-ev.de
Datum: 02.11.2006

Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz /GKV-WSG)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

am 6. November 2006 beginnen die Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Ihnen ist eine Reihe von Stellungnahmen aus der Freien Wohlfahrtspflege zugegangen, darunter auch von unserem Spitzenverband, dem Diakonischen Werk der EKD.

Die großen Fachverbände der Behindertenhilfe (diese Verbände repräsentieren mehr als 90% der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher und mehrfacher Behinderung) **haben ergänzend hierzu „Kernforderungen zur Gesundheitsreform“ aus der Perspektive chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen formuliert.**

Mit diesem Schreiben überreichen wir Ihnen diese Kernforderungen. Nachfolgend greifen wir einige Punkte heraus, die für die von uns vertretenen Zielgruppen besondere Bedeutung haben.

- § 33 Abs. 1 SGB V (Hilfsmittelversorgung)

Die neue Fassung des § 33 Abs. 1 Satz 2 „Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behindertenausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine teilhabe am leben in der Gemeinschaft noch möglich ist“ wird ausdrücklich begrüßt.

Um aber die exakte Bedarfsermittlung und das darauf aufbauende Versorgungskonzept abzusichern, ist es notwendig, **§ 33 Abs. 1, Satz 4** wie folgt zu ergänzen:
“Der Anspruch umfasst auch die notwendige Bedarfsermittlung, Erstellung

eines Versorgungskonzepts, individuelle Anpassung, Änderung, ...“(siehe „Kernforderungen“, Seite 3/4).

- § 33 Abs. 6 und 7 SGB V
(Hilfsmittelversorgung)

Die Absicht, einerseits die Leistungspflicht der Krankenkassen zur Versorgung mit Hilfsmitteln ausschließlich auf den Vertragspartner derselben zu begrenzen, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag nach § 127 Abs. 1 geschlossen hat, andererseits die Preise für Leistungen nach § 126 Abs. 2 am niedrigsten Preis zu orientieren, ist aus Sicht der Behindertenhilfe abzulehnen (siehe „Kernforderungen“, Seite 4).

- § 37 Abs. 1 und 2 SGB V
(Häusliche Krankenpflege)

Die gesetzgeberische Absicht, die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu erweitern, ist ausdrücklich zu begrüßen. Mit der Erweiterung des § 38 SGB V sollte deshalb das Ziel verfolgt werden, Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu lasten der GKV dort zu gewähren, wo der Mensch seinen Lebensmittelpunkt – sein „Zuhause“ - hat. Dieses Zuhause kann auch eine Wohnstätte oder eine sonstige Einrichtung der Behindertenhilfe sein.

Es wird empfohlen, jeweils in den Sätzen 1 der Absätze 1 und 2 des § 37 SGB V die derzeit geltende Formulierung „...in ihrem Haushalt oder ihrer Familie...“ ersatzlos zu streichen (siehe „Kernforderungen“, Seite 6/7).

- § 62 Abs. 1 SGB V

(Gestaltung der Belastungsgrenze, Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten)

Manche Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen können nicht immer das notwendige „therapiegerechte“ Verhalten aufrechterhalten.

Es wird deshalb vorgeschlagen, auf die Bindung der erniedrigten Belastungsgrenze an die Teilnahme an den Untersuchungen zu verzichten, zumindest aber vorzuschreiben, dass die besondere Situation der Menschen mit Behinderungen bei den Ausnahmeregelungen des Gem. Bundesausschusses berücksichtigt wird. Soll das Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen nachhaltig gefördert werden, empfehlen sich anstelle der Malusregelung Anreizprogramme (siehe „Kernforderungen“, Seite 11).

- Vorschlag eines § 62 Abs. 5 SGB V

(Vermeidung von Überlastung und Überforderung durch Zuzahlungen, ausgegrenzte Leistungen und Aufzahlungen für besondere Personengruppen)

Wenn Menschen in Armut oder mit geringen finanziellen Ressourcen armutsnah leben müssen, stellen Ausgaben für die Versorgung im Krankheitsfall, die nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und deshalb zusätzlich aus Einkommen oder Vermögen (oft unterhalb der Vermögensschongrenze vorhanden) finanziert werden müssen, eine erhebliche Belastung, in vielen Fällen eine Überforderung dar.

Es ist deshalb unbedingt notwendig, die Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der GKV armutsfest zu gestalten.

Deshalb fordern die Fachverbände der Behindertenhilfe die Einführung eines zusätzlichen Abs. 5 in § 62 SGB V.

(Alternative A):

§ 62 (5) Belastungsgrenze für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene aber medizinisch notwendige Leistungen für besondere Personengruppen

Für Empfänger von Sozialhilfe, Grundsicherung und Personen mit vergleichbarem Einkommen und Vermögen innerhalb der OECD Armutsgrenze gilt die Belastungsgrenze nach Abs. 1 auch für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Sehhilfen und Transportkosten, soweit sie medizinisch notwendig sind und die Notwendigkeit jeweils durch den behandelnden Arzt bestätigt wurde. Für Aufzahlungen zum Zahnersatz und Hilfsmittel gilt dies dann, wenn die Krankenkasse keinen Leistungserbringer nachweisen kann, der die Leistung ohne Aufzahlung liefert oder der Mehrbedarf beim Zahnersatz behinderungsbedingt zwingend entsteht und die Erstattung der behinderungsbedingten Mehrkosten bzw. der Aufzahlungen vorher bei der Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt wurde. Näheres regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Alternative B: Einführung eines § 48 a SGB XII :

(Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene medizinisch notwendige Leistungen)

Schließt man die Lösung des Problems im Rahmen des SGB V aus rechtssystematischen Gründen aus, besteht die Alternative darin, die Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene aber medizinisch notwendige Leistungen wieder durch den Sozialhilfeträger zu ermöglichen. Es müsste diese Möglichkeit dann als individuell bedarfsdeckende Antragsleistung in das SGB XII aufgenommen werden (siehe „Kernforderungen“, Seite 11/12).

Wir bitten Sie, diese sowie die anderen Themen der Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zu prüfen und in die Beratungen des Gesundheitsausschusses bzw. des Bundestages einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

Rolf Drescher
Geschäftsführer

Anlage

Arbeitskreis Gesundheitspolitik
Leitung: Prof. Dr. Michael Seidel
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Telefon: 0521 144-2613
Telefax: 0521 144-3467
E-Mail: drmseidel@t-online.de



**Caritas
Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**
Karlstraße 40
79104 Freiburg
Telefon 07 61.200 - 301
Telefax 07 61.200 - 666
cbp@caritas.de

30.10.2006

Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Gesetzentwurf BT-Drucksache 16/3100

Die hiermit vorgelegte Stellungnahme wurde vom Arbeitskreis Gesundheitspolitik der Fachverbände der Behindertenhilfe, die im sog. Kontaktgespräch zusammenarbeiten, erarbeitet.

