

# Stellungnahme

**Diakonie**   
**Bundesverband**

Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e.V.

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)

Berlin, den 11. Oktober 2011

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0188(9)  
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.  
11\_VStG  
11.10.2011

Der Präsident

OKR Johannes Stockmeier  
Reichensteiner Weg 24  
14195 Berlin  
Telefon: +49 30 830 01-111  
Telefax: +49 30 830 01-555  
praesidialbereich@diakonie.de

## **Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD e. V. anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 19. Oktober 2011**

- zum Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17(14)0190(neu)),**
- zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Agnes Alpers, Karin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE  
**Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung (BT-Drs. 17/3215),**
- zum Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Wirksame Strukturreformen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung auf den Weg bringen (BT-Drs. 17/7190)**

Der Diakonie Bundesverband nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)“, zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum Gesetzentwurf sowie weiteren Anträgen von Abgeordneten und der Fraktionen DIE LINKE sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Stellung.

### **Der Diakonie Bundesverband setzt sich dafür ein, dass die gesundheitliche Versorgung ganzheitlich gesehen wird. Das bedeutet vor allem, dass**

- den Bürgerinnen und Bürgern in allen Regionen Deutschlands eine gleichwertige gesundheitliche Versorgung wohnortnah zugänglich sein muss
- sich Versorgungsplanung und -struktur an kleinräumigen regionalen Bezügen sowie an der Morbidität der Bevölkerung orientieren
- gesundheitliche Versorgung nicht nur ärztliche, sondern auch psychosoziale und pflegerische Leistungen umfasst, die so zu gestalten sind, dass die persönlich-menschliche Zuwendung, die dafür notwendige Zeit sowie die Behandlungs- und Beziehungskontinuität als wesentliche Elemente für Heilungs- und Genesungsprozesse berücksichtigt werden können

- die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen auch in der ambulanten Versorgung neu beschrieben wird (z. B. Aufgabenverlagerung von Ärztinnen/Ärzten auf Pflegefachkräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe)
- der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung (insbesondere von Arztpraxen und Gesundheitsdiensten) in Orientierung an der UN-Behindertenrechtskonvention neu definiert wird und dieser Zugang in Regionen mit unterdurchschnittlicher gesundheitlicher Infrastruktur für chronisch Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung, aber auch von Menschen mit sozialer Benachteiligung durch aufsuchende gesundheitspflegerische Dienste so sichergestellt wird, dass diese ein selbstbestimmtes Leben in Teilhabe an der Gemeinschaft führen können
- die Notfallversorgung (Not-, Bereitschaftsdienste, Notaufnahmen der Krankenhäuser, Rettungsdienste) sektorenübergreifend koordiniert und auskömmlich finanziert wird

#### **Der Diakonie Bundesverband begrüßt beim Entwurf des GKV-VStG:**

- den Ausbau und die Flexibilisierung der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen
- die geplante kleinräumige, flexiblere und am absehbaren Bedarf (Morbidität, Altersaufbau) orientierte Bedarfsplanung
- die erweiterte Möglichkeit der Einbeziehung von Krankenhäusern oder Ärztinnen/Ärzten, die in stationären Einrichtungen tätig sind, zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung
- die Einrichtung eines spezialärztlichen Versorgungssektors zur Behandlung besonders schwerer und seltener Erkrankungen

#### **Der Diakonie Bundesverband sieht Änderungsbedarf bei:**

- der Ausrichtung des GKV-VStG am traditionellen Arztbild: aus diakonischer Sicht muss es zur Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen kommen
- der spezialisierten Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderung: dazu sollen Zentren in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren geschaffen werden
- der Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten: hier müssen Versorgungslücken geschlossen werden
- dem vorgesehenen Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte mit Satzungsleistungen und Gruppentarifen: dieser ist ungeeignet, die flächendeckende Versorgung aller Versicherten abzusichern
- den Versorgungsverträgen bei Inkontinenzhilfsmitteln: hier muss das Regionalitätsprinzip gelten
- der zahnärztlichen Versorgung (Prophylaxe) für behinderte und pflegebedürftige Versicherte: diese muss sichergestellt werden

### **A. Einleitung**

Grundlage des diakonischen Handelns in Praxis und Politik ist das christliche Menschenbild. Jeder Mensch hat als Gottes Ebenbild eine Würde, die in allen Lebensbezügen unbedingt geachtet werden muss. Für das Gesundheitswesen folgt daraus unter anderem, dass die gesamte Bevölkerung - gerade auch vor dem Hintergrund der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention - unterschiedslos Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung haben muss und dass die Selbstbestimmung und die Würde der Patientinnen und Patienten in der Behandlung zu respektieren sind.

Die Diakonie ist in peripheren ländlichen Regionen ebenso tätig wie in Großstädten und Ballungsräumen. Über ihre Erfahrungen in der ambulanten Pflege kennt sie die Lebenslagen alter Menschen im ländlichen Raum ebenso wie die gesundheitlichen Bedarfe von Familien mit behinderten Kindern. Aus diakonischer Sicht geht es bei dem Erhalt und der Weiterentwicklung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung nicht nur um die Verteilung der Arztsitze, sondern vielmehr umfassend um eine bedarfsgerechte, sich gegenseitig ergänzende und gut zugängliche Versorgung mit ärztlichen, psychotherapeutischen, (kran-ken-)pflegerischen Leistungen sowie mit Heil- und Hilfsmitteln.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Diakonie Bundesverband die Zielsetzung des GKV-VStG, empfiehlt zugleich aber, neben der vertragsärztlichen Versorgung den Blick auch auf die ganzheitliche gesundheitliche Versorgung insgesamt zu richten und dabei die ambulanten gesundheitspflegerischen Dienste sowie die Potenziale der sektorenübergreifenden Versorgung stärker einzubeziehen und zu nutzen. Diese Perspektive sehen wir beim GKV-VStG bisher nur unterrepräsentiert.

## **B. Allgemeiner Teil**

**Zusammenfassend bewertet der Diakonie Bundesverband die politische Zielsetzung und Maßnahmen des Gesetzentwurfs wie folgt:**

### **I. Regionalisierung der ärztlichen Bedarfsplanung, Honorare und Vergütungsanreize**

#### **1. Kleinräumige Bedarfsplanung ist wichtig, muss jedoch auf eine ganzheitliche Versorgung ausgerichtet sein und darf sich nicht nur an der ärztlichen Versorgung orientieren**

Der Diakonie Bundesverband begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Zugänglichkeit der ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen als Problem anerkennt und Regelungen vorsieht, mit denen die ärztliche bzw. gemeinsame Selbstverwaltung mit Unterstützung durch die Bundesländer eine kleinräumigere Bedarfsplanung in Angriff nehmen kann. Kritisch ist aus Sicht der Diakonie anzumerken, dass sich der Gesetzentwurf in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung nur an der ärztlichen Versorgung orientiert und die Versorgung durch andere Gesundheitsberufe, insbesondere durch die ambulante Pflege, nicht ausreichend einbezieht. Aus der Perspektive der Diakonie ist eine moderne, flächendeckende und zugängliche, im Bedarfsfall auch aufsuchende Versorgung, nur möglich, wenn langfristig eine Neudefinition der Tätigkeit des Arztes/der Ärztin erreicht werden kann, die nicht unter dem Anspruch steht, jeden Patienten/jede Patientin persönlich zu behandeln sowie die gesamte ambulante Versorgung zu steuern. Deshalb setzt sich der Diakonie Bundesverband nicht nur für zaghafte Modellversuche zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der ambulanten Versorgung ein, sondern für einen Prozess der Neubestimmung von Aufgaben, wie er in den europäischen Nachbarländern längst begonnen hat.

Ungeachtet dieses grundsätzlichen Vorbehalts begrüßt der Diakonie Bundesverband die Regelungen, mit denen eine kleinräumige, flexiblere und am absehbaren Bedarf (Morbidität, Altersaufbau) orientierte Bedarfsplanung für Vertragsärztinnen und -ärzte durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ermöglicht werden soll. Dabei kommt es darauf an, Veränderungen im Versorgungsbedarf und -angebot frühzeitig zu erkennen und zu prüfen, wie die bestehenden Ressourcen dem Versorgungsbedarf angepasst werden können. Die Diakonie hat dabei insbesondere die Bedarfslagen von Menschen mit Pflegebedarf, Behinderungen und psychischen Erkrankungen, aber auch die Situation der Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten im Auge.

#### **2. Faktoren wie Demografie und Armut müssen bei der Anpassung der Verhältniszahlen berücksichtigt und gesetzlich festgeschrieben werden**

Aus Sicht der Diakonie sollten bei der Anpassung der Verhältniszahlen (Nr. 35 [§ 101]) nicht nur die Demografie, sondern auch die Morbiditätsentwicklung sowie andere Faktoren, wie Armut, Behinderung oder Migration, Berücksichtigung finden, weil nur dadurch eine bedarfsgerechte und ganzheitliche gesundheitliche Versorgung sichergestellt werden kann. Diese Faktoren sollten auch explizit in das Gesetz mit aufgenommen werden.

