

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(6)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
18.03.2015

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1634
Telefax: +49 30 65211-3634
maria.loheide@diakonie.de

Berlin, 16. März 2015

Stellungnahme der Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband e.V., gemeinsam mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e. V. (DEKV), dem Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit e.V. (EVA) und dem Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drucksache 18/4095)

Die Diakonie Deutschland hat sich als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege, gemeinsam mit ihren Fachverbänden BeB, EVA, GVS und DEKV bereits ausführlich zum Referentenentwurf des geplanten Gesetzes geäußert (s. Stellungnahme vom 7.11.2014). Die aktuelle Stellungnahme zum Gesetzentwurf konzentriert sich deshalb auf vorgenommene Veränderungen des Entwurfstextes, sowie auf diejenigen Themen, für die nach Ansicht der Diakonie weiterhin dringender Änderungsbedarf im Gesetzestext besteht.

1. Zusammenfassende Bewertung des Gesetzentwurfs

Die Diakonie begrüßt ausdrücklich, dass im Gesetzentwurf strukturell wichtige neue Regelungen für die medizinische Rehabilitation (Wiederaufnahme der mobilen Rehabilitation ins SGB V, Klärstellungen zum Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX, Beteiligung der Reha-Leistungserbringer am Entlassmanagement) und für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen (medizinische Behandlungszentren, Vergütung nichtärztlicher Leistungen in Medizinischen Behandlungszentren, Leistungsansprüche auf Zahnprophylaxe) erhalten sind.

Im Hinblick auf die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen und neuen Instrumente zur Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen im Gesundheitssystem (z. B. Innovationsfonds, mehr Gestaltungsspielraum der Kassen bei Selektivverträgen) bleibt die Einschätzung der Diakonie skeptisch. Die grundlegende gesundheitspolitische Tendenz der Bundesregierung, statt ressortübergreifender politischer Willensbildung und Verantwortungsübernahme auf wettbewerblich orientierte Steuerungsmechanismen zu setzen, ist aus Sicht der Diakonie nicht ausreichend, um ein flächendeckend zugängliches, solidarisches Versorgungssystem mit hoher Qualität zu erhalten und zu entwickeln.

Kern von Reformbemühungen muss es sein, die Versorgungsziele und -aufgaben auch auf Bundes- und vor allem Landesebene politisch zu formulieren und zu verantworten. Hierzu würde beispielweise gehören, neben der Allgemeinmedizin auch weitere derzeit unterrepräsentierte Facharztgruppen zu fördern, um Wartezeiten in unterversorgten Regionen abzubauen oder Vergütungssysteme auf der Basis inhaltlicher Versorgungsziele so weiterzuentwickeln, dass Fehlentwicklungen wie Mengenausweitungen vermieden werden. Die Ansätze des Entwurfs, Terminservicestellen einzurichten, um Wartezeiten zu verkürzen oder ein Zweitmeinungsverfahren zur Begrenzung von Mengenausweitungen einzuführen, bewertet die

Diakonie als insgesamt zu symptombezogene Instrumente, die an grundsätzlichen Problemen wenig ändern dürften. Nicht zuletzt ist das Recht auf eine Zweitmeinung bereits jetzt gültig, durch die gesetzlichen Neuerungen sind eher Restriktionen zu befürchten.

Die Ausweitung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser ist aus Sicht der Diakonie angesichts vorhandener Unterversorgung im ambulanten Bereich (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie) sinnvoll, jedoch nur, wenn sie im Zusammenhang mit einer übergeordneten fachlichen Vision steht, wie das Zusammenspiel der Leistungserbringer zukünftig aussehen soll.

Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 13. Mai 2014 sowie auf unsere im letzten Jahr erschienenen „Gesundheitspolitischen Perspektiven der Diakonie 2014“.

2. Bewertung ausgewählter Regelungen des Gesetzentwurfs

Die Diakonie Deutschland nimmt, gemeinsam mit ihren Fachverbänden BeB, DEKV, EVA und GVS, zu einzelnen Themen des Gesetzentwurfs wie folgt Stellung:

- **§ 16 SGB V, Ruhen des Anspruchs, Abs. 3a**

Gesetzentwurf: Mit dem § 16 Abs. 3a werden die Bedingungen für des Ruhen des Anspruchs auf Leistungen der Krankenkasse geändert: Neuerdings soll die Regelung nicht mehr für Versicherte gelten, die hilfebedürftig im Sinne des SGB II und des SGB XII werden.