Die Kernforderungen zur Gesundheitsreform wurden aus der Perspektive chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen entwickelt. Bei den von den Kontaktgesprächspartnern vertretenen Zielgruppen handelt es sich weit überwiegend um Menschen mit solchen Schweregraden von geistiger, körperlicher, seelischer oder mehrfacher Behinderung, dass sie in ihrer Erwerbstätigkeit erheblich eingeschränkt und von umfassenden Leistungen der Sozialhilfe abhängig sind bzw. nur über geringes eigenes Einkommen oder Vermögen verfügen. Ihre Möglichkeiten, auf eigene finanzielle Ressourcen zurückgreifen zu können, sind deshalb in den meisten Fällen erheblich begrenzt.



**Bundesvereinigung
Lebenshilfe für Menschen
mit geistiger Behinderung e. V.**
Raiffeisenstraße 18
35043 Marburg
Telefon 064 21.491-0
Telefax 064 21.491-167
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Verband
für anthroposophische
Heilpädagogik, Sozialtherapie
und soziale Arbeit e.V.**
Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 060 35.81-190
Telefax 060 35.81-217
info@verband-anthro.de



**Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe e.V.**
Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Telefon 030.83001-270
Telefax 030.83001-275
info@beb-ev.de

**Bundesverband für Körper-
und Mehrfachbehinderte e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 02 11.64004-0
Telefax 02 11.64004-20
info@bvkm.de

Kernforderungen der Fachverbände der Behindertenhilfe zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Gesetzesentwurf BT-Drucksache 16/3100

1.0. Einleitung

Eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und ökonomische gesundheitliche Versorgung ist für Menschen mit chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen von außerordentlicher Bedeutung: Erhaltung der Gesundheit, Heilung, Vermeidung und Linderung von Krankheiten sind menschliche Grundbedürfnisse, deren Erfüllung das Gemeinwesen Bundesrepublik Deutschland unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen sicherzustellen hat. Dazu gehören auch Bedürfnisse nach Beseitigung und Minderung der Folgen von Krankheiten und Behinderungen sowie nach Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz vorliegender chronischer Krankheit oder Behinderung. Gesundheit, v.a. funktionale Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF), - und damit die möglichst weitgehende Überwindung oder Kompensation von Beeinträchtigungen von Körperstrukturen, Funktionen und Aktivitäten - sind wichtige Voraussetzungen für die Vermeidung von prekären Lebenslagen und für die Ermöglichung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und sozialer Inclusion.

Die Gesetzliche Krankenversicherung, die durch die anstehende Reform weiterentwickelt werden soll, muss in dieser Perspektive zwei wesentliche Merkmale erfüllen:

- 1. Sie muss armutsfest gestaltet sein, d.h. kein Bürger darf auf Grund von Armut gezwungen sein, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten bzw. von diesen ausgeschlossen sein oder besondere Gesundheitsrisiken einzugehen.**
- 2. Sie muss besondere Bedarfe von behinderten und chronisch kranken Menschen berücksichtigen. Durchgängig ist der § 2a SGB V umzusetzen und insbesondere bei jeder Gesetzesänderung zu prüfen, ob dieser Grundsatz beachtet ist.**

Ein sozialer Staat muss für alle Bürger die gesundheitliche Versorgung so gestalten, dass Teilhabe und Inclusion von Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten (Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit) gefördert, Ausgrenzung vermieden und eine Bedrohung durch prekäre Lebenssituationen verhindert werden. Dazu gehört wesentlich, dass die Risiken solidarisch abgefangen, Chancengleichheit und Befähigungsgerechtigkeit zwischen Gesunden und Kranken, Nichtbehinderten und Behinderten, Nichtpflegebedürftigen und Pflegebedürftigen, Reichen und Armen hergestellt werden.

Diesen Anforderungen wird der vorliegende Gesetzesentwurf nicht durchgehend gerecht. Einzelne Vorschriften benachteiligen Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten, gefährden ihre Teilhabe und Inclusion und erschweren die Rehabilitation. Überdies werden dringend nötige und mögliche Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten nicht realisiert.

Die Kritik an einzelnen Punkten des Gesetzesentwurfs wird aus Sicht der Fachverbände der Behindertenhilfe vorgetragen. Auf die Stellungnahme zu Aspekten, die nicht unmittelbar oder mittelbar die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen betreffen, wird verzichtet. Soweit möglich werden konstruktive Änderungsvorschläge vorgelegt. Positive Bewertungen werden nur vereinzelt explizit dargestellt.

Formulierungsvorschläge für den Gesetzestext werden fett, kursiv und unterstrichen hervorgehoben, Hinweise zum Gesetzestext sind lediglich fett gedruckt.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7

a) § 11 Abs. 4

Versorgungsmanagement und Schnittstellen

Die Zielsetzung, für Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen zu begründen, wird begrüßt. Die vorgeschlagene Ausgestaltung bleibt jedoch unbefriedigend, da auch jetzt schon nach § 112 entsprechende Verträge geschlossen werden sollen. Die bisherigen Erfahrungen mit Verträgen nach §§ 112 und 115 SGB V sind jedoch wenig ermutigend.

Entscheidende Hindernisse für eine nahtlose Weiterversorgung sind nach Krankenhausaufenthalt eingetretene, noch nicht begutachtete Pflegebedürftigkeit und mangelnde Kostenübernahme nachfolgender Leistungen (Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur häuslichen Pflege, Care-Management in der häuslichen Pflege, Case-Management der sozialen Problematik).

Notwendig ist, den Unterstützungsanspruch der Versicherten gegenüber den Krankenkassen zu konkretisieren (z.B. in Form eines Refinanzierungsanspruches spezieller Leistungen des Schnittstellenmanagements) und einen zeitlich begrenzten vorläufigen Bezug von Pflegeleistungen nach dem SGB XI zu ermöglichen (z.B. in Höhe der Pflegestufe 1), um eine nahtlose Weiterversorgung nach Krankenhausaufenthalt zu ermöglichen.

Ausserdem sind die Bestimmungen des SGB IX, insbesondere §§ 8, 10 und 14 SGB IX, zu berücksichtigen.

Nr. 17

a) § 33 Abs. 1 Satz 2

Anspruch auf Hilfsmittel und Teilhabefähigkeit

Die gesetzgeberische Absicht der neuen Fassung des § 33 Abs.1 Satz 2 „**Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft noch möglich ist**“ wird ausdrücklich begrüßt. Denn alle Menschen haben ein Recht auf Teilhabe. Auch schwerstbehinderte Menschen können aus fachlicher Sicht teilhaben wenn sie die entsprechenden Kontextfaktoren (Hilfestellungen usw.) vorfinden.

§ 33 Abs. 1 Satz 4

Bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln: Bedarfsermittlung und Versorgungskonzeption

Erfahrungsgemäß gewinnen im Preiswettbewerb bei den Krankenkassen oft diejenigen Hilfsmittelanbieter, die den Aufwand für die individuelle Bedarfsermittlung des Versicherten und eine individuelle Anpassung nicht erbringen. Gerade in der exakten Bedarfsermittlung (Assessment) und der darauf aufbauenden sorgfältigen Erarbeitung eines Versorgungskonzeptes, i. d. R. auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, wird ein entscheidender Schritt in Richtung Qualitätsverbesserung und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung gesehen.