### **3. Krankenhäuser und andere Einrichtungen können einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung an der Grenze ambulant/stationär leisten**

In einer veränderten Versorgungslandschaft, in der die Grenzen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor an Bedeutung verlieren, können aus Sicht der Diakonie Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren, aber auch Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Gemeindepsychiatrie, ambulante Pflegedienste oder Altenpflegeeinrichtungen mit medizinischer Fachkompetenz einen wesentlichen, ergänzenden Beitrag zur Versorgung bestimmter Patientengruppen in der Region leisten. Ausdrücklich begrüßt wird in diesem Zusammenhang die Forderung im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, mehr Spielräume für neue und vor allem vernetzte Versorgungsformen, wie regionale Versorgungsverbände, Gesundheitszentren und mobile Lösungen zu schaffen.

### **4. Besonderer Aufwand bei der Versorgung von schwer chronisch kranken und behinderten sowie chronisch psychisch kranken Menschen muss höher vergütet werden**

Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen förderungswürdige Versorgungsqualität in unterversorgten Regionen besser honorieren können, ist nachdrücklich zu begrüßen und aus diakonischer Sicht eine Verpflichtung für die Kassenärztlichen Vereinigungen. In diesem Zusammenhang weist der Diakonie Bundesverband erneut darauf hin, dass auch die Versorgung von schwer chronisch kranken und behinderten sowie chronisch psychisch kranken Menschen eine Aufgabe darstellt, die für die Arztpraxen mit besonderem Aufwand (Zeit, Fortbildungen) verbunden ist - und insofern höher vergütet werden muss.

### **5. Regelungen zum Abbau der Überversorgung sind unzureichend**

Als unzureichend zu beurteilen sind hingegen die Regelungen zum Abbau von Überversorgung, weil sie von der Annahme ausgehen, dass Rück- oder Weitergabe der vertragsärztlichen Zulassung honoriert werden müssten. Dies wäre in anderen Zweigen der sozialen Sicherung undenkbar. Der Diakonie Bundesverband spricht sich für zeitlich befristete Zulassungsregelungen aus.

### **6. Versorgung von psychisch Kranken wird nicht in den Blick genommen**

Unter versorgungspolitischem Gesichtspunkt kritisch zu vermerken ist ebenfalls, dass der Gesetzentwurf nicht auf die bestehende Über-, Fehl- und Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen reagiert. Dies ist angesichts der seit Jahren steigenden Anzahl diagnostizierter psychischer Erkrankungen sowie der steigenden Ausgaben im Gesundheitsbereich nicht nachzuvollziehen. Die Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei ambulanter Psychotherapie sowie in der ärztlich-psychiatrischen Grundversorgung wird damit zementiert. Dabei trägt die bestehende defizitäre Behandlungssituation zu einem nicht unerheblichen Anteil zur Chronifizierung psychischen Leidens bei. So liegen nach Zahlen der World Health Organization (WHO) in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Staaten psychiatrische Störungen an erster Stelle bei den Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre.

Die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten liegen vielerorts in Deutschland deutlich unter dem Bedarf (bei den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien ist die Unterversorgung noch gravierender). Weder in benachteiligten urbanen noch in ländlichen Regionen ist sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten zeitnah und in zumutbarer Entfernung eine psychotherapeutische Behandlung finden, wie es das geplante GKV-VSG als Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung anstrebt. Aus Sicht der Diakonie sind die Planungsvorgaben für die Niederlassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten überholt und bedürfen dringend einer morbiditäts- und bedarfsorientierten Revision.

Gleichzeitig sieht die Diakonie mit großer Sorge, dass die vorhandene traditionelle psychotherapeutische Versorgung mit den Richtlinienverfahren und dem Setting der niedergelassenen Praxis an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen vorbeigeht. Hier fordert die Diakonie innovative Versorgungskonzepte und -modelle, die eine flächendeckende psychotherapeutisch-psychiatrische Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen sicherstellen. Um die psychiatrische Grundversorgung aufrechtzuerhalten, sollte die Honorarreform auch auf eine bessere Versorgung bisher benachteiligter Patientengruppen, wie Menschen mit Behinderung und mit chronischen psychischen Erkrankungen und chronischen Abhängigkeitserkrankungen abzielen.

Im Bereich der Psychiatrie spricht sich die Diakonie darüber hinaus für eine Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben der integrierten Versorgung nach den §§ 140ff. SGB V aus. Insbesondere sollte sichergestellt sein, dass die Partner/innen gleichberechtigt zum Wohle des Patienten/der Patientin arbeiten und nicht eine einseitige Lenkungswirkung entsteht. Hier sollten eindeutige Regelungen zur Sicherung der Versorgung eingebaut werden. Aktuelle anspruchsvolle integrierte Versorgungskonzepte haben gezeigt, dass die Regelversorgung für bisher unterversorgte Patientengruppen unter bestimmten Bedingungen verbessert werden kann, ohne die Lasten zu stark auf die Anbieter/innen und Patienten/Patientinnen zu verteilen. An dieser Stelle weist die Diakonie erneut auf ihre politischen Forderungen hin, die für eine tatsächlich höhere Behandlungsqualität notwendig sind. Da Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oft einen umfassenden Unterstützungsbedarf haben und dieser oft am besten durch personenzentrierte ambulante Komplexleistungen erfüllt werden kann, ist der Kreis der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer um Träger aus der Eingliederungshilfe und von psychosozialen Beratungsstellen zu erweitern. Darüber hinaus ist eine weitergehende Einflussnahme der Pharmaindustrie strikt abzulehnen, entsprechende gesetzliche Regelungen im AMNOG sind zurückzunehmen.

## **II. Zusammenarbeit von Arztpraxen und Krankenhäusern in der Grundversorgung, Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

### **1. Potenziale der Krankenhäuser zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung sollten genutzt werden**

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe sinnvoller Regelungen vor, die im Sinne der Patientinnen und Patienten eine engere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit Krankenhäusern bewirken sollen. Dazu gehören die Organisation des ärztlichen Notdienstes und die Ermächtigung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen. Aus der Perspektive der Diakonie, zu der 230 Krankenhäuser gehören, bieten die Krankenhäuser ein noch nicht genügend genutztes Potenzial zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Krankenhäuser bilden gerade in dünn besiedelten Regionen den Ausgangspunkt für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Ohne Krankenhäuser in erreichbarer Nähe werden auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Aufgaben nicht erfüllen können und eine notärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden. Aus diakonischer Sicht sollten ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Krankenhausnotaufnahme, die bislang unterschiedlichen Regelungskreisen unterliegen, besser koordiniert werden. Dabei sind insbesondere mit Blick auf bevölkerungsarme Regionen Finanzierungsregelungen erforderlich, die den Erfordernissen dieser Dienste als Rückgrat der gesundheitlichen Versorgung Rechnung tragen.

In diesem Kontext sei auch darauf verwiesen, dass Krankenhäuser ihre beschriebene Funktion nur dann wahrnehmen können, wenn sie selbst auf einer soliden finanziellen Basis stehen und ihre Kostensteigerungen berücksichtigt werden. Zu einer Berechnung dieser Steigerung sollte deshalb statt der halbierten Grundlohnsumme der schon einmal beschlossene Orientierungswert für die Kostensteigerung der Krankenhäuser herangezogen werden.

Bei der aktuellen Entwicklung und anstehenden Einführung eines tagesbezogenen und pauschalierenden Vergütungssystems in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist der Aspekt der sektorübergreifenden Zusammenarbeit mehr als bisher zu berücksichtigen. Die bisherige Umsetzung lässt befürchten, dass die bestehenden Sektorgrenzen im Bereich der psychiatrischen Behandlung auf lange Sicht festgeschrieben werden. Demgegenüber fordert die Diakonie, die politischen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit den entsprechenden Prüfaufträgen umzusetzen.

### **2. Gründungsmöglichkeit für MVZ muss auch der Behindertenhilfe oder Pflege grundsätzlich offenstehen**

Auch die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind eine Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Trägerschaft (Nr. 31 [§ 95]) erschweren es Krankenhäusern allerdings unnötig und unangemessen, ihre Ressourcen zu Gunsten einer effizienteren Versorgung der Patientinnen und Patienten einzusetzen. Die Gründungsmöglichkeit sollte neben Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern für gemeinnützige Träger des Gesundheitswesens, aber auch der Behindertenhilfe, der Gemeindepsychiatrie oder Pflege grundsätzlich offenstehen.

Die Diakonie begrüßt, dass von den zunächst diskutierten massiven Einschränkungen hinsichtlich der Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren Abstand genommen worden ist und Krankenhäuser weiterhin entsprechende Einrichtungen gründen und betreiben können. Wenn Medizinische Versorgungszentren allerdings nicht mit überwiegend Rendite-orientierter Absicht betrieben werden sollen, wäre die bewusste Förderung gemeinnütziger Träger als Betreiber allerdings zielführender als der Ausschluss von Kapitalgesellschaften als Rechtsform.