Bewertung: Die Diakonie begrüßt die Klarstellung im Gesetz, die die gängige Verfahrenspraxis der gesetzlichen Krankenkassen reflektiert. Sie ist jedoch nicht ausreichend und sollte auf alle bedürftigen Personenkreise, nicht nur auf diejenigen, die Leistungen nach SGB II oder XII erhalten, ausgeweitet werden.

Eine Vielzahl von bedürftigen Personen, die durch das „Netz“ von SGB II und XII fallen, sind nach wie vor von der Regelung ausgeschlossen. Dies betrifft beispielsweise Personen, die sich in einer Ausbildung befinden, d. h. die grundsätzlich in den Geltungsbereich des BAföG oder der Berufsausbildungsbeihilfe fallen. Auf Grund der restriktiven Regelungen der genannten Gesetze (z. B. bezüglich des persönlichen Anwendungsbereichs, Altersgrenzen) erhalten sie danach vielfach keine Leistungen und trotz Bedürftigkeit in der Regel auch keine Leistungen nach SGB II oder XII. Gleiches gilt z. B. für grundsätzlich erwerbsfähige Ausländerinnen und Ausländer, die nach § 7 Abs.1 Satz 2 Nr.2 vom Leistungsbezug des SGB II ausgeschlossen sind und wegen der vorhandenen Erwerbsfähigkeit auch keine Leistungen nach SGB XII beziehen können.

Änderungsvorschlag: Es sollte eine entsprechende Ergänzung vorgenommen werden: „*oder bei Versicherten, deren Einkommens- und Vermögensverhältnisse vergleichbar dem SGB XII sind*“.

- **§ 22 SGB V, Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe), neu § 22a: Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen**

Gesetzentwurf: Der Entwurf sieht einen neuen § 22a vor, der besagt, dass Personen die eine Pflegestufe nach SGB XI haben oder Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen haben, d. h. Erhebung zum Mundgesundheitsstatus, Aufklärung über Mundhygiene, Erstellung eines Pflegeplans, Entfernung harter Zahnbelege.

Bewertung: Die neue Regelung wird nachdrücklich als Beitrag zur besseren zahnmedizinischen Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Menschen begrüßt.

- **§ 38 SGB V, Pflichtleistung Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung**

Der Gesetzentwurf nimmt auf diesen Paragraphen keinen Bezug, die Diakonie möchte hiermit jedoch Stellung zu den Äußerungen des Bundesrats nehmen:

Stellungnahme Bundesrat: Der Bundesrat fordert, die bisherige „Soll-Regelung“ zu den Satzungsleistungen der Haushaltshilfe in anderen Fällen als bei stationärer Behandlung nach § 38 Absatz 2 SGB V in eine Pflichtleistung umzuwandeln, die in § 38 Absatz 1 SGB neu geregelt wird. Nach dem konkreten Vorschlag sollen Versicherte auch dann Haushaltshilfe erhalten, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Fortführung des Haushalts wegen akuter schwerer Krankheit oder wegen Verschlimmerung einer Krankheit nicht möglich ist. Die Leistung soll für mindestens 4 Wochen gewährt werden und auf längstens 52 Wochen verlängerbar sein. Leistungsvoraussetzung soll des Weiteren sein, dass ein Kind im Haushalt lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Darüber hinaus kann die Satzung weitergehende Leistungen für weitere Fallkonstellationen nach § 38 Absatz 2 SGB V neu vorsehen.

Bewertung: Die Leistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V gewinnen seit Jahren gegenüber den Leistungen nach § 38 Abs. 1 SGB V an Bedeutung, weil eine zunehmende Anzahl der leistungsauslösenden Behandlungen nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Ein klassisches Beispiel hierfür ist Chemotherapie bei Krebserkrankungen. Aber auch bei anderen langwierigen und schweren Erkrankungen sowie bei chronischen und progredienten weit fortgeschrittenen Erkrankung mit einer begrenzten Lebenserwartung wie z.B. Multipler Sklerose, psychischen Erkrankungen oder Krebsdiagnosen, sind die betroffenen Familien oft für längere Zeiträume auf die Unterstützung und Begleitung durch Haushaltshilfen angewiesen.

Nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift ist die Gestellung der Haushaltshilfe eine begleitende Maßnahme bei der Bekämpfung der Krankheit im Sinne einer akzessorischen Nebenleistung, die eine ambulante Behandlung des Versicherten ermöglicht und seine Genesung unterstützt (vgl. Nolte in *Kassler Kommentar*, § 38 Rn. 2). In den letzten Jahren wurde die Satzungsleistung nach § 38 Abs. 2 SGB V von immer mehr Krankenkassen gekürzt im Hinblick auf die Dauer der Leistungen und die Stundenzahl pro Tag. Dazu kommt eine sehr restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Einzelfall, die häufig nicht den vom Arzt verordneten notwendigen Leistungsumfang, sondern eine reduzierte Stundenzahl 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. Daher soll die Krankenkasse auch in Fällen, in denen die haushaltsführende Person sich zwar zu Hause befindet, aber krankheitsbedingt ihre Aufgaben bei der Versorgung ihrer Kinder und bei der Haushaltsführung aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung nicht bewältigen kann, zur Leistung verpflichtet sein. Nur dann ist der Behandlungserfolg gesichert. Aus diesem Grund muss auch die ambulante Krankenbehandlung verpflichtend leistungsauslösend sein.

Der Vorstoß des Bundesrats, die Haushaltshilfe bei ambulanter Krankenbehandlung zu einer Pflichtleistung zu machen, wird von der Diakonie Deutschland nachdrücklich unterstützt. Er entspricht einer langjährigen Forderung unseres Verbands. Inhaltlich greift der konkrete Vorschlag des Bundesrats jedoch zu kurz, wenn er eine Beschränkung der Pflichtleistung bei ambulanter Behandlung auf schwere Akuterkrankungen bzw. die Verschlimmerung von Akuterkrankungen vorsieht. Gerade bei schweren Erkrankungen sowie teilweise bei progredient verlaufenden Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung, bei denen Einsätze von Haushaltshilfen erforderlich sind, ist der Übergang vom Akutstadium ins Stadium der Chronifizierung oft schwer zu bestimmen. In der Praxis lehnen die Krankenkassen häufig bei schweren Erkrankungen Leistungen ab, mit der Begründung, die Krankheit sei inzwischen nicht mehr akut, sondern bereits chronisch. Gleichzeitig benötigen gerade diese Versicherten und ihre Familienangehörigen die Leistung ganz besonders dringend.

Änderungsvorschlag: Der Vorschlag des Bundesrats wird grundsätzlich unterstützt, jedoch, wie folgt, modifiziert (s. Unterstreichung):

„Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts wegen ambulanter Krankenbehandlung nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 52 Wochen.“

- **§ 39 Abs. 1 a SGB V, Krankenhausbehandlung**

Gesetzentwurf: Durch den neuen § 39 Abs. 1a wird das Entlassmanagement neu geregelt, um Leistungslücken zu schließen. Dazu sollen in einem Entlassplan die Anschlussleistungen festgelegt werden und den Krankenhäusern ein eingeschränktes Ordnungsrecht gegeben werden. Die/der Versicherte erhält einen unmittelbaren Rechtsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf ergänzende Leistungen des Entlassmanagements, Rahmenvorgaben werden auf Bundesebene verhandelt. Im Gesetzentwurf wurde neu die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Krankenhäuser aufgenommen, das Stellungnahmerecht der Apotheker ergänzt und das Widerrufsrecht der Patienten expliziert. Außerdem wurde, entsprechend dem Vorschlag der Diakonie, neu die Beteiligung der Reha-Verbände bei den Rahmenverträgen zum Entlassmanagement ergänzt.

Bewertung: Der Einbezug der Reha-Verbände ist aus Sicht der Diakonie eine Verbesserung der Regelung, die relevante Qualitätsauswirkungen haben dürfte.

Wir unterstützen nachdrücklich den Vorschlag des Bundesrats, wonach neben den Krankenkassen auch die Pflegekassen in das Entlassmanagement einzubeziehen sind. Der Verweis auf § 11 Absatz 4 Satz 4, erster Halbsatz SGB V reicht als gesetzliche Regelungsgrundlage hierbei nicht aus, denn auch beim Versorgungsmanagement führen die betroffenen Leistungserbringer nach dem SGB V die Regie und beziehen die Pflegeeinrichtungen lediglich ein. Die nach dem SGB XI zur Versorgung zugelassenen Pflegeeinrichtungen müssen jedoch direkt in das Versorgungsgeschehen bei der Krankenhausentlassung einbezogen werden, um eine lückenlose Versorgung in den pflegerischen Bereich hinein sicherstellen zu können. So könnten beispielsweise Beratungen und Anleitungen von pflegenden Angehörigen durch Pflegedienste im Rahmen von § 45 SGB XI bereits im Krankenhaus stattfinden.