Deshalb ist es notwendig, **§ 33 Abs. 1, Satz 4** folgendermaßen zu ergänzen:

„Der Anspruch umfasst auch die notwendige Bedarfsermittlung, Erstellung eines Versorgungskonzeptes, individuelle Anpassung, Änderung,...“.

Vgl. auch § 127 Abs. 1-3

**b) § 33, Abs. 6 und 7
Bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln: Vertragsgestaltung und Preise**

Die Absicht, einerseits die Leistungspflicht der Krankenkassen zur Versorgung mit Hilfsmitteln ausschließlich auf den Vertragspartner derselben zu begrenzen, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag nach § 127 Abs. 1 geschlossen hat, andererseits die Preise für Leistungen nach § 126 Abs. 2 SGB V am niedrigsten Preis zu orientieren, ist aus Sicht der Behindertenhilfe abzulehnen.

Ein Regelungsbedarf auf gesetzlicher Ebene wird seitens der Fachverbände der Behindertenhilfe nicht gesehen, da die Kostensteigerungen im Bereich Hilfsmittel moderat sind und der Regelungsbedarf innerhalb der Selbstverwaltung, nicht aber im Rahmen der Gesetzgebung besteht. Die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen u. a. in der Verbesserung der Bedarfsermittlung, der Kontrolle der Funktionstüchtigkeit gelieferter Hilfsmittel, der Verabschiedung von Leitlinien, der Qualifikation aller Beteiligten, einer nutzergruppenbezogenen Gestaltung des Hilfsmittelverzeichnisses, der Optimierung der Wiederverwendung und prozess- und leistungsgerechten Vergütungsregelungen. Es kommt auf die Verbesserung des Versorgungsprozesses an und nicht primär auf die Preisgestaltung des Produktes. Dies wird die fachliche Qualität der Versorgung verbessern und finanzielle Ressourcen der GKV wirtschaftlich einsetzen helfen. Allein die Tatsache, dass z.Zt. in der Regel kein Verfahren zur Kontrolle der ausgelieferten Hilfsmittel vereinbart wurde und deshalb die Krankenkassen die Hilfsmittel ohne vorherige Rückmeldung bezahlen und die Tatsache, dass eine bundesweit verlässliche statistische Erfassung der Ausgaben für Hilfsmittel nach Produktgruppen bzw. Anwendungsgebieten nicht vorliegt, belegen, dass hier zunächst die Hausaufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung erledigt werden müssen, bevor einschränkende und die Versorgung gefährdende gesetzliche Regelungen getroffen werden.

Zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven kann allerdings dienen, bestimmte preisgünstige konfektionierte qualitätsgeprüfte Hilfsmittel aus dem allgemeinen Handel in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen bzw. unter bestimmten Voraussetzungen erstattungsfähig zu machen. Hilfreich kann auch sein, bei einigen Problemstellungen in der Hilfsmittelversorgung zwischen der Abgabe von Fertigprodukten (oder nur minimal anzupassenden Produkten) einerseits und aufwändigen (Bedarfsermittlung, Anpassung, Erprobung und individuelle Fertigung erfordernden) Produkten andererseits zu unterscheiden. Insbesondere bei den individuellen und aufwändigen Hilfsmitteln kommt es auf einen bedarfsgerechten Versorgungsprozess und verlässliche, wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen an. Allein die Mobilität vieler Betroffener in Form von häufigen Wohnortwechseln in Verbindung mit einer regionalen Orientierung mancher Kassen mit Begrenzung der Verträge auf wenige ortgebundene Anbieter einerseits oder die Bevorzugung weniger wohnortfern agierender Anbieter für immobile Klienten andererseits, gefährdet eine rasche und effiziente Versorgung.

Das niedrigste Preisangebot kann nur einer Mischkalkulation entstammen, die Patienten mit hohem Versorgungsaufwand zum unwillkommenen bzw. unrentablen Patienten macht. Für eine effektive Qualitätskontrolle der Versorgungsungen durch die Krankenkassen fehlen dort die Voraussetzungen, die zudem einen weiteren Ausbau der Verwaltung bedeuten würde.

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung fehlen Leitlinien. Damit tragen behinderte und multimorbide Patienten mit hohem Versorgungsaufwand oder psychisch kranke Patienten ein hohes Risiko, fehl- oder unterversorgt zu werden.

Die derzeit formulierte Regelungsabsicht steht im fundamentalem Widerspruch zum notwendigen Wettbewerb um Qualität. Sie wird zur Monopolstellung wohnortferner überregionaler Anbieter, zur Zerstörung gewachsener wohnortnaher Angebote und zur Einschränkung von Wahlrechten der Patienten führen. Insbesondere entfällt damit die steuernde Wirkung der Nachfrage durch informierte und mündige Patienten. Damit sind Versorgungsdefizite vorprogrammiert.

Für den Patienten sollte ein Wahlrecht bestehen. Im Interesse des Versicherten ist es notwendig, dass der Hilfsmittelanbieter vor der Versorgung und auch vor der Erstellung eines Kostenvoranschlages eine exakte Bedarfsanalyse erstellt und während der Versorgung mit Heilmittelerbringern und dem verordnenden Arzt zusammenarbeitet etc.

Im Übrigen sollte im Gesetz klargestellt werden, dass die Hilfsmittel auch die Funktion haben, Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen und insofern § 31 SGB IX zu beachten ist. Dabei ist zu prüfen, ob dazu ggf. eine Ergänzung des § 31 SGB IX erforderlich ist.

Nr. 20

§ 35 b Abs. 1

Kosten-Nutzenbewertungen von Arzneimitteln

Die Einführung einer Kosten-Nutzenbewertung in dieser Form wird abgelehnt, da dazu noch zahlreiche inhaltliche und methodische Fragen im Hinblick auf die Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit offen sind.

Es ist ungeklärt, inwieweit die Bedarfe behinderter und multimorbider Patienten sowie kleiner Patientengruppen in die Bewertungsstrategien angemessen Eingang finden. In international üblichen Studiendesigns (z. B. RCT) werden besondere Personengruppen in der Regel ausdrücklich ausgeschlossen. Weder können dann der Nutzen noch Risiken noch Kosten bewertet werden. Zwar soll die Bewertung keine unmittelbare leistungsrechtlich bindende Wirkung entfalten. Dennoch ist mit erheblicher Entscheidungsrelevanz zu rechnen.

Die in der Begründung für die Neuregelung genannten Kriterien sind für behinderte Menschen nicht ausreichend. Entscheidend für die Aussagekraft und die Relevanz einer Kosten-Nutzen-Bewertung sind die Kriterien und normativen Grundlagen, die der Entscheidung zugrunde gelegt werden. In den „Eckpunkten“ werden die Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer angeführt. Hinzuweisen ist auf die grundsätzliche Schwierigkeit einer quantitativen Erfassung der Lebensqualität, da Lebensqualität wesentlich durch subjektives Wohlbefinden charakterisiert wird.