Die Diakonie sieht in den Medizinischen Versorgungszentren noch kaum genutzte Chancen einer besseren Verbindung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie der Verbindung medizinischer und sozialer Dienste, beispielsweise für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten diese versorgungspolitisch sinnvollen Strukturen nicht behindern, sondern befördern. Dementsprechend sollten z. B. auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein MVZ gründen können. Eine entsprechende Forderung erhebt auch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag, die von der Diakonie sehr begrüßt wird.

Irritierend ist in diesem Zusammenhang auch der folgende Satz aus dem allgemeinen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs, wonach die Gründungsberechtigung beschränkt werden soll auf Vertragsärzte/-innen und Krankenhäuser „mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen“. Dies findet sich zwar nicht im Gesetzestext wieder, jedoch deutet diese Formulierung darauf hin, dass die gemeinnützigen Träger nur eine Gründungsberechtigung zweiter Klasse erhalten sollen.

### **III. Ambulante spezialärztliche Versorgung**

Der Gesetzentwurf sieht mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung einen eng umgrenzten dritten Versorgungssektor zur Behandlung besonders schwerer und seltener Erkrankungen vor, an dem Arztpraxen und Krankenhäuser teilnehmen können, wenn sie die entsprechenden fachlichen Anforderungen erfüllen. Dieser Neuansatz wird vom Diakonie Bundesverband nachdrücklich begrüßt. Nun wird es darum gehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die entsprechenden Anforderungen und Vorgaben so fasst, dass diese wichtigen Versorgungsaufgaben unter angemessenen Rahmenbedingungen erfüllt werden.

#### **1. Überweisungserfordernis für die ambulante spezialärztliche Versorgung wird abgelehnt**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der G-BA regelt, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Versorgung eine Überweisung durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin voraussetzt. Es steht zu befürchten, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Überweisungserfordernis nutzen und die Krankenhäuser über Beschlüsse des G-BA in ihrer Leistungsteilnahme zurückdrängen wird. Ein Überweisungserfordernis wird daher abgelehnt.

#### **2. Zwingende Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem/r Arzt/Ärztin für onkologische ambulante Versorgung ist kontraproduktiv**

Für die onkologische ambulante Versorgung durch die Krankenhäuser ist eine zwingende Kooperation zwischen dem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen vorgesehen. Die Inhalte der Kooperation werden laut Gesetzentwurf durch den G-BA festgelegt. Diese Vorgabe halten wir für unnötig, unangemessen und kontraproduktiv. Zu befürchten sind einseitige Beschränkungen der Krankenhäuser, die zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Kooperationen müssen und werden sich aus sachlichen Gründen, z. B. unter Qualitätsgesichtspunkten, von selbst ergeben.

#### **3. Überregionale Versorgungsangebote müssen erreichbar sein**

Im Zusammenhang mit einem Gesetzentwurf zur flächendeckenden Versorgung ist an dieser Stelle besonders darauf hinzuweisen, dass sich die spezialärztlichen Versorgungsangebote in Großstädten und Ballungsräumen konzentrieren werden. Da es um die Versorgung schwer erkrankter Menschen, insbesondere auch von Kindern und Jugendlichen, geht, sind besondere Vorkehrungen zu treffen, wie sie die überregionalen Versorgungsangebote erreichen können, auch wenn diese weit entfernt sind. Darauf weist zu Recht auch die Fraktion DIE LINKE in ihrem Antrag hin. Der Gesetzgeber sollte die Krankenkassen verpflichten, bei den in Frage kommenden schweren Erkrankungen die Fahrten zur Behandlung - bei Kindern und Ju-

gendlichen und Menschen mit Behinderungen auch mit einer Begleitperson - zu übernehmen. Die Idee eines Shuttledienstes, wie von der Fraktion DIE LINKE vorgeschlagen, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich begrüßt.

#### **4. Medizinische Strukturen für Erwachsene mit Behinderung schaffen**

Darüber hinaus ist aus Sicht der Diakonie an dieser Stelle noch auf ein anderes drängendes Problem hinzuweisen: dies besteht darin, dass spezialisierte Versorgungsangebote für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, insbesondere die bewährten und weit verbreiteten Sozialpädiatrischen Zentren - interdisziplinär arbeitend und multiprofessionell ausgestattet, mit dem Regelversorgungssystem arbeitsteilig vernetzt - nicht mehr in Anspruch genommen werden können, sobald der Betroffene ins Erwachsenenalter kommt. Trotz des nachweisbaren Bedarfs vieler Erwachsener mit geistiger und mehrfacher Behinderung an spezialisierter Versorgung fallen die Betroffenen mit ihrem Übergang ins Erwachsenenalter ins versorgungstrukturelle Nichts, weil es keine äquivalenten medizinischen Strukturen für Erwachsene mit Behinderung gibt. Dies ist eine fachlich unhaltbare Situation. Sie steht im groben Widerspruch zu den fachlichen Erkenntnissen aus der Forschung zur sogenannten Transition, dem Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, als einer besonderen fachlichen Herausforderung. Diesem Missstand könnte mit der Einrichtung von Gesundheitszentren, wie sie die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag generell fordert, begegnet werden.

Die der spezialärztlichen Versorgung zugeordneten Krankheiten sind für die betroffenen Menschen häufig mit Behinderungen verbunden. Die Erfordernisse an die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen werden derzeit auch ausführlich vom Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe (BeB) diskutiert, der ein Positionspapier dazu erarbeitet.

### **IV. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder, Strukturveränderungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, Regelungen für das Handeln der Krankenkassen auf Landesebene**

#### **1. Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten positiv, dürfen aber nicht zulasten der Versorgungsqualität gehen; Grenzbereiche zwischen den Ländern sind deutlicher zu regeln**

Die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder auf die ambulante ärztliche Versorgung sollen durch den Gesetzentwurf gestärkt werden (Nr. 27 [§ 90]; Nr. 28 [§ 90a]). Aus der Sicht des Diakonie Bundesverbandes tragen diese Regelungen positiv dazu bei, dass die Länder ihre Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung besser wahrnehmen können. Der Diakonie Bundesverband begrüßt das Mitberatungsrecht der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Landesausschüssen der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen sowie die Möglichkeit, Beschlüsse der Landesausschüsse zu beanstanden und ggf. durch Ersatzvornahme zu korrigieren. Zu begrüßen ist auch die Möglichkeit, auf Landesebene ein sektorenübergreifendes Gremium zur Versorgungsplanung einzurichten, das Empfehlungen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung aussprechen kann. Aus diakonischer Sicht sollten in dieses Gremium nicht nur Vertreter/innen der Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen berufen werden, sondern auch Vertreter/innen von Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfeorganisationen.

Der Diakonie Bundesverband weist jedoch in diesem Zusammenhang auf Folgendes hin:

In Bezug auf die Regelung, dass den Beteiligten ein größerer gesetzlicher Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung eingeräumt wird, um regionale Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung berücksichtigen zu können, und sie zu diesem Zweck von den Richtlinien des G-BA zur Bedarfsplanung abweichen können (Nr. 34 [§ 99]), muss bei der Bedarfsplanung auch sichergestellt sein, dass sich die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten nicht verschlechtert. Im Falle einer Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie nach der vorgesehenen, neu einzufügenden Regelung, die sich an § 99 Abs. 2 S. 2 SGB V anschließt, sollte den Ländern nicht nur die Gelegenheit zur Stellungnahme und ein Beanstandungsrecht, sondern ein Mitentscheidungsrecht eingeräumt werden.

Bei den Einwirkungsmöglichkeiten der Länder sind des Weiteren insbesondere die Grenzbereiche zwischen den Ländern deutlicher zu regeln. Dabei ist klar festzulegen, welche Zuständigkeiten sich in Versorgungsregionen ergeben, die länderübergreifend definiert werden.

Darüber hinaus sollte insbesondere die geringe Planungsbeteiligung der anderen Teilnehmenden der gesundheitlichen Versorgung überdacht und den Ländern die Möglichkeit gegeben werden, innerhalb der Länderausschüsse auch noch andere Teilnehmende einladen zu können. In der Verbindung mit der Möglichkeit der Beteiligung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sollte hier eine Möglichkeit geschaffen werden, beispielsweise auch Gesundheitszentren und andere Anbieter/innen von ärztlichen/medizinischen Leistungen an der Bedarfsplanung teilhaben zu lassen.

Der Diakonie Bundesverband fordert darüber hinaus einen institutionalisierten Dialog auf der Ebene der Bundesländer mit Wohlfahrtsverbänden und Selbsthilfe- bzw. Patientenorganisationen. Dabei kann es nicht nur um die Beteiligung eines/r Patientenvertreters/in gehen, vielmehr müssen je nach Versorgungsthematik verschiedene Patientenperspektiven eingebracht werden können - wichtige Anliegen sind dabei u. a. die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten mit dem ÖPNV sowie die Barrierefreiheit der Gesundheitsdienste.