In vielen Fällen ist eine fallbezogene Koordination von Leistungen in der Überleitung aus dem Krankenhaus in die pflegerische Versorgung der häuslichen Krankenpflege erforderlich. Die fallbezogene Koordination ist jedoch keine Leistung nach der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege. Der Gesetzgeber soll daher in § 11 Absatz 4 SGB XI sicherstellen, dass die fallbezogene Koordination Bestandteil des Versorgungsmanagements wird.

Im Kontext der Regelungen zum Entlassmanagement verweisen wir auf eine ambulante Versorgungslücke, die besonders nach dem Krankenhausaufenthalt häufig entsteht: 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 Über-

gang vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich. Diese Versorgungslücke bezieht sich auf die Phase der Krankenhaushausnachsorge.

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.

Änderungsvorschläge: Neben den vorgenommenen Änderungen sollten die Regelungen auch trägerübergreifend im übergreifenden Recht des SGB IX formuliert werden, da für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehrere Rehabilitationsträger in Betracht kommen. Im § 39 Abs. 1a sollte darauf verwiesen werden.

In der Gesetzesbegründung sollte außerdem darauf hingewiesen werden, dass sich der Verordnungszeitraum automatisch zum Stichtag des Inkrafttretens des Gesetzes in den hier genannten Richtlinien auf bis zu 7 Tage erweitert, um eine zeitnahe und unbürokratische Umsetzung zu gewährleisten.

Die Pflegeeinrichtungen sind direkt in das Entlassmanagement einzubeziehen. Daher müssen neben den Krankenkassen auch die Pflegekassen am Entlassmanagement direkt beteiligt werden. Wir unterstützen den Formulierungsvorschlag des Bundesrats: „Pflegebedürftige Versicherte haben einen entsprechenden Anspruch auch gegenüber der Pflegekasse.“

Die fallbezogene Koordination soll eine Leistung der Häuslichen Krankenpflege werden. Daher schlagen wir vor, § 11 Absatz 4 Satz 1 wie folgt zu erweitern: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung **sowie die fallbezogene Koordination bei der Häuslichen Krankenpflege.**“

Zur Schließung der oben beschriebenen ambulanten Versorgungslücke schlagen wir vor, § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) wie folgt zu erweitern und um zwei Sätze zu ergänzen: 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.*“

- **§ 40 SGB V, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Gesetzentwurf: Die Mobile Rehabilitation wird (wieder) gesetzlich verankert. Zukünftig sollen Versicherte, die eine andere zertifizierte Einrichtung wählen als die von der Krankenkasse bestimmte, unabhängig da-

von, ob ein Versorgungsvertrag besteht, die Mehrkosten zahlen. Dies soll nicht für solche Mehrkosten gelten, die in Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind. Die Krankenkassen haben bei der Bestimmung der Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten nach SGB IX, § 9 zu berücksichtigen. Die neuen Bestimmungen des Entlassmanagements (nach § 39a SGB V) gelten entsprechend, wobei bei dem Rahmenvertrag nach § 39a Abs. 1a die maßgeblichen Leistungserbringerverbände der medizinischen Rehabilitation zu beteiligen sind.

Bewertung: Die gesetzliche Wiederverankerung der Mobilen Rehabilitation wird von der Diakonie ausdrücklich begrüßt. Dadurch wird der Rechtsanspruch der Versicherten deutlich gestärkt. Die Diakonie erwartet, dass nun seitens der Krankenversicherung gemeinsam mit den Leistungserbringern (in Umsetzung auch des § 119 SGB IX) die fachlich und regional in ausreichender Zahl und Qualität erforderlichen mobilen Rehabilitationsdienste zur Verfügung gestellt werden.

Ebenso begrüßt die Diakonie, dass (nach Abs. 2) die Mehrkostenregelung nicht gilt, wenn in Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX die Mehrkosten angemessen sind. Jedoch ist zu befürchten, dass durch die gewählte Formulierung nicht ausreichend Klarheit in der Sache erzeugt wird, da nun die Frage nach der Angemessenheit der Mehrkosten in der Praxis Streitfälle auslösen wird.