Deshalb muss vor einer verkürzenden Erfassung nur objektiver Kriterien gewarnt werden. Neben objektiven Merkmalen haben subjektive Faktoren maßgeblichen Einfluss auf die Bewertung der Lebensqualität.

Obwohl die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln auf die Maximierung des Durchschnitts- oder Gesamtnutzens zielt, dürfen mögliche Leistungsausschlüsse nicht die schon vorhandene selektive Benachteiligung bestimmter Personengruppen im Hinblick auf Gesundheitsleistungen vergrößern.

Insgesamt ist zu fordern, dass in die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln eine Reflexion des Umfeldes von Arzneimittelgaben einzubeziehen ist. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt im Kontext des jeweiligen Menschen- und Krankheitsbildes. In die zu bewer-

tende Gesamteffekte fließen auch nichtmedikamentöse Therapien und das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens ein.

Insofern ist vor allem die Frage zentral, ob Menschen mit Behinderungen gewissermaßen mit einem Bewertungs-Handicap rechnen müssen, da sich Lebensqualitätsverbesserungen durch Behandlungen bei ihnen oft anders darstellen als bei nicht behinderten Menschen.

Es ist zu befürchten, dass das intendierte Kosten-Nutzen-Bewertungsverfahren, wenn es erst einmal auf der Ebene der Entscheidung über die grundsätzliche Kostenübernahme (Mesoallokation) etabliert ist, auch Einzelfallentscheidungen (Mikroallokation) – wenigstens schleichend – limitiert. Es ist zu befürchten, dass die neue Lebenswert-Debatte, wie sie sich u. a. bei Diskussion um Sterbehilfe oder im Umfeld der Patientenverfügungs-Diskussion darstellt, auch bei der Entscheidung über die Ressourcen-Allokation Einzug hält und Leistungsbeschränkungen für besondere Patientengruppen dadurch Schritt für Schritt legitimiert werden.

Eine Einbeziehung des Kostenaspekts darf allenfalls erst in einem zweiten Schritt erfolgen, denn die Feststellung des angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses ist keine wissenschaftliche Aufgabe, sondern ein Werturteil und impliziert eine letztlich politische Entscheidung. Insofern leuchtet es nicht ein, einem Institut mit wissenschaftlichem Anspruch die Aufgabe der Kosten- Nutzen-Bewertung zu übertragen.

Ferner 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.

Nr. 22

§ 37, Abs. 1 und 2

Häusliche Krankenpflege: Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffs

Die gesetzgeberische Absicht, die Voraussetzungen für die Verordnung häuslicher Krankenpflege zu erweitern, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Lebens- und Wohnverhältnisse haben sich in den letzten Jahren nachhaltig verändert. Dies gilt insbesondere für den Wohnbedarf alter, chronisch kranker und behinderter Menschen.

Mit der Erweiterung des § 37 SGB V sollte deshalb das Ziel verfolgt werden, Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dort zu gewähren, wo der Mensch seinen Lebensmittelpunkt – sein „Zuhause“ hat. Dieses Zuhause kann auch eine Wohnstätte oder eine sonstige Einrichtung der Behindertenhilfe sein.

Der Arbeitsentwurf stellt die entsprechenden Weichen. Allerdings können die beabsichtigte Formulierung „ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ sowie die Formulierungen in der Begründung erhebliche Auslegungsunsicherheiten und restriktive Interpretationen bewirken.

Für die Zukunft sind leistungsrechtliche Voraussetzungen nötig, damit Krankenpflege immer dann und dort erbracht werden kann, wann und wo der Betreffende sie braucht, unabhängig von der gewählten Wohnform.

Gegenwärtig entwickeln sich im Bereich der sozialen Hilfefelder neue Wohn- und Betreuungsformen, die die Grenzen zwischen den klassischen Segmenten stationär/ambulant aufheben werden. Der nachstehende Vorschlag fördert die Weiterentwicklung und Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen der Behindertenhilfe.

Es wird empfohlen, jeweils in den Sätzen 1 der Absatz 1 und 2 des § 37 SGB V die derzeit geltende Formulierung „...in ihrem Haushalt oder ihrer Familie...“ **ersatzlos zu streichen**.

Es ist nicht zu verkennen, dass diese weitgehende Öffnung des Anwendungsbereichs des § 37 SGB V die Gefahr von Doppelleistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger in sich birgt. Eine derartige Fehlentwicklung ließe sich vermeiden, indem klargestellt wird, dass z. B. Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach Maßgabe des SGB XI von der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ausgenommen sind.

**a) § 37 Abs. 6
Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

Da im Bundesausschuss keine Pflegeexperten vertreten sind, es hier aber um inhaltliche, konzeptionelle und organisatorische Fragen geht, sollten diese Richtlinien mit den Vertretern der Erbringer von Pflegeleistungen ausgehandelt und in eine Rahmenempfehlung gefasst werden. Zumindest sollten Experten der Pflege in den Unterausschüssen des G-BA angemessen beteiligt werden.

Nr. 26

**a) § 40 Abs. 1
Wohnortnahe mobile Rehabilitation**

Die Änderung in Abs. 1 Satz „... durch wohnortnahe Einrichtungen“ bedeutet in Verbindung mit der Gesetzesbegründung die Schaffung einer eindeutigen rechtlichen Grundlage für mobile und aufsuchende Rehabilitationsformen. Dies wird uneingeschränkt begrüßt.

Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte jedoch der Begriff mobile Rehabilitation explizit aufgeführt werden. Im Hinblick auf die Bestimmungen des SGB IX sollte außerdem von Diensten und Einrichtungen gesprochen werden.

**§ 40 Abs. 1
Vorrang ambulanter Krankenbehandlung vor Rehabilitation**

Durch die Formulierung „Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen...“ wird der ambulanten Krankenbehandlung ein inhaltlicher und ein zeitlicher Vorrang eingeräumt, der dazu führt, dass Menschen mit Rehabilitationsbedarf verspätet notwendige Rehabilitationsmaßnahmen erhalten. Dies geschieht auch, wenn eindeutig absehbar ist, dass ambulante Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg haben. Mit der ambulanten Krankenbehandlung verstreicht oft viel Zeit, in der der Patient Funktionsverluste erleidet. Im gegliederten System der Gesundheitsversorgung ist Rehabilitation ein unverzichtbarer Bestandteil, der im Bedarfsfall rasch in Anspruch genommen werden sollte.

Grundsätzlich sollte im Gesetz klargestellt werden, dass nach dem SGB IX sämtliche Rehabilitationsleistungen grundsätzlich Pflichtleistungen sind und bleiben sollten, wenn ein Rehabilitationsbedarf besteht (vgl. insbesondere §§ 1, 2 und 4 SGB IX). Es darf keinen Zweifel geben, dass die notwendigen Leistungen auch tatsächlich erbracht werden müssen, wenn sie notwendig sind, Rehabilitationsfähigkeit vorliegt und eine günstige Prognose im Hinblick auf das Rehabilitationsziel besteht. Zur Klarstellung sollten deshalb in § 40 Abs. 1 und 2 jeweils die Wörter „...“ kann die Krankenkasse... erbringen“ durch „erbringt die Krankenkasse“ ersetzt werden.