Vor diesem Hintergrund fordert die Diakonie regionale Gesundheitskonferenzen, an denen nicht nur Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen, sondern auch der öffentliche Gesundheitsdienst, die Kommunen als öffentliche Träger von Rettungsdiensten, die freien Träger der Rettungsdienste, die Träger der ambulanten Pflegedienste, die Selbsthilfe und die Freie Wohlfahrtspflege beteiligt werden. Die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der Aufstellung der Versorgungspläne die in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu bildenden Gesundheitskonferenzen zu berücksichtigen, sowie die künftige Rolle dieser Gesundheitskonferenzen, wie sie in dem Antrag beschrieben wird (Erhebung von lokalen Bedürfnissen und Erfahrungen auf der Basis lokaler Befragungen, Entwicklung von Konzepten zur Umsetzung, Beratung des Versorgungsausschusses auf Landesebene bei der Erstellung und Fortschreibung des Versorgungsplans), wird vom Diakonie Bundesverband deshalb ausdrücklich begrüßt.

## **2. Leistungserbringer müssen ebenfalls in die Arbeit des G-BA einbezogen werden**

Die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sollen laut Gesetzentwurf weiterentwickelt werden. Dabei geht es u. a. um die Ernennung der unparteiischen Mitglieder, die Zusammensetzung und Stimmverhältnisse des Ausschusses je nach Beratungsthema und die Möglichkeiten der Stellungnahme von berechtigten Organisationen. Der Diakonie Bundesverband begrüßt die Weiterentwicklung dieses zentralen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er plädiert ergänzend dafür, die Leistungserbringer für häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Soziotherapie (§ 37a SGB V) und ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) in die Arbeit des Bundesausschusses kontinuierlich und verbindlich einzubeziehen. Dies ist erforderlich, weil der G-BA in seinen Richtlinien wesentliche Festlegungen zum Umfang und Inhalt der oben genannten Leistungen trifft, was nur unter Einbeziehung der entsprechenden Leistungserbringer fachlich möglich ist.

## **3. Bestellung von Vertragsbevollmächtigten für jedes Land ist sinnvoll, muss jedoch für alle Verträge gelten, die gemeinsam von den Krankenkassen abgeschlossen werden**

Durch das geplante Gesetz werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, Vertragsbevollmächtigte mit Abschlussbefugnis für jedes Land zu bestellen, in dem sie Mitglieder haben. Die Abschlussbefugnis bezieht sich laut Gesetzentwurf auf alle gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen sowie für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene. Der Diakonie Bundesverband begrüßt die geplante Ergänzung, die der Beschleunigung von Entscheidungsprozessen dienen soll. Im Gesetzestext muss allerdings klargestellt werden, dass diese Neuregelung für alle Verträge gelten soll, die gemeinsam von den Krankenkassen abgeschlossen werden, unabhängig davon, ob hierfür eine Verpflichtung zum gemeinsamen Handeln besteht.

Auch die erweiterte Verpflichtung der Krankenkassen zur Vorlage landesbezogener Versorgungsverträge mit Leistungserbringern bei der zuständigen Landesbehörde ist nach Auffassung des Diakonie Bundesverbandes sinnvoll, weil das Bundesland auf diesem Weg Kenntnis von den in Selektivverträgen vereinbarten Versorgungsstrukturen erhält und darauf ggf. mit einer Initiative in den o. g. Gremien reagieren kann.



Grundsätzlich spricht sich der Diakonie Bundesverband für eine Stärkung der Aufsichtsfunktion der Bundesländer vor dem Hintergrund der länderübergreifenden Kassenfusionen aus. Hierzu bedarf es zum einen einer Klarstellung in § 208 SGB V, zum anderen sind die Länder auch gefordert, diese Rolle dann im Rahmen der Aufsichtsmöglichkeiten aktiv wahrzunehmen.

### **C. Besonderer Teil - Anmerkungen zu ausgewählten Einzelregelungen**

**Der Diakonie Bundesverband nimmt zu ausgewählten, im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen im Einzelnen wie folgt Stellung:**

#### **I. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung**

##### **1. Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachkräfte dringend erforderlich (Nr. 4 [§ 28])**

Durch eine geplante Ergänzung des § 28 Abs. 1 SGB V soll die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte befördert werden. Die Partner der Bundesmantelverträge sollen dazu binnen 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung erstellen und dadurch klarstellen, in welchen Fällen Delegation möglich ist und welche Anforderungen an die Beaufsichtigungspflicht des Arztes/der Ärztin und an die Qualifikation der Hilfsperson zu stellen sind. Die Regelung ist beschränkt auf die ambulante Versorgung.

Nach Auffassung des Diakonie Bundesverbandes ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten nur bedingt zielführend. Wie in vielen anderen europäischen Ländern sollte es auch in Deutschland zu einer grundsätzlichen Neuverteilung der Aufgaben unter den Gesundheitsberufen kommen. Es ist sehr positiv, dass die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dieses Problem in ihrem Antrag aufgreift und entsprechende Maßnahmen fordert. Sehr zu begrüßen ist aus Sicht der Diakonie insbesondere, dass die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auch für eine grundsätzliche Neuordnung plädiert. Die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte mit einer entsprechenden Qualifikation in eigener Verantwortung bietet die Chance einer stärker aufsuchenden Versorgung der Bevölkerung, während sich die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. Insbesondere in ländlichen Regionen mit niedrigerer Bevölkerungsdichte bieten ambulante Pflegedienste ein bislang ungenutztes Potenzial für die Versorgung von chronisch Kranken und pflegebedürftigen Menschen. Ambulante Pflegedienste sind darauf eingestellt, Menschen zu Hause aufzusuchen, sie differenziert in ihren Gesundheitsproblemen und ihrer Bewältigungskompetenz wahrzunehmen und sie zur Pflege ihrer Gesundheit anzuleiten, aber auch gezielt in die ärztliche Behandlung überzuleiten. Diese Funktionen, die in Nachbarländern von „Community Nurses“ wahrgenommen werden, gehen weit über die Möglichkeiten der Arztentlastung durch medizinische Fachangestellte hinaus. Entsprechende Modellversuche nach § 63 Abs. 3c SGB V sind überfällig, diese sind mit Nachdruck zu verfolgen. Dabei geht es nicht nur um die im Gemeinsamen Bundesausschuss bisher nur schleppend beförderte Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V, sondern auch um die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege nach § 63 Abs. 3b SGB V. Im Regelungsbereich des § 63 Abs. 3b bedarf es keiner Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier beschreiben bereits die gesetzlichen Vorgaben ausreichend klar, bei welchen Tätigkeiten Modellvorhaben möglich sind. Leider fehlt es auch drei Jahre nach Inkrafttreten der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten Neuregelungen an Modellvorhaben und damit auch an Umsetzungsschritten in die Regelversorgung.

Das Diakonische Werk der EKD hält eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegefachkräfte im Sinne einer Substitution der ärztlichen Tätigkeiten sowohl im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung in der Häuslichkeit als auch in Bezug auf die Attraktivität des Berufsbild der Pflegefachkräfte und damit auch als Maßnahme gegen den Pflegefachkräftemangel für dringend erforderlich.

##### **2. Ausbau der Telemedizin wird begrüßt, darf aber nicht den persönlichen Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in ersetzen (Nr. 22 [§ 87])**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Telemedizin vor allem für den ländlichen Raum wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung und besonders gefördert werden soll. Der Bewertungsausschuss bekommt

den Auftrag festzulegen, welche ärztlichen Leistungen des EBM und in welchem Umfang ambulant telemedizinisch erbracht werden können.

Die Bestrebung, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum durch den verstärkten Einsatz von Telemedizin sicherstellen zu wollen, bewertet die Diakonie grundsätzlich positiv, sieht die damit verbundene Zielrichtung, dadurch die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen zu wollen, allerdings kritisch. Es wird nicht bestritten, dass die Anwendung von Informationstechnologie dazu beitragen kann, die Versorgung in bevölkerungsarmen Regionen zu erleichtern. So kann z. B. das ärztliche Konsil mit einem spezialisierten Fachkollegen mithilfe von Informationstechnologie auch fernmündlich stattfinden, was sehr zu begrüßen ist. Sie kann jedoch nur ein Baustein neben vielen anderen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen sein, denn sie darf nicht den persönlichen Kontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ersetzen. Kurz gesagt: Telemedizin kann nicht zum Trocknen von Tränen genutzt werden.

### **3. Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf positiv, sollte für alle Berufszweige angestrebt werden (Nr. 36 [§ 103])**

Das Vorhaben, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Vertragsärztinnen und -ärzte stärken zu wollen, ist aus Sicht der Diakonie sehr zu begrüßen. Diese Möglichkeiten sollten allerdings nicht auf diesen Berufszweig beschränkt bleiben, sondern für alle Berufszweige angestrebt werden.