Die Klarstellung in Abs. 3, wonach die Entscheidung der Krankenkassen unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX erfolgt, wird auch vor dem Hintergrund zahlreicher Umsetzungsprobleme des § 9 SGB IX begrüßt, ist jedoch aus diakonischer Sicht nicht ausreichend. Mit Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot werden berechnete Wünsche von Versicherten insbesondere zum Ort der Leistungserbringung in der Regel abgewiesen. Urteile des BSG vom 7. Mai 2013 (Az.: B 1 KR 12-12 R, B 1 KR 53/12 R) bestätigen die überragende Bedeutung wirtschaftlicher Erwägungen.

Änderungsvorschläge: Klarstellend schlägt die Diakonie vor, Abs 2 Satz 2 wie folgt zu fassen: „Wählt der Versicherte in Wahrnehmung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX eine andere zertifizierte Einrichtung, so entstehen ihm dadurch keine Mehrkosten; ansonsten hat er die bei Wahl einer anderen zertifizierten Einrichtung dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen“.

Um das Wunsch- und Wahlrecht umzusetzen, sind zusätzlich zur Klarstellung im SGB V Klarstellungen im § 9 SGB IX selbst vorzunehmen. Die BAGFW hat hierzu in ihrem Positionspapier zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation Vorschläge gemacht:

Um die Selbstbestimmungsrechte der Leistungsberechtigten zu verwirklichen, muss klargestellt werden, dass den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten gemäß ihrer persönlichen Lebenssituation, ihrem Alter, ihrem Geschlecht und der Familie sowie der religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse nachzukommen ist, wenn medizinische Gründe dem nicht entgegen stehen. Das Wunsch- und Wahlrecht darf nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung oder durch eine Mehrzahlungsverpflichtung eingeschränkt werden. Hat ein Rehabilitationsträger einen Vertrag mit der Einrichtung bzw. Dienst der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen, muss diese Einrichtung auch von allen Leistungsberechtigten – unabhängig davon, welcher Reha-Träger für die Leistung zuständig ist - gewählt werden können, denn das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nicht begründen, dass Rehabilitationsträger geeignete Leistungserbringer grundsätzlich nicht in die Auswahl einbeziehen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bedeutet, dass Leistungsansprüche effektiv und effizient zu erfüllen sind, es kann sie nicht schmälern. Die Wirtschaftlichkeit ist daher auf den einzelnen Leistungsfall zu beziehen und nicht auf (mögliche) Kostenvorteile, die durch eine Vorauswahl unter den geeigneten Leistungserbringern entstehen könnten.

In § 9 SGB IX Abs. 1 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Wirtschaftlichkeitsgebote werden durch die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts nicht verletzt. Das Wunsch- und Wahlrecht umfasst alle zertifizierten Einrichtungen“.

Da im Bereich der stationären Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V vergleichbare Sachverhalte hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechts, d. h. der Entscheidung zu stationären Vorsorgeeinrichtungen vorliegen, wird

vorgeschlagen, in den § 23 und 24 SGB V dieses ebenfalls zu stärken und einen Verweis auf § 9 SGB IX aufzunehmen („§ 9 SGB IX gilt entsprechend“).

Weitere Änderungsvorschläge: Die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband e.V. und die genannten Fachverbände sehen in zwei weiteren Punkten dringenden Veränderungsbedarf im § 40 SGB V:

- **Ermittlung von Rehabedarf losgelöst von vorheriger ambulanter Krankenbehandlung:** Dem gestuften Verfahren, nachdem die Krankenkasse zunächst ambulante Krankenbehandlung erbringt, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, liegt ein sequentielles Krankheitsverständnis zugrunde, das mit der Realität chronischer Erkrankungen wenig zu tun hat und immer wieder zu einer verspäteten – statt frühzeitigen - Feststellung des Rehabedarfs führen kann. Deshalb ist bei Vorliegen von Anhaltspunkten (vgl. Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, hier: § 10) der Rehabilitationsbedarf unabhängig davon zu ermitteln, ob Leistungen der ambulanten Krankenbehandlungen zur Erreichung der Ziele nach § 11 Abs. 2 erbracht werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der medizinischen Rehabilitation bleibt davon unberührt. Im Sinne des mit dem SGB IX verfolgten Ziels der Konvergenz des Reha-Rechts wird vorgeschlagen, im SGB V eine ähnliche Formulierung wie in § 15 SGB VI zu finden.