§ 40 Abs. 1 und 2 sollten deshalb lauten:

Abs. 1:

Ist bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, nicht Erfolg versprechend, 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 Erfolg versprechend, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.“

Es sollte ferner in der Begründung deutlich gemacht werden, dass die Rehabilitation eine hohe Bedeutung im Versorgungssystem hat und die Ausgaben dafür nicht sinken sollten.

Um den Stellenwert der Rehabilitationsmaßnahmen deutlich zu machen sowie Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Engagement für Rehabilitation (und damit höheren Ausgaben je Versicherten) nicht zu benachteiligen, sollten in § 266 Abs. 4 alle Rehabilitationsmaßnahmen im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, nicht nur die Anschlussrehabilitationsmaßnahmen nach § 266 Abs. 6 Satz 1. s. dort

§ 23 Abs. 8 SGB V

Um eine Benachteiligung nichtgeriatrischer Rehabilitation bei gegebener Deckelung stationärer Rehabilitation zu vermeiden, sollte auf die besondere Hervorhebung der geriatrischen Rehabilitation, die unverzichtbar und unbedingt zu fördern ist, in § 40 a verzichtet werden.

Um jedoch eine Förderung der geriatrischen Rehabilitation ohne Verdrängung anderer Rehabilitationsleistungen zu erreichen, sollte die geriatrische Rehabilitation aus der Deckelung nach § 23 Abs. 8 herausgenommen werden.

b) § 40 Abs. 2 Satz 2 Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden

In § 40 Abs. 2 wird im Entwurf als Satz 2 eingefügt:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen“.

Der Entwurf beabsichtigt durch diese Bestimmung, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (gemäß § 9 Abs.1 SGB IX) zu gewährleisten.

Tatsächlich jedoch wird mit dieser Regelung das Wunsch- und Wahlrecht – sofern keine eigenen Mittel eingesetzt werden oder werden können - auf solche Einrichtungen begrenzt, mit denen der Rehabilitationsträger einen Versorgungsvertrag hat, und auf solche, die zertifiziert, zugleich aber nicht teurer sind.

Die Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechts sollte aber grundsätzlich nicht abhängig gemacht werden von der Vertragspolitik der Krankenkasse, bei der der Rehabilitand versichert ist, zumal einige Krankenkassen nur wenige Rehabilitationseinrichtungen unter Vertrag

haben bzw. nehmen werden. Die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes darf nicht von der ökonomischen Lage des Versicherten abhängig gemacht werden.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Satz 2 in § 40 Abs. 2 ersatzlos zu streichen.

Auch die generelle Einführung einer Zertifizierung wird abgelehnt, s. zu § 137 d Abs. 1 SGB V und § 20 Abs. 2a SGB IX

Nr. 27

§ 40 a Satz 2

Rehabilitation in Einrichtungen

Die Möglichkeit, dass künftig aufsuchende Rehabilitationsleistungen auch in Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs.1 SGB XI erbracht werden können, wird uneingeschränkt begrüßt. Es sollte jedoch klargestellt werden, dass dies auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe gilt. Deshalb wird folgender Wortlaut vorgeschlagen:

„Leistungen nach § 40 Abs. 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI und in Einrichtungen nach § 43 a SGB XI zu erbringen.“

Nr. 29

§ 43 Abs. 2 Satz 1

Nachsorgemaßnahmen für schwerstkranke und –behinderte Kinder

§ 43 Abs. 2 regelt sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im unmittelbaren 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 01.07.2005 geltende Rahmenvereinbarung sowie die Empfehlungen der Spitzenverbände zu den Anforderungen an die Leistungserbringer gegenstandslos.

Angesichts defizitärer Nachsorgestrukturen einerseits, ihrer großen versorgungsstrukturellen Bedeutung für einen relativ kleinen Kreis von Patienten andererseits ist eine wettbewerbliche (statt einer kooperativen) Lösung abzulehnen. Zugleich wird eine bessere Umsetzung der Rahmenempfehlung mit einer ausreichenden Vergütung der Leistungserbringer gefordert.

Die Praxis der Umsetzung dieses Paragraphen hat gezeigt, dass wegen der Bestimmung in **§ 43 Abs. 2 Satz 1**, derzufolge Krankenkassen solche Leistungen nicht nur erbringen oder auch bloß fördern können, oft eine auskömmliche Finanzierung nicht erreicht werden konnte. Die Krankenkassen haben sich teilweise darauf zurückgezogen, dass sie diese Leistungen nur fördern, nicht aber ausreichend finanzieren müssten.

Deshalb sollten die Wörter „oder fördern...“ in Satz 1 gestrichen werden.

Nr. 31**§ 52****Anwendung des Kausalitätsprinzips in der GKV bei Folgen nicht medizinisch indizierter Eingriffe**

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.

Die Durchführung von medizinisch nicht indizierten Operationen oder Maßnahmen kann durchaus ein relevantes Problem darstellen, auch im Hinblick auf mögliche Folgeerkrankungen.

Die geplante Regelung ist jedoch abzulehnen, weil sie auch solche Versicherten zur Verantwortung zieht, die nicht in der Lage sind, die medizinische Indikation oder die Gefährdung eines solchen Eingriffes zu beurteilen, z.B. weil sie geistig behindert, psychisch krank oder seelisch behindert sind.

Sie stellt einen ersten Schritt zum Leistungsausschluss mit Bezug auf die (sicher, wahrscheinlich oder eventuell individuell verschuldeten) Ursachen einer Erkrankung dar, was dem Finalitätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht.

Nr. 33**§ 53****Wahltarife**

Wahltarife sind aus der Sicht der Fachverbände der Behindertenhilfe strikt abzulehnen.

Der Referentenentwurf räumt den Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten der Tarifgestaltung ein. So wird 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.

Die Wahlrechte würden die individuelle Freiheit nur derjenigen Versicherten stärken, die aufgrund ihrer guten Gesundheit, Einkommenssituation und bewussten Lebensplanung in der Lage sind, auf Leistungen der GKV zu verzichten bzw. die notwendigen Maßnahmen selbst zu finanzieren. Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen stehen häufig auf Grund ihres dauernden Behandlungsbedarfes diese Möglichkeiten nicht offen. Sie können deshalb von solchen Wahltarifen nicht profitieren. Zusätzlich werden durch die Bonuszahlungen dem System der GKV erhebliche Mittel entzogen. Die Risikoverteilung würde sich zunehmend ungleich gestalten und die Solidarität würde weiter ausgehöhlt.

Werden Wahltarife trotz der Bedenken eingeführt, muss sich die Berichtspflicht nach Abs. 8 deshalb auch auf die Mindereinnahmen beziehen.

Nr. 37**§ 62 Abs. 1****Gestaltung der Belastungsgrenze, Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Für chronisch kranke Versicherte beträgt die Belastungsgrenze grundsätzlich statt 2 % weiterhin 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Diese Regelung wird begrüßt.