### **4. Leistungsangebot des SGB V um zahnärztliche Prophylaxe für behinderte und pflegebedürftige Versicherte erweitern (§§ 21, 22 SGB V)**

Neben den im Gesetzentwurf aufgeführten Maßnahmen zur flächendeckenden Versorgung weist der Bundesverband der Diakonie auf eine weitere bestehende Versorgungslücke hin, auf die auch das Aktionsbündnis „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ bereits aufmerksam gemacht hat. Sie besteht im Bereich der zahnärztlichen Versorgung von behinderten und pflegebedürftigen Menschen, da diese aufgrund motorischer und/oder kognitiver Einschränkungen häufig große Probleme damit haben, selbst für eine ausreichende Mundhygiene zu sorgen. Dies führt dazu, dass die Zahngesundheit dieser Versicherten im Gegensatz zu anderen Bevölkerungsgruppen deutlich schlechter ist und diese zu den Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen bzw. damit verbundene Folgeerkrankungen zählen.

Diesen Risiken kann mit dem derzeitigen Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht wirksam begegnet werden. Das Leistungsangebot ist dementsprechend im Hinblick auf die Prophylaxe zu erweitern. Dazu sind sowohl in § 21 Abs. 1 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen [Gruppenprophylaxe]) als auch in § 22 Abs. 1 und 3 SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen [Individualprophylaxe]) Versicherte in die Leistungen einzubeziehen, die aufgrund einer dauerhaften Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht die motorischen oder kognitiven Fähigkeiten besitzen, die erforderlichen Verrichtungen zur Individualprophylaxe zu verstehen oder umzusetzen. In Behinderten- und Pflegeeinrichtungen ist die Altersbeschränkung des § 21 Abs. 1 SGB V aufzuheben. Darüber hinaus ist flächendeckend eine zahnmedizinische Notfallbehandlung auch für Menschen mit Behinderung sicherzustellen, bei denen eine Behandlung ausschließlich in anästhesiertem Zustand möglich ist.

### **5. Veranlasste bzw. verordnete ambulante Leistungen bedarfsgerecht weiterentwickeln**

Zu wenig in den Blick genommen im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung wird im vorliegenden Gesetzentwurf der Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bzw. der veranlassten Leistungen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ initiiert(e) einen Prozess der Verlagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell die Akzentverschiebung in Richtung auf eine prioritär ambulante Versorgung hin. Diese Entwicklung hat (inzwischen) einen breiten gesellschaftlichen Konsens, der durch den ökonomischen Druck in den Sozialversicherungssystemen unterstützt wird. Die Weiterentwicklung der ambulanten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte jedoch insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, in der häuslichen Krankenpflege für psychisch kranke Menschen, in der Haushaltshilfe, in der Soziotherapie und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nicht im notwendigen Umfang.

Diesen politisch gewollten Entwicklungen muss auch hier Rechnung getragen werden durch Gesetzesänderungen, eine Anpassung des Leistungsrechts und eine unmissverständliche Aktualisierung der Richt-

linien der häuslichen Krankenpflege und Soziotherapie. Eine zunehmende Ambulantisierung kann nicht kostenneutral geschehen, Mengengrenzungen für verordnungsfähige und genehmigungsbedürftige Leistungen sind kontraindiziert im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten.

Des Weiteren müssen adäquate Vergütungsstrukturen für veranlasste/verordnete ambulante Leistungen geschaffen werden, damit der entsprechende Ausbau einer flächendeckenden Anbieterstruktur erfolgen kann.

## **6. Schiedsverfahren auch für Vertrags- und Vergütungsverhandlungen zur Haushaltshilfe einführen (§ 132 SGB V) und Schiedsverfahren für die häusliche Krankenpflege (§ 132a SGB V) präzisieren**

Darüber hinaus fordert die Diakonie zur Sicherstellung der Versorgung der ambulant betreuten Menschen einen Konfliktlösungsmechanismus bei Vertrags- und Vergütungsverhandlungen zur Haushaltshilfe nach § 132 SGB V. In der Praxis ist dieses Fehlen ein Problem, gerade bei Vertrags- und Vergütungsverhandlungen.

Im Sinne einer einvernehmlichen Praxis sprechen wir uns für die Einführung eines verbindlichen Schiedsverfahrens analog zur SAPV oder zur häuslichen Krankenpflege aus. § 132 Abs. 1 SGB V ist deshalb um folgende Sätze zu ergänzen:

*„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 Vereinbarung abschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson; bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen.“*

Bisher fehlte eine Regelung in § 132a SGB V, die bestimmt, ob der Schiedsspruch im Falle einer Klage gegen den Inhalt (vorläufig) umzusetzen ist. Gegenwärtig können die Krankenkassen durch die Erhebung einer Klage die Umsetzung des durch Schiedsspruch festgelegten Vertragsinhalts und hier insbesondere die von der Schiedsperson festgesetzte Vergütung bis zum Abschluss des Verfahrens verhindern. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Problemen bei den betroffenen ambulanten Pflegediensten. Wir schließen uns deshalb dem Vorschlag Nr. 42 des Bundesrats an. Dieser schlägt vor, in § 132a Absatz 2 nach Satz 7 SGB V folgende Sätze einzufügen: *„Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson; bis zu einer entgegenstehenden rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung gilt der festgesetzte Vertragsinhalt als verbindlich und ist umzusetzen.“*

## **7. Regionalitätsprinzip für Hilfsmittel-Versorgungsverträge einführen (Nr. 45 [§ 127])**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass dem § 127 SGB V ein Absatz 6 angefügt wird, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abgeben sollen. Im Zusammenhang mit dieser begrüßenswerten Regelung zum Bürokratieabbau macht der Diakonie Bundesverband auf ein weiteres Problem aufmerksam:

Die genannte Vorschrift weist eine Gesetzeslücke auf für die Fälle, in denen die Inkontinenzhilfsmittelversorgung von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten die Grenzen eines Bundeslandes überschreitet. Es ist nicht geregelt, ob in diesen Fällen die Leistung nach dem für die versorgende Einrichtung oder dem für die verpflichtete Krankenkasse geltenden Rahmenvertrag vergütet werden muss. Bislang akzeptierten die Krankenkassen den Rahmenvertrag der Einrichtung (Regionalitätsprinzip). Insbesondere die Abrechnungspraxis der landesunmittelbaren Krankenkassen hat sich aber nunmehr geändert. Dies hat nicht nur Folgen für die monetären Interessen der Einrichtungen, wie man zunächst denken könnte. Vielmehr bedingt die geänderte Abrechnungspraxis eklatante Mängel in der Qualität der verwendeten Produkte und der Versorgung selbst sowie eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Versicherten. Schließlich ist sie auch mit den Zielen der gegenwärtigen Reformvorhaben im Gesundheitsbereich

nicht vereinbar. § 127 Abs. 2a SGB V bedarf daher im Interesse der Entbürokratisierung in der Pflege, einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen sowie einer integrierten Versorgung dringend der Klarstellung zugunsten des Regionalitätsprinzips.

Dazu ist nach Satz 2 des § 127 Abs. 2a SGB V folgender Satz 3 einzufügen:

*„Im Fall der Hilfsmittelversorgung von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten durch den Einrichtungsträger ist der Vertrag, den der für den Sitz der Einrichtung zuständige Landesverband der Krankenkassen geschlossen hat, für andere Landesverbände und Krankenkassen derselben Kas-  
senart verbindlich.“*

## **II. Ambulante spezialärztliche Versorgung: Spezialisierte medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung einrichten**

Für den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sieht der Gesetzentwurf diverse Maßnahmen vor, darunter die stufenweise Schaffung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen etc. als eigenständigen Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV.

Aus Sicht der Diakonie ist die Etablierung eines spezialärztlichen Versorgungssektors, an dem Arztpraxen und Krankenhäuser unter gleichen Bedingungen teilnehmen können, eine ordnungspolitisch notwendige Maßnahme. Ergänzend zu dem bereits oben unter B. III. Aufgeführten muss insbesondere darauf geachtet werden, dass - wie auch in § 2a SGB V gesetzlich verankert - den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen bei der gesundheitlichen Versorgung Rechnung getragen wird. In der Praxis ist allerdings festzustellen, dass dies noch nicht der Fall ist: Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung sind häufig theoretisch und/oder faktisch daran gehindert, alle die für sie notwendigen Gesundheitsleistungen im bestehenden Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Da § 2a SGB V bisher leider keine unmittelbare leistungsrechtliche Wirkung im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen entfaltet hat, ist es dringend notwendig zu klären, in welcher Form - namentlich unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 25) - einzelne Vorschriften des SGB V weiter zu konkretisieren sind, um dem § 2a SGB Rechnung zu tragen.