Die Diakonie schlägt vor, § 40 Abs. 1 Satz 1 wie folgt zu formulieren:

„Die Krankenkasse erbringt ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.“

- **Leistungsansprüche pflegender Angehöriger stärken:** Wenn der Gesetzgeber und die Gesellschaft insgesamt weiter darauf setzen, den zunehmenden Betreuungs- und Pflegebedarf weitgehend im familiären Kontext durch Angehörige, vor allem Frauen, abzudecken, sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, die Gesundheit der Pflegenden zu erhalten. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen zum Erhalt und ggf. Wiederherstellung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen, u. a. durch stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation, d. h. außerhalb der häuslichen Pflege-/Belastungssituation. Es wird deshalb vorgeschlagen, den Leistungsanspruch von pflegenden Angehörigen nach den §§ 23 und 40 SGB V stärker auszugestalten. Bereits im Pflege-Neu-Ausrichtungs-Gesetz wurde geregelt, dass die Krankenkasse bei Vorsorge und Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigen muss.

Die Diakonie schlägt vor, dass

- (1) der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für diese Zielgruppe aufgehoben wird;
- (2) wie die Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch die Leistungen der medizinischen Vorsorge zu einer „Pflichtleistung“ normiert werden, die bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen von den Krankenkassen zu erbringen sind.

Die von der Diakonie vorgeschlagenen Punkte (2) und (3) sind Klarstellungen, die Rechtssicherheit schaffen; hinsichtlich des Punkts (1) ist zu betonen, dass für die Gruppe der pflegenden Angehörigen, analog zur Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern, für die das gestufte Prinzip aufgehoben ist, die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme immer stationär, d. h. außerhalb der häuslichen Belastungssituation stattfinden können sollte.

- **§ 44 SGB V, Krankengeld , Abs. 4 (neu)**

Gesetzentwurf: Versicherte haben in Zukunft Anspruch auf umfassende Prüfung, Beratung und Hilfestellung hinsichtlich von Leistungen zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit.

Bewertung: Die Diakonie begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, diese Form des Fallmanagements einzuführen. Wir machen jedoch erneut darauf aufmerksam, dass u. a. auch die Rentenversicherung Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbringt.

Änderungsvorschlag: Deshalb sollte auch das diesbezügliche Fallmanagement im SGB IX geregelt werden. Im SGB V sollte darauf verwiesen sowie formuliert werden, dass das Fallmanagement der Krankenkasse auch kurative und weitere Leistungen zu umfassen hat, um die Ziele nach § 11 Abs. 2 zu erreichen.

Mit Sorge hat die Diakonie Deutschland in den letzten beiden Jahren Berichte der Unabhängigen Patientenberatung zur Kenntnis genommen, nach denen sich insbesondere Versicherte mit psychischen Erkrankungen vom Krankengeld-Fallmanagement ihrer Krankenkassen unter Druck gesetzt fühlen. Eine solche Praxis ist völlig unakzeptabel und stellt eine unzulässige Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Bei der Einführung eines neuen Fallmanagements ist deshalb darauf zu achten, dass über Ansprüche der Versicherten auf Leistungen zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit – Leistungen, die bei psychischen Erkrankungen zu wenig zur Verfügung stehen und dringend erforderlich sind – informiert und Unterstützung angeboten werden soll. Es kann nicht darum gehen, berechnete Ansprüche auf Krankengeld abzulehnen.

- **§ 92, Richtlinien des G-BA, Abs. 6a: Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie**

Gesetzentwurf: Der G-BA beschließt bis 20. Juni 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zu psychotherapeutischen Sprechstunden, Förderung von Gruppentherapien und Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Bewertung: Eine Neuregelung der Psychotherapierichtlinien ist seit langem fällig und wurde von der Diakonie in den letzten Jahren immer wieder gefordert. Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, in denen ein rascher Erstkontakt mit qualifizierter Beratung über das bestehende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem ermöglicht und ggf. auch weitervermittelt wird, sind ein Schritt in die richtige Richtung. Auch Anreize für gruppentherapeutische Angebote, sofern diese indiziert und von den Versicherten gewünscht werden, sind aus Sicht der Diakonie zu begrüßen.