Für Menschen, die – differenziert nach Alter und Gesundheitsuntersuchungen (nach § 25 Abs. 1 und 2) – nicht regelmäßig bestimmte Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, soll die Belastungsgrenze nicht 1%, sondern 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen. Nehmen Versicherte an einem strukturierten Behandlungsprogramm teil, soll ihre Belastungsgrenze ebenfalls 1% betragen. Ferner bedürfen chronisch kranke Menschen einer Bescheinigung des Arztes über „therapiegerechtes Verhalten“, wenn sie der Krankenkasse die Dauerbehandlung für die Chronikerregelung nachzuweisen beabsichtigen.

Die Verbände der Behindertenhilfe bezweifeln, dass die vorgesehene Malusregelung ein geeignetes Instrument ist, um die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen zu erhöhen, ist doch das Risiko zu erkranken, individuellem Verhalten nicht zurechenbar. Sie wird faktisch dazu führen, dass insbesondere die bildungsferne und einkommensarmen Bevölkerungsschichten mit höheren Erkrankungsrisiken im Falle chronischer Krankheit finanziell stark belastet werden. Die Krankenversicherung kommt damit gerade in den Fällen, in denen es besonders notwendig ist, ihrer Auffangfunktion individueller Krankheitslasten nicht mehr ausreichend nach. Die moralisierende Beurteilung der Nichtinanspruchnahme bezüglich der Sekundärprävention darf nicht die Versicherungsfunktion der Krankenkassen aushöhlen.

Menschen mit Behinderungen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen oder traumatischen Erfahrungen sowie in besonderen beruflichen Situationen (Auslandsaufenthalt etc.) oder ohne entsprechende soziale Unterstützung sind zudem oft nicht in der Lage, allgemein übliche Vorsorgemaßnahmen wahrzunehmen; manchmal müssen diese bei behinderten Menschen in Narkose durchgeführt werden.

Manche Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen können nicht immer das notwendige „therapiegerechte“ Verhalten aufrechterhalten.

Es wird deshalb vorgeschlagen, auf die Bindung der erniedrigten Belastungsgrenze an die Teilnahme an den Untersuchungen zu verzichten, zumindest aber vorzuschreiben, dass die besondere Situation der Menschen mit Behinderungen bei den Ausnahmeregelungen des Gem. Bundesausschusses berücksichtigt wird. Soll das Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen nachhaltig gefördert werden, empfehlen sich anstelle der Malusregelung Anreizprogramme.

Vorschlag eines § 62 Abs. 5 SGB V Vermeidung von Überlastung und Überforderung durch Zuzahlungen, ausgegrenzte Leistungen und Aufzahlungen für besondere Personengruppen

Wenn Menschen in Armut oder mit geringen finanziellen Ressourcen armutsnah leben müssen, stellen Ausgaben für die Versorgung im Krankheitsfall, die nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und deshalb zusätzlich aus Einkommen oder Vermögen (oft unterhalb der Vermögensschongrenze vorhanden) finanziert werden müssen, eine erhebliche Belastung, in vielen Fällen eine Überforderung dar.

Es ist deshalb unbedingt notwendig, die Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der GKV armutsfest zu gestalten.

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind in der Regel Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe. In vielen Fällen, nicht in allen, leben behinderte Menschen im Bereich der Armutsgrenze. Ihre heute schon bestehenden Überforderungen durch Eigenleistungen für von der GKV ausgeschlossene Leistungen, für Aufzahlungen und für Zuzahlungen werden durch die geplante Gesetzgebung nicht beseitigt.

Die aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossenen und dennoch notwendigen Leistungen (besonders Sehhilfen, Krankenfahrten und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) sind für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung oft in erheblichem Umfang erforderlich, jedoch infolge der im Allgemeinen geringen finanziellen Ressourcen dieses Personenkreises (z. B. Vermögen unterhalb der Schongrenze nach SGB XII) mittel- und langfristige nicht zu tragen. Die Folge sind Verarmung durch selbst zu bezahlende Leistungen oder – bei Unvermögen der Eigenfinanzierung – Leistungsverzicht zum gesundheitlichen Nachteil. Damit wird möglicherweise gegen das grundgesetzlich garantierte Diskriminierungsverbot für Menschen mit Behinderungen verstoßen.

Deshalb fordern die Fachverbände der Behindertenhilfe die Einführung eines zusätzlichen Abs. 5 in § 62 SGB V (Alternative A):

§ 62 (5) Belastungsgrenze für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene aber medizinisch notwendige Leistungen für besondere Personengruppen

Für Empfänger von Sozialhilfe, Grundsicherung und Personen mit vergleichbarem Einkommen und Vermögen innerhalb der OECD Armutsgrenze gilt die Belastungsgrenze nach Abs. 1 auch für nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Sehhilfen und Transportkosten, soweit sie medizinisch notwendig sind und die Notwendigkeit jeweils durch den behandelnden Arzt bestätigt wurde. Für Aufzahlungen zum Zahnersatz und Hilfsmittel gilt dies dann, wenn die Krankenkasse keinen Leistungserbringer nachweisen kann, der die Leistung ohne Aufzahlung liefert oder der Mehrbedarf beim Zahnersatz behinderungsbedingt zwingend entsteht und die Erstattung der behinderungsbedingten Mehrkosten bzw. der Aufzahlungen vorher bei der Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt wurde. Näheres regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Alternative B: Einführung eines § 48 a SGB XII :

Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene medizinisch notwendige Leistungen

Schließt man die Lösung des Problems im Rahmen des SGB V aus rechtssystematischen Gründen aus, besteht die Alternative darin, die Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene aber medizinisch notwendige Leistungen wieder durch den Sozialhilfeträger zu ermöglichen. Es müsste diese Möglichkeit dann als individuell bedarfsdeckende Antragsleistung in das SGB XII aufgenommen werden.

Nr. 53

§ 84 Abs. 6

Behinderungsassoziierte Bedarfe und Richtgrößen

Eine korrekte Abbildung behinderungsassoziierter Mehrbedarfe ist mittels Diagnoseangaben nach ICD 10 nicht möglich. (Vgl. die Ausführungen zu § 266) Deshalb sind solche Diagnosen keine ausreichende Grundlage für die Berücksichtigung behinderungsbedingter Mehrbedarfe in der Wirtschaftlichkeitsprüfung des einzelnen Vertragsarztes und auch nicht bei der Bemessung der arztbezogenen Richtgrößen. Entsprechende Entscheidungen sollten deshalb

auf der Grundlage anderer spezifischer Merkmale erfolgen, z.B. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit oder Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe.

Zumindest sollte hier explizit auf die Geltung des § 2a SGB V hingewiesen werden.

Nr. 55

§ 85 a

Morbiditätsbezogene Gesamtvergütung und Mitwirkung der Selbsthilfe im Bewertungsausschuss

Die Probleme der korrekten Abbildung behinderungsassoziierter Mehrbedarfe gelten analog auch für die Bemessung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 85 a.

Auch hier muss sichergestellt werden, dass über die Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs.1 Satz 2 (nur auf der Basis der ICD-10) nach § 85a Abs. 5 hinaus Merkmale berücksichtigt werden können, die den Ressourcenmehrverbrauch behinderter Menschen angemessen abbilden können (z.B. Pflegebedürftigkeit oder Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe).