Die zukünftige Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung in der Gemeinde ist Teil der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie. Sie muss sich an den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention ausrichten. In der Praxis sind Versorgungslücken zu beobachten, die nicht hingenommen werden können. Gestaltungsspielräume, die Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der Heil- und Pflegeberufe bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haben, z. B. bei der Wahl des Praxisortes und Gebäudes, der Praxisöffnungszeiten, der Bildung eines Schwerpunktes oder der Privatliquidation, stellen sich für Menschen mit schwerer Behinderung häufig als kumulierende Hindernisse dar. Es ist als Mensch mit schwerer Behinderung oder schwerer chronisch psychischer Erkrankung schwierig, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, die/der ihn in angemessener Zeit behandelt. Infolgedessen fallen überdurchschnittliche Fahrtzeiten und -kosten (ggf. auch der Verdienstausschlag eines begleitenden Angehörigen) an. Wirtschaftlich stellen die erforderlichen Eigenkäufe (bzw. Eigenanteile) von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln große Hindernisse bei der Inanspruchnahme einer bedarfsgerechten Versorgung dar. Hinzu kommen Schwierigkeiten, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, die die Krankenkassen genehmigen müssen oder bei denen sie die Versorgung durch Einzelverträge gestalten können. Aufgrund der Notwendigkeit, Ausgaben zu begrenzen, verhalten sich Krankenkassen bei Genehmigungen (z. B. bei Rehabilitationsleistungen), wie auch bei der Umsetzung von Leistungen durch Einzelverträge (z. B. Soziotherapie, häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischer Erkrankung) sehr restriktiv - mit der Folge, dass notwendige Leistungen für schwerkranke Menschen unterbleiben.

Darüber hinaus haben wir zu dem bereits unter B. III. angesprochenen Problem im Zusammenhang mit der ambulanten Behandlung in spezialisierten medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung folgenden Änderungsvorschlag:

§ 119 b SGB V ist folgendermaßen neu zu fassen:

*„Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*

- (1) *Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die multiprofessionell besetzt sind und unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, werden vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ermächtigt. Sie sollen eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung unter besonderer Beachtung der Teilhabeförderung bieten. Die Ermächtigung kann in Abhängigkeit vom regionalen Bedarf, der vorhandenen regionalen Versorgungsstruktur und der Konzeption der Einrichtung mit Schwerpunktbildung auf bestimmte Facharztgruppen begrenzt werden.*
- (2) *Die Behandlung durch Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist auf diejenigen erwachsenen mit Behinderung auszurichten, die wegen der Schwere ihrer Behinderung oder der Komplexität ihrer medizinischen Problematik nicht ausreichend im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sollen mit den Ärzten, mit den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“*

Solche Zentren sind jedoch, um den überdurchschnittlich aufwändigen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, auf eine besondere Vergütung angewiesen. Deshalb schlagen wir darüber hinaus eine Modifikation des § 120 SGB V vor:

§ 120 Abs. 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

*(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet...“*

§ 120 Abs. 3 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

*(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der Psychiatrischen Institutsambulanzen, der Sozialpädiatrischen Zentren, der Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sonstiger ermächtigter, ärztlich geleiteter Einrichtungen ist vorzugsweise zu pauschalieren, sofern dem nicht wichtige Gründe entgegenstehen...*

### **III. Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen**

Der Gesetzentwurf sieht vor, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu stärken. Dazu sollen u. a. die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen, also für die Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann, erweitert werden. Die in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind in § 11 Abs. 6 SGB V-neu abschließend aufgezählt. Darunter fallen u. a. auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, die Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V. Diese Leistungen müssen von den Krankenkassen ggf. durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten oder durch Kürzung freiwilliger Mehrleistungen finanziert werden. Außerdem sollen Gruppentarife für Beschäftigte oder Menschen mit Behinderungen ermöglicht werden, die spezifische Präventionsangebote enthalten.

#### **1. Satzungsleistungen und Gruppentarife**

##### **1.1 Flächendeckende Versorgung auch in ländlichen Regionen und benachteiligten urbanen Regionen ist mit dem Instrument des Krankenkassenwettbewerbes nicht zu erreichen**

Der Diakonie Bundesverband lehnt diese Regelungsvorschläge aus ordnungspolitischen und versorgungspolitischen Gründen ab. Das Ziel einer flächendeckenden Versorgung auch in ländlichen Regionen und benachteiligten urbanen Regionen ist mit dem Instrument des Krankenkassenwettbewerbes kaum zu erreichen. In ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte und unterdurchschnittlicher Infrastruktur wie auch in benachteiligten Stadtquartieren ist von einer niedrigen Wettbewerbsintensivität der Leistungserbringer wie auch der Krankenkassen auszugehen. Versicherte werden nicht damit rechnen dürfen, dass die Krankenkassen verstärkte Anstrengungen unternehmen, um sie zu gewinnen, da dies - im Vergleich zu Ballungsräumen und Großstädten - mit höherem Aufwand verbunden ist. Die Möglichkeit der Erweiterung der Satzungsleistungen führt nicht zu einem Wettbewerb, sondern zu einem Verdrängungseffekt. Der Dia-

Diakonie Bundesverband empfiehlt zur Bewältigung der Versorgungsaufgaben in ländlichen Regionen ein gemeinsames und einheitliches Handeln der Krankenkassen sowie Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer, die nicht auf Wettbewerb, sondern auf Kooperation ausgerichtet sind.

### **1.2 Gruppentarife: beitragsorientierter Wettbewerb um chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung bringt keine Verbesserung**

Der Gedanke, Gruppentarife in die gesetzliche Krankenversicherung einzuführen, ist aus diakonischer Sicht abzulehnen. Das berechtigte Anliegen einer Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist nach Auffassung des Diakonie Bundesverbandes durch ein Präventionsgesetz voranzutreiben. Auch das Anliegen, die gesundheitliche Versorgung chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung stärker zum Anliegen der Krankenkassen zu machen, ist zu begrüßen. Von einem beitragsorientierten Wettbewerb um diese Personengruppen erwartet der Diakonie Bundesverband jedoch keine Verbesserung, da die Personengruppen mehrheitlich über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügen, also kaum in der Lage sein werden, höhere Zusatzbeiträge für ein besonders gutes Versorgungsangebot zahlen. Die bedarfsgerechte Versorgung chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung ist aus diakonischer Sicht eine Solidaraufgabe der gesamten Versichertengemeinschaft.

### **1.3 Durch Satzungsleistungen wird Gesundheit zum Luxusprodukt**

Bei der Erweiterung der Möglichkeiten von Satzungsleistungen kommt verschärfend hinzu, dass dadurch kein Wettbewerb, sondern vielmehr ein Verdrängungseffekt stattfindet. Krankenkassen, die viele gesunde Versicherte als Mitglieder haben, werden davon profitieren und diese Satzungsleistungen aufgrund einer vermutlich ebenso „gesunden“ Finanzausstattung anbieten können, während Krankenkassen, bei denen viele kranke/chronisch kranke Menschen versichert sind und die mit den ihnen zugewiesenen Mitteln nicht auskommen, nur zwischen zwei Alternativen wählen können: Entweder sie erheben einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten oder sie kürzen bei den freiwilligen Mehrleistungen. Beides würde eine zusätzliche Belastung für die Versicherten darstellen, die entweder zusätzliche Kosten für die Krankenversicherung aufwenden müssen (zu den ohnehin schon durch die Krankheit selbst bedingten Mehrkosten, wie beispielsweise Zuzahlungen zu Arzneimitteln, Fahrten zum Arzt/zur Ärztin) oder mit Leistungseinschränkungen rechnen müssen, die gesunden Menschen in einer anderen Krankenkasse zur Verfügung stehen - Gesundheit darf nicht zum Luxusprodukt avancieren.

## **2. Versorgungslücken werden verschärft**

Grundsätzlich spricht sich die Diakonie dafür aus, dass Versicherte die Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen haben sollen, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrags unterschiedliche Angebote machen. Allerdings mehren sich die Zweifel, dass der (vermeintliche) Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts in seiner jetzigen Form mit der kontinuierlich ansteigenden Pflicht der Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge oder durch die gewollt zunehmend individualvertraglich geregelte Gewährleistung von notwendigen Regelleistungsansprüchen und die zunehmende Ambulantisierung (im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“) hin zu Satzungsleistungen noch sinnvoll ist. In einigen Leistungsbereichen, z. B. der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke, der Soziotherapie oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung führt die Einzelvertragspraxis der Krankenkassen bereits jetzt dazu, dass die Versorgung mit diesen Leistungen in vielen Regionen nicht gewährleistet ist. Dies droht sich durch die erweiterten Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen noch zu verstärken, da zwingend notwendige leistungsrechtliche Änderungen aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe nicht zu Regelleistungen werden, sondern den Status von Satzungsleistungen zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Pflegekassen erhalten sollen. Damit wird nicht eine notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung indiziert. Stattdessen werden die Versorgungslücken verschärft, da es neben den bereits bestehenden regionalen Unterschieden zusätzliche Differenzierungen in der Versorgung der Versicherten in Abhängigkeit von der entsprechenden Krankenkassenzugehörigkeit gibt.

Die Diakonie spricht sich angesichts der ambulanten Versorgungslücken für eine notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Regelleistungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) aus.