Deshalb sollte in Abs. 4 und Abs. 5 explizit auf § 2a SGB V hingewiesen werden.

Auch ist dafür Sorge zu tragen, dass im zuständigen Bewertungsausschuss Experten hinzugezogen werden, die diese Gesichtspunkte sachverständig darstellen und mitberaten können. Dies wäre z.B. dadurch zu erreichen, dass auch in diesem Gremium Patientenvertreter (analog dem Gem. Bundesausschuss) beteiligt würden.

§ 85 b

Morbiditätsbezogene Vergütung des Vertragsarztes

Die Probleme der korrekten Abbildung behinderungsassoziierter Mehrbedarfe gelten analog auch für die Bemessung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina bzw. die Anerkennung von Praxisbesonderheiten.

Die Diagnosen nach ICD-10 sind keine ausreichende Grundlage für die Berücksichtigung behinderungsbedingter Mehrbedarfe.

Deshalb ist § 85 b Abs. 3 Satz 4 zu ergänzen: **„Die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen und bei der Behandlung behinderter Menschen sind zu berücksichtigen.“**

Nr. 93

§ 127 Abs. 1-3

Bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln - Ausschreibungen

Die allgemeine Einführung von Ausschreibungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung wird strikt abgelehnt. Sie ist ein untaugliches Mittel und gefährdet die Erfüllung des individuellen Anspruches auf Hilfsmittelversorgung nach § 33.

Vgl. dazu die Ausführungen zur Wirtschaftlichkeit zu § 33. Die entscheidenden Wirtschaftlichkeitsreserven werden in der Verbesserung des Versorgungsprozesses gesehen

Denkbar ist das Instrument der Ausschreibung lediglich für einige wenige eindeutig standardisierte Mengenprodukte, bei denen keinerlei Anpassung oder Einweisung erfolgen muss wie z.B. bei einigen Inkontinenzhilfsmitteln. Doch muss auch hier sichergestellt sein, dass ein individuell notwendiges Produkt nicht auf Grund einer Ausschreibungsbindung ggf. nicht zur Verfügung gestellt wird.

Deshalb ist mindestens der Zusatz erforderlich: „Der Anspruch des Versicherten auf das individuell notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittel bleibt unberührt.“

Einem Versicherten darf auch in Zukunft ein notwendiges Hilfsmittel nicht mit dem Argument verwehrt werden, es sei nicht in der Ausschreibung enthalten und er müsse dasjenige Hilfsmittel akzeptieren, das Bestandteil der Ausschreibung sei.

Die bisherigen praktischen Erfahrungen mit Festpreisen und Versorgungspauschalen belegen, dass für einen großen Teil der dort erfassten Hilfsmittel fälschlicherweise unterstellt wird, es handle sich um Standardversorgungen. Individuelle Anpassung und Ausstattung z.B. bei Rollstühlen sind bei solchen Verträgen nicht gesichert.

Den Krankenkassen und auch den Patienten und Ärzten fehlen die Möglichkeiten der Kontrollen, ob die Versorgung korrekt und unter Einhaltung der Verträge erfolgt ist. Fehl- und Unterversorgungen sind die Folge.

Im Bereich der aufwändigen Hilfsmittel (s. Ausführungen zu § 33) sind Ausschreibungen ungeeignet, weil die Versorgungsbedarfe im Bereich einzelner Hilfsmittel individuell sehr stark streuen und zudem noch keine Leitlinien existieren, nach denen sich Ärzte und Kostenträger gemeinsam richten können. Eine Kontrolle der gelieferten Leistung ist derzeit schon nicht möglich und wird in Zukunft nicht möglich sein, u. a. weil der Ausschreibungstext dem Versicherten und dem Arzt nicht vorgelegt werden müssen.

Das Ausschreibungsverfahren selbst wird zur Bevorzugung großer, überregionaler Anbieter führen. Die Versorgung besonders von Flächenregionen wird dadurch bedroht. Die Wohnortferne vieler überregional agierender Anbieter führt bereits jetzt zu gravierenden Versorgungs-, Wartungs- und Servicemängeln.

Bevor Ausschreibungen auf Dauer eingeführt werden, muss durch Modellvorhaben nach § 63 SGB V überprüft werden, ob und unter welchen Bedingungen mit einer solchen Regelung eine bedarfsgerechte Versorgung und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit möglich ist.

Neue medizinische Leistungen bedürfen vor ihrer Einführung des Nachweises ihrer Wirksamkeit. Dies sollte auch für neue Verwaltungsverfahren gelten, die erheblich und nachhaltig in die gesundheitliche Versorgung eingreifen.

§ 127 Abs. 5

Hilfsmittelversorgung und Information der Vertragsärzte über Verträge

Der Patient erwartet vom verordnenden Arzt auch, bezüglich der Hilfsmittelversorgung beraten zu werden. Der Vertragsarzt muss deshalb auf dieselben Informationen zurückgreifen können wie der Patient.

§127 Abs. 5 SGB V sollte deshalb lauten:

„Die Krankenkasse hat ihre Versicherten und die Vertragsärzte über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die Inhalte der Verträge in geeigneter Form zu informieren.“

Nr. 110**§ 137 d Abs. 1 SGB V und § 20 Abs. 2a SGB IX****Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**

Die Absicht, Qualitätssicherung und -management in der medizinischen Rehabilitation neu zu ordnen und in Zukunft die Kosten für die Auswertung der Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung den Krankenkassen zu übertragen, wird ausdrücklich begrüßt.

Begrüßt wird auch die Absicht rehabilitationsträgerübergreifend grundsätzliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu formulieren. Die konkrete Ausgestaltung im Entwurf ist jedoch als problematisch einzuschätzen:

§ 137 d Abs. 1 SGB V und § 20 Abs. 2a SGB IX regeln, dass sich stationäre Rehabilitationseinrichtungen am 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) vereinbart. Den Leistungserbringern wird nur „Gelegenheit zur Stellungnahme“ gegeben.

Bereits jetzt verpflichten SGB IX und SGB V die Leistungserbringer zum Qualitätsmanagement. Die Leistungserbringer tragen dafür die Kosten. Trotzdem sollen die Erbringer stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft an einer Vereinbarung nicht mehr beteiligt werden. Durch diese Regelung werden die Symmetrie zwischen Leistung und Finanzierung sowie bewährte Formen der Selbstverwaltung zerstört.

Kritisch wird außerdem die zwingende Vorschrift einer externen Zertifizierung in § 20 Abs. 2a gesehen. Über die Art der Qualitätssicherung sollten Vereinbarungen getroffen werden, die u. a. eine externe Zertifizierung vorsehen können. Externe Zertifizierungen können formale Prozessabläufe kontrollieren. Von größerer Bedeutung ist die Prüfung und Kontrolle der Ergebnisqualität. Hinzu kommt, dass die internen und externen Kosten für externe Zertifizierungen erheblich sind, ohne dass dem eine entsprechende Qualität der Leistung im Hinblick auf das Ergebnis entsprechen muss.

Nr.153**a) § 221 Abs. 1****Bundeszuschuss und Beitragserhöhungen**

Die allgemein erwartete Beitragserhöhung bedeutet in Verbindung mit den sonstigen gesundheitsbezogenen Ausgaben gerade bei behinderungs- oder krankheitsbedingtem Mehrbedarf eine erhebliche Mehrbelastung. Sie trifft Menschen mit geringem Einkommen an der Schwelle zur Sozialhilfe empfindlich. Das Leben mit Behinderung oder chronischer Krankheit kann die Gestaltungsmöglichkeiten des Alltags erheblich einschränken, da kaum Zuverdienstmöglichkeiten, wenige Kompensationsmöglichkeiten (z.B. Fahrten zu Discountern), weniger Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe vorhanden sind.

Deshalb ist im Sinne des Solidarprinzips durch eine angemessene Höhe des Bundeszuschusses sicherzustellen, dass alle Mitglieder der Gesellschaft einschließlich aller Einkommensarten entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an der solidarischen Finanzierung beteiligt werden. Das Ziel, die Kopplung der Finanzierung der Kosten für die gesundheitliche Versorgung an die Arbeitskosten zu vermindern, wird in dem Maße unterstützt, wie über eine Steuerfinanzierung eine gerechte Lastenverteilung erreicht werden kann.

Nr. 161**§ 242 Abs. 1****Zusatzbeitrag**

Vorgesehen ist: Das Bundesministerium für Gesundheit legt den allgemeinen Beitragssatz jährlich fest, auf dem dann auch nach Finanzausgleichen die Zuweisung basiert, die die einzelne Krankenkasse für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhält. Falls der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch diese Zuweisungen nicht gedeckt ist, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Nicht benötigte Zahlungen aus dem Fonds können bis zu einer gewissen Höhe den Versicherten erstattet werden. Der Zusatzbeitrag darf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten, kann aber ohne Einkommensprüfung bis zu 8 € betragen. Damit kann er für Einkommen unter 800 € im Monat, die nicht als Leistung der Sozialhilfe bezogen werden (dann wird der Betrag vom Sozialhilfeträger übernommen), u. U. deutlich über 1 % liegen. Dies bedeutet eine unausgewogene und einseitige Belastung für Menschen mit geringem Einkommen.

Die Regelung zur Erhebung eines Zusatzbeitrages ohne Einkommensprüfung bis 8 € in § 242 Abs. 1 Satz 3 wird deshalb abgelehnt.

Nr. 178/180**§ 266 und § 268****Risikostrukturausgleich**

Der Risikostrukturausgleich soll in Zukunft morbiditätsbezogen durchgeführt werden. Dazu sind Morbiditätsgruppen zu bilden, denen 50 bis 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu Grunde zu legen sind. Bei dieser Vorgabe in Verbindung mit der Vorgabe der Verschlüsselung nach ICD 10 (§ 268 Abs. 3 Nr. 5 i. V. m. § 295 SGB V) können allerdings die besonders hohen Bedarfe behinderter und pflegebedürftiger Menschen nicht abgebildet werden.

Bereits innerhalb des wesentlich differenzierteren DRG-Systems können nicht alle behinderungsassoziierten Mehrbedarfe erfasst werden, so dass Krankenhäuser heute schon die Behandlungen behinderter Patienten teilweise begrenzen. Eine Zahl von nur bis zu 80 Diagnosen ohne Beschreibung der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF und ohne Informationen, die einen hohen Leistungsbedarf erklären, wird dem besonderen Ressourcenverbrauch behinderter Menschen nicht gerecht.

Die Verteilung behinderter Menschen auf die verschiedenen Krankenkassen ist, auch historisch bedingt, äußerst uneinheitlich. Deshalb ist zu befürchten, dass sich hier Wettbewerbsverzerrungen ergeben, Fehlanreize für eine Risikoselektion entstehen und (noch) für behinderte Menschen engagierte Kassen bestraft werden.

Es ist also sorgfältig zu prüfen, ob die vorgesehenen Merkmale, die dem Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen zugrunde gelegt werden sollen, die Risikostrukturen tatsächlich hinreichend abbilden und damit die Voraussetzung darstellen können, die Unterschiede finanziell auszugleichen.

Um das Leistungsgefüge für die Gruppe der behinderten und pflegebedürftigen Menschen aufrecht zu erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können, sollten weitere Merkmale einbezogen werden, nämlich solche, die den behinderungsbedingten und behinderungsassoziierten Mehraufwand der gesundheitlichen Versorgung abbilden können. Dazu können z. B. anerkannte Pflegestufen (nach SGB XI) oder der Empfang von Leistungen der Eingliederungshilfe dienen. In statistischer Hinsicht sind

die Personengruppen mit diesen leicht zu erfassenden Merkmalen zugleich Personengruppen mit überdurchschnittlichem medizinischem Versorgungsbedarf.

Es sollte ferner in der Begründung deutlich gemacht werden, dass die Rehabilitation eine hohe Bedeutung im Versorgungssystem hat und die Ausgaben dafür nicht sinken sollten.

Um den Stellenwert der Rehabilitationsmaßnahmen deutlich zu machen sowie Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Engagement für Rehabilitation (und damit höheren Ausgaben je Versicherten) nicht zu benachteiligen, sollten in § 266 Abs. 4 alle Rehabilitationsmaßnahmen im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, nicht nur die Anschlussrehabilitationsmaßnahmen nach § 266 Abs. 6 Satz 1.

Artikel 10 Änderung des zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Alternative B: Einführung eines § 48 a SGB XII :

Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene medizinisch notwendige Leistungen

Schließt man die Lösung des Problems im Rahmen des SGB V aus rechtssystematischen Gründen aus, besteht die Alternative darin, die Übernahme der Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene aber medizinisch notwendige Leistungen wieder durch den Sozialhilfeträger zu ermöglichen. Es müsste diese Möglichkeit dann als individuell bedarfsdeckende Antragsleistung in das SGB XII aufgenommen werden.

Eine schematische Erhöhung des Eckregelsatzes der Sozialhilfe ist dafür untauglich. Nach Auffassung der Fachverbände der Behindertenhilfe ist der von der GKV ausgeschlossene Bedarf prinzipiell nicht eckregelsatzfähig, da es sich oft nicht um regelmäßige und stets wiederkehrende Leistungen handelt.

Die Darlehensregelung führt bei oft sehr hohen und häufig additiven Belastungen zu einer Überforderung und ist deshalb ungeeignet. Insofern sollte die Auffangfunktion der Sozialhilfe für die besondere Personengruppe der Menschen, die sowohl eine Behinderung oder eine chronische Krankheit und deshalb einen deutlichen Mehrbedarf an Leistungen aufweisen, als auch sozialhilfeabhängig sind, wieder hergestellt werden.

Dabei ist auch die Gesamtbelastung für Menschen mit geringem Einkommen außerhalb des Sozialhilfebezuges zu berücksichtigen, z.B. Kleinrentner.

30.10.2006