## **2.1 Ambulante Versorgungslücke in der häuslichen Krankenpflege**

In unserer Praxis begegnet uns seit Jahren das Problem, dass Versicherte nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch nach einer ambulanten Therapie, z. B. Chemotherapie, einen hohen Bedarf an Grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben. Da dieser Bedarf kurzfristiger Natur ist und nicht die Dauer von mindestens sechs Monaten übersteigt, haben diese Versicherten keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Für einen entsprechenden Leistungsanspruch aus dem SGB V fehlt die rechtliche Grundlage.

Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege (HKP) umfasst im Einzelnen zwar neben der Behandlungspflege auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Eine Verordnung von Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Versorgung ohne Behandlungspflege ist jedoch nur als Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege möglich. Rechtsgrundlage hierfür ist § 37 Abs. 1 SGB V. Aufgrund der Einführung der Fallpauschalen hat sich jedoch die Verweildauer im Krankenhaus so verkürzt, dass die Grundlage für eine Krankenhausverkürzungspflege weitgehend bis gänzlich entfallen ist. Darauf weist der vorliegende Gesetzentwurf zu Recht hin. Durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) gibt es kaum noch Fälle von Krankenhausvermeidungspflege. Die Regelungen des § 37 Abs. 1 SGB V laufen daher faktisch ins Leere. Dennoch ist gerade die Verkürzung der Verweildauer und eine entsprechende frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus Grund für das Entstehen einer Versorgungslücke im Übergang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich. Diese Versorgungslücke bezieht sich auf die Phase der Krankenhaushausnachpflege.

Eine vergleichbare Versorgungslücke entsteht auch durch die zunehmende Verlagerung von Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung, die im Grundsatz aus Patientensicht sehr zu begrüßen ist, führt in der Praxis dazu, dass Patienten/innen nach ambulanten Operationen nach Hause entlassen werden, sich aufgrund des Eingriffs jedoch nicht selbst pflegen und versorgen können. Vergleichbare Konstellationen treten aufgrund von aufwendigen ambulanten Behandlungen mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. nach einer Chemotherapie, auf. Auch in diesem Fall sind die Patienten/innen in der selbstständigen Bewältigung der Alltagserfordernisse sowie in ihrer Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Sie bedürfen der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung - je nach Einzelfall. Wenn die Versicherten keine entsprechende Unterstützung durch Familienangehörige, Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn haben oder sich den Einkauf entsprechender Dienstleistungen finanziell nicht leisten können, tritt Unterversorgung ein. Diese Situation tritt vor allem bei Menschen, die in Singlehaushalten leben, ein. Betroffen sind auch ältere Menschen in Paarhaushalten, sofern der nicht in Behandlung befindliche Partner die entstandene Lücke aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen nicht kompensieren kann.

§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) wird, wie folgt, erweitert:

*„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.“*

## **2.2 Ambulante Versorgungslücke bei Haushaltshilfe nach § 38 SGB V**

Nach § 38 Abs.1 SGB V gewähren die Krankenkassen Haushaltshilfe als Pflichtleistung nur bei stationärer Krankenbehandlung. § 38 Abs.2 SGB V definiert diese Leistung bei ambulanter und teilstationärer Behandlung als „Kann-Leistung“, deren Ausgestaltung der Satzung der jeweiligen Krankenkasse obliegt. Insbesondere in den letzten Jahren haben verschiedene Krankenkassen diese Leistung gekürzt. Ein Beispiel für eine aktuelle Kürzung ist die der Barmer/GEK von 12 auf 3 Monate in diesem Jahr.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ prägt seit mehr als drei Jahrzehnten die Sozial- und Gesundheitspolitik. Er initiiert(e) einen Prozess der Verlagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell die Akzentverschiebung in Richtung auf eine prioritär ambulante Versorgung hin. Diese Entwicklung hat (inzwischen) einen breiten gesellschaftlichen Konsens, der durch den ökonomischen Druck in den Sozialversicherungssystemen unterstützt wird. Die Weiterentwicklung der ambulanten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte jedoch nicht im notwendigen Umfang. Gegenwärtig zählt die Haushaltshilfe nach § 38 SGB V bei der ambulanten und teilstationären Behandlung nur zu den Satzungsleistungen/freiwilligen Leistungen der Krankenkassen, aber nicht zu den Regelleistungen. Damit bestimmt die Satzung der jeweiligen Krankenkasse, ob den Versicherten Leistungen der Haushaltshilfe über den gesetzlichen Anspruch hinaus bewilligt werden. Die Satzungsleistungen variieren unter den Krankenkassen in Bezug auf Dauer und Umfang der Leistung Haushaltshilfe sowie im Hinblick auf das Genehmigungsverhalten und die Vergütungshöhen.

Die Leistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V gewinnen seit Jahren gegenüber den Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V an Bedeutung. Da die Krankenbehandlung zunehmend in teilstationären oder ambulanten Settings erfolgt, stehen viele Versicherte vor dem Problem, dass sie keinen oder nur einen reduzierten Anspruch auf Haushaltshilfe haben. Wenn sie wegen derselben Behandlung stationär aufgenommen würden, hätten sie einen vollständigen gesetzlichen Anspruch auf die Leistungen Haushaltshilfe.

Ein Beispiel hierfür ist Chemotherapie bei Krebserkrankungen der Mutter/der haushaltsführenden Person. Die betroffenen Familien sind aber auch bei anderen langwierigen und schweren Erkrankungen, wie z. B. Multipler Sklerose oder psychischen Erkrankungen, oft für längere Zeiträume auf die Begleitung und Unterstützung durch Familienpflegedienste/Haushaltshilfen angewiesen. In den letzten Jahren wurde die Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V von immer mehr Krankenkassen gekürzt. Dazu kommt eine sehr restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Im Einzelfall wird häufig nicht der vom Arzt/von der Ärztin verordnete notwendige Leistungsumfang, sondern eine reduzierte Stundenzahl und Dauer gewährt. Besonders betroffen von solchen Maßnahmen sind Mehrkindfamilien oder Familien mit Kleinkindern, die in einer medizinisch und psycho-sozial schwierigen Situation dringend auf eine verlässliche Versorgung angewiesen sind.

Die Krankenkassen sollten auch in den Situationen, in denen sich die haushaltsführende Person zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung nicht bewältigen kann, zur Leistung verpflichtet sein. Nur dann ist der Behandlungserfolg der ärztlichen Behandlung gesichert. Um die Versorgungslücke bei der Haushaltshilfe bei der ambulanten und teilstationären Behandlung der kranken Mutter bzw. des kranken Vaters zu schließen, muss auch die ambulante und teilstationäre Versorgung verpflichtend leistungsauslösend werden.

Änderungsantrag 8 sieht nun vor, die Satzungsleistungen für eine Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V von einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung zu überführen. Diese Regelung stellt zwar eine Verbesserung gegenüber der bisherigen Regelung dar, da die „Soll“-Regelung das Ermessen der Krankenkassen in diesem Bereich stärker einschränkt. Der Regelungsbereich von § 38 Abs. 2 bleibt jedoch mit der Nennung „in anderen als den in Absatz 2 genannten Fällen“ weiterhin offen und ist nicht geeignet, die sog. „ambulante“ Versorgungslücke zu schließen, die nach Krankenhausaufenthalt, bei ambulanter Operation oder einer längeren ambulanten Therapie entsteht.

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. Das Diakonische Werk der EKD e. V. spricht sich daher dafür aus, in § 38 Abs. 2 statt einer „Kann“- oder „Soll“-Leistung eine Pflichtleistung für die Dauer von drei Monaten bei der ambulanten Behandlung gesetzlich zu verankern. Die neue Pflichtleistung soll für mindestens eine Dauer von insgesamt drei Monaten je Kalenderjahr gewährt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen nach § 38 Abs. 2 SGB V weiterhin die Möglichkeit haben, in ihrer Satzung weitergehende Leistungen zu gewähren, z. B. durch Ausdehnung der maximalen Leistungsdauer oder bei der Festlegung der berücksichtigungsfähigen Altersgrenze für das im Haushalt lebende Kind.

Der Bundesrat hat ebenfalls einen entsprechenden Beschluss gefasst (Drs. 456/1/11, Artikel 1 Nr. 7a neu). Diesen unterstützt das Diakonische Werk der EKD e.V. nachdrücklich und schließt sich dem Vorschlag des Bundesrats an.



Deshalb schlagen wir vor, § 38 Abs.1a neu ins Gesetz aufzunehmen und § 38 Abs.2 wie folgt zu fassen:

*„Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen einer ambulanten Krankenbehandlung 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. Der Anspruch besteht für drei Monate in jedem Krankheitsfall im jeweiligen Kalenderjahr.“*

§ 38 Abs. 2 SGB V soll lauten:

„Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 und 3 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.“

### **3. Sozialausgleich muss weiterhin durch den Bund finanziert werden.**

Neben der Evaluation der Maßnahmen nach § 85 und § 87a Abs. 2 Satz 3 im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen sollen auch die finanziellen Auswirkungen überprüft und dabei der Steuerzuschuss zum Sozialausgleich ggf. angepasst werden. Dies ist in der Änderung des § 221b Abs. 2 SGB V vorgesehen (Nr. 67). Dabei ist zu befürchten, dass diese Regelung ein Einfallstor dafür bietet, den solidarischen Ausgleich, der dadurch erfolgt und an dem nicht nur Beitragszahler/innen, sondern alle Bezieher/innen von Einkünften beteiligt sind, zurückzufahren. Dies wird von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ebenfalls so gesehen und in deren Antrag zu Recht kritisiert. Aus Sicht der Diakonie darf das Zurückfahren nicht von dem Ergebnis der Evaluation abhängig gemacht werden. Die Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich müssen davon unabhängig auch in Zukunft geleistet werden.

### **4. Verordnungsfähigkeit von OTC-Präparaten für Menschen mit Behinderung sicherstellen**

In diesem Zusammenhang weisen wir auch auf das Problem der Verordnungsfähigkeit bestimmter rezeptfreier Arzneimittel (OTC-Präparate) gerade für Menschen mit Behinderungen hin. Diese ist eingeschränkt, weil die Präparate beim/bei der „normalen“ Patienten/Patientin nicht als notwendig angesehen werden, die aber gerade für Menschen mit Behinderungen wichtig sind (im Falle von Bettlägerigkeit, bei Rollstuhlfahrer/innen).

Vor diesem Hintergrund sollte § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V folgendermaßen ergänzt werden:

„(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen *oder Begleiterkrankungen bei schwerwiegenden Behinderungen* als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.“

## **IV. Weitere Maßnahmen des Gesetzes**

### **1. Vorgesehenes Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt wird wirkungslos bleiben, wenn kein leistungsrechtlicher Anspruch besteht (Nr. 2 [§ 11] / Nr. 8 [§ 39] / Nr. 41 [§ 112])**

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Entlassmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung zu konkretisieren (§ 39 Abs. 1 SGB V iVm § 112 Abs. 2 SGB V). So soll die Krankenhausbehandlung künftig auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung umfassen.

Aus Sicht des Diakonie-Bundesverbandes ist im Bereich der Grundversorgung als Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu beachten, dass die Praxis bei der Entlassung aus dem Krankenhaus verbessert wird.

Der Anspruch auf ein Entlassmanagement besteht an sich auch schon durch die bestehende Regelung in § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V. Es ist fraglich, ob die alleinige Aufnahme dieser Leistung in den Katalog der Leistungen bei Krankenhausbehandlung zu wesentlichen Änderungen bei der unzureichenden Umsetzung der Regelung beitragen wird. Das Diakonische Werk der EKD erachtet es daher für sinnvoll, die Leistungen im

Rahmen des Entlassmanagements zu konkretisieren und dabei die Schnittstellen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und Haushaltshilfe (§ 38 SGB V), zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V (SAPV sowie zur Versorgung mit Arzneimitteln (§ 31 SGB V), Heil- und Hilfsmitteln (§§ 32 und 33 SGB V) konkret im Gesetz zu benennen.

Eine einseitige Verpflichtung der Krankenhäuser halten wir jedoch für unverantwortlich, da die limitierenden Faktoren bei Entlassungen häufig in der ambulanten Versorgung liegen (z. B. Praxisöffnungszeiten, Hausbesuche, Verordnung ambulanter Pflege). Im Übrigen muss eine Refinanzierung der in diesem Zusammenhang auf die Krankenhäuser zukommenden Kosten gewährleistet sein. Ein Versorgungsmanagement kann nur dann wirksam werden, wenn ein entsprechender leistungsrechtlicher Anspruch besteht. Dies ist im Fall der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung so nicht gegeben, wie die Diskussion zur ambulanten Versorgungslücke zeigt.

Die im Entwurf angekündigte Verbesserung des Entlassmanagements wird in der Praxis wirkungslos bleiben, wenn nicht §§ 37 und 38 SGB V derart geändert und die gesetzlichen Leistungsansprüche ausgeweitet werden, dass den Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ausreichend Unterstützung zuteil wird, um ambulant versorgt zu werden. Dies als bloße Satzungsleistung (vgl. oben unter B. III. 1.) zu ermöglichen, genügt einem geordneten Übergang in die ambulante Versorgung nicht.

Dadurch, dass das Entlassmanagement nun als Teil der klinischen Versorgung ausdrücklich definiert wird, werden bestehende Kooperationen, in denen die Überleitung durch ambulante Partner/innen durchgeführt wird, gefährdet.

Gleichzeitig wären die Kliniken verpflichtet, hier künftig Stellen und entsprechend ambulantes Know-how vorzuhalten, das bisher nicht vorhanden sein dürfte. In der Praxis könnte sich dies so auswirken, dass die Kliniken künftig hier eine Finanzierung erhalten, während die tatsächlichen Tätigkeiten nach wie vor - nun ohne die Chance auf Vergütung - durch die Pflegedienste ausgeführt werden. Dies wird darüber hinaus vermutlich auch die Arbeitsgebiete Pflegeberatung und Schulung pflegender Angehöriger betreffen.

## **2. Irritationen bei der Genehmigung von Heilmitteln für einen längeren Zeitraum vorbeugen (Nr. 5 [§ 32])**

Im Gesetzentwurf ist für den neu einzufügenden Abs. 1a des § 32 SGB V vorgesehen, dass die Krankenkassen bei langfristigem Behandlungsbedarf auf Antrag des Versicherten die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigen. Das Nähere soll der Gemeinsame Bundesausschuss regeln. Der Diakonie Bundesverband weist darauf hin, dass diese Regelung etwas missverständlich formuliert ist, da dadurch auch ein generelles und regelmäßiges Genehmigungsverfahren nahegelegt werden könnte, während bei der Neufassung der Heilmittelrichtlinie lediglich ein Lösungsverfahren bei aus Sicht des Versicherten unzureichender Heilmittelverordnung beabsichtigt war. Um Irritationen an dieser Stelle vorzubeugen, sollte in § 32 Abs. 1a SGB V deshalb klargestellt werden, dass damit nicht die Einführung eines generellen Genehmigungsverfahrens für Heilmittelverordnungen bei langfristigem Behandlungsbedarf vorgesehen ist, sondern dass der/die Versicherte im besonderen Bedarfsfall das Recht erhalten soll, auf seinen Antrag hin die Langfristigkeit seines Behandlungsbedarfes durch die Krankenkasse bestätigen zu lassen.

## **3. Einführung einer Schiedsstellenregelung stärkt ambulante Rehabilitation**

### **(Nr. 9 [§ 40]/Nr. 40 [§ 111c])**

Der Gesetzentwurf sieht eine Stärkung der ambulanten Rehabilitation vor. Die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen geschlossen werden. Darüber hinaus wird das für den Bereich der stationären Rehabilitation eingeführte Schiedsverfahren zu den Vergütungsverträgen auch auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt.

Durch die Neufassung des § 40 Abs. 1 SGB V wird die rechtliche Grundlage für die mobile Rehabilitation gefährdet. Die mit dem GKV-WSG ins SGB V aufgenommene Formulierung „durch wohnortnahe Einrichtungen“, durch die mobile Rehabilitationsdienste als Form der ambulanten Rehabilitation rechtlich verantwortet werden, findet sich nun weder im § 40 Abs. 1 noch im § 111 c SGB V. Die Diakonie vermutet, dass es nicht im Sinne des Gesetzgebers liegt, der mobilen Rehabilitation die Rechtsgrundlage zu entziehen und

bittet um Korrektur. Sieschlägt deshalb vor, im § 111c SGB V die mobile Rehabilitation ausdrücklich als Form der ambulanten Rehabilitation zu benennen.

Die Diakonie begrüßt es ausdrücklich, dass die Schiedsstellenregelung des § 111 b SGB V auch für die ambulante Rehabilitation gelten soll und die Bundesregierung damit eine Anregung der Diakonie (vgl. Stellungnahme des Diakonie Bundesverbandes zum Infektionsschutzgesetz vom 02.05.2011) aufnimmt. Wir möchten uns auch hier noch einmal dafür stark machen, die Schiedsstellenregelung nicht im SGB V, sondern im SGB IX zu verankern und verweisen auf die in der o. g. Stellungnahme ausgeführten Argumente. Dies würde zudem als politisches Signal verstanden werden, dass der Gesetzgeber weiterhin den Willen verfolgt, mit dem SGB IX ein einheitliches trägerübergreifendes Recht der Rehabilitation zu schaffen.

Die Diakonie begrüßt es, dass mit dem § 111 c SGB V die Krankenkassen gehalten sind, einheitliche Versorgungsverträge mit den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Die mobile Rehabilitation muss dabei explizit eingeschlossen sein. In § 21 Abs. 1 SGB IX sind die Regelungsinhalte benannt. Um der Klarheit Willen hält es die Diakonie für sinnvoll, dass der § 111 c SGB V ausdrücklich auf den § 21 SGB IX verweist.

OKR Johannes Stockmeier  
Präsident  
11. Oktober 2011