Änderungsvorschläge: Ein Schwerpunkt bei der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien sollte die Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit schwer verlaufenden psychischen Erkrankungen sein, zu denen auch chronisch Abhängigkeitserkrankte, die (noch) nicht abstinent leben können, zählen. Solche Behandlungsmöglichkeiten gehen über die klassische Richtlinienpsychotherapie hinaus. Sie müssen eine ggf. langfristige, kontinuierliche therapeutische Begleitung ermöglichen, die aufsuchend erfolgen kann, kurzzeitig intensive Behandlung in akuten Krisen ermöglicht und bei wieder auftretenden Krankheitsphasen kurzfristig eine erneute Unterstützung bereitstellt.

Eine Überarbeitung der Richtlinien sollte auch der Tatsache Rechnung tragen, dass beispielsweise in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, der Altenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe wie auch der Wohnungslosenhilfe ein hoher Anteil an Menschen lebt, die trotz z. T. gravierender psychischer Erkrankungen keinerlei Psychotherapie erhalten.

- **§ 92, Richtlinien des G-BA: neu § 92a: Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den G-BA und §92b: Durchführung der Förderung**

Gesetzentwurf: Insbesondere sektorenübergreifende neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, werden gefördert. Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung muss erfolgen. Antragsteller können Kassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, MVZs, Krankenhäuser, KVen und Patientenorganisationen sein. Neu wurden im Gesetzentwurf als mögliche Antragssteller pharmazeutische Unternehmer und Medizinprodukte-Hersteller und Patientenorganisationen ergänzt. In der Regel ist im Antrag eine Kasse zu beteiligen. Die Mittel für die Versorgungsforschung können an universitäre und nicht- universitäre Forschungseinrichtungen gegeben werden, auch Forschungsvorhaben zur Evaluation und Weiterentwicklung der G-BA Richtlinien können gefördert werden. Ab 2016 stehen jährlich

300 Mio. € zur Verfügung, hälftig aus dem Gesundheitsfonds und den Krankenkassen. Das BMG berichtet dem Bundestag 2020 über die Ergebnisse der Auswertung dieser Förderungen.

Es wird ein Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet, dem Mitglieder der Selbstverwaltungspartner angehören sowie der unparteiische Vorsitzende des G-BA, 2 Vertreter des BMG und 1 Vertreter des BMBF, die Patientenvertretung hat Mitberatungs- und Antragsrecht. Neu im Gesetzentwurf ist die geplante Einrichtung eines Expertenbeirats aus Wissenschaft und Versorgungspraxis, welcher über Schwerpunkte und Förderkriterien festlegt und über Anträge entscheidet. Es wird eine Geschäftsstelle beim G-BA eingerichtet.

Bewertung: Die Förderung von Erforschung und Entwicklung besserer Versorgungsformen sollte zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik sein. Das Gesundheitssystem als lernendes System bedarf einer kontinuierlichen Anpassung an sich ändernde medizinische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Die Diakonie begrüßt deshalb die Einrichtung eines solchen Fonds.

Änderungsvorschläge: Damit durch den Innovationsfonds jedoch tatsächlich zukunftsweisende Forschung stattfinden kann, sollten aus Sicht der Diakonie folgende Akzente gesetzt werden:

- Begriffsklärung „sektorenübergreifend“: Der Innovationsfonds sollte insbesondere solche Vorhaben fördern, die über das SGB V hinausgehen. In vielen Versorgungsbereichen muss die Verzahnung über die enggeführte Schnittstellenbeschreibung ambulant – stationär innerhalb des GKV-Systems hinausgehen, um inhaltlich wirklich Verbesserungen zu erreichen, d. h. es muss SGB übergreifend integriert werden. Dies betrifft besonders einzelne Zielgruppen oder Versorgungsbereiche, wie z. B. ältere multimorbide chronisch kranke Menschen oder die psychiatrische Hilfelandschaft. Die Diakonie schlägt vor, dass ein relevanter Anteil der Fördergelder an Projekte vergeben wird, die Leistungen anderer Sozialgesetzbücher (Eingliederungshilfe, Pflege etc.) einbeziehen. Sinnvoll wäre beispielsweise die Erprobung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation an der Schnittstelle zwischen klinischer Behandlung und gemeindepsychiatrischer Versorgung oder den Transfer psychotherapeutischer Kompetenz bzw. Behandlungsressourcen in die Kinder- und Jugendhilfe und die Gemeindepsychiatrie.
- Damit der Fonds horizonterweiternd wirksam werden kann und auch bisher unterbelichtete Wissensfelder stärker einbezieht, sollte darauf geachtet werden, einen breiten Begriff von Versorgungsforschung zu verwenden. Die Forschungsziele sollten sich nicht auf Institutionen des Gesundheitssystems beschränken, sondern eine **umfassende Public Health Perspektive** verfolgen und beispielsweise soziale Kontextfaktoren von Gesundheit berücksichtigen, z. B. im Sinne einer stärkeren Teilhabeforschung.
- Ähnlich wie im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sollte die Förderung einen **Schwerpunkt auf die Behandlungssituation von benachteiligten Patientengruppen** legen. Soziale Ungleichheit stellt einen relevanten Einflussfaktor für Erkrankungswahrscheinlichkeiten und Lebenserwartung, aber auch Zugang zur Versorgung dar. Durch innovative Versorgungsansätze für benachteiligte Patientengruppen sind deshalb die stärksten Effekte für eine verbesserte Ergebnisqualität des Gesundheitssystems zu erwarten.
- Es ist vorgesehen, dass der Fonds auch ermöglicht, G-BA Richtlinien zu beforschen und zu evaluieren. Unter der Annahme, dass relevantes Versorgungsgeschehen derzeit auch außerhalb bisher entwickelter Richtlinien stattfindet, schlägt die Diakonie vor, den Anteil der Gelder, die hierfür vergeben werden, zu begrenzen (Quotierung).

- **§ 103 SGB V, Zulassungsbeschränkungen**

Gesetzentwurf: Um eine bessere räumliche Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte und eine bessere Steuerung der Versorgung zu erreichen, werden die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung erweitert. Die bisherige „Kann“-Regelung, nach der die Zulassungsausschüsse den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Überversorgten Planungsbereich ablehnen können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, wird in eine „Soll“-Regelung überführt.

Bewertung: Eine solche Regelung kann aus Sicht der Diakonie nur erfolgreich sein, wenn gesichert ist, dass die zugrundeliegende Bedarfsplanung stets aktuell und inhaltlich von den beteiligten Akteuren der Versorgung als sinnvoll angesehen wird. Die Diakonie macht an dieser Stelle auf das Problem aufmerksam, dass im Bereich psychotherapeutischer Behandlungen hier widersprüchliche Reformansätze vorliegen. Trotz des erklärten Anspruchs der Regierung, die Versorgung mit Psychotherapie zu verbessern, droht durch die Änderung des §103 SGB V eine gravierende Verschlechterung. Grund ist eine veraltete und fehlerhafte Bedarfsplanung (zum Bedarf wurde erklärt, was an einem bestimmten Stichtag an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen vorhanden war). Eine sorgfältige Bedarfsplanung muss die Veränderungen in der Morbidität, demographische Entwicklungen sowie die Vorgaben einer leitliniengerechten Behandlung berücksichtigen, um zu aussagekräftigen Zahlen zu kommen. Die bereits vorliegenden Daten machen allerdings schon heute deutlich, dass eine vermeintliche Überversorgung mit psychotherapeutischen Praxen faktisch nicht besteht.

Änderungsvorschlag: Die Diakonie drängt darauf, sicherzustellen, dass vor der Schließung von Kassensitzen überprüft wird, dass tatsächlich die existierenden Versorgungsbedarfe berücksichtigt wurden.

Eine weitere Versorgungslücke sieht die Diakonie Deutschland in der wohnortnahen ambulanten Versorgung von Menschen mit chronisch und schwer verlaufenden psychischen Erkrankungen insbesondere auch in ländlichen Gegenden.

Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für Menschen, die wegen Art, Schwere oder Dauer oder ihrer Erkrankung eines besonderen Behandlungsangebotes bedürfen bzw. die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden. Psychiatrische Krankenhäuser sind nach geltendem § 118 Abs. 1 SGB V nur dann nach erfolgter Antragstellung im Zulassungsausschuss zur Führung einer Außenstelle einer Psychiatrischen Institutsambulanz berechtigt, wenn eine organisatorische und räumliche Anbindung an die Klinik gegeben ist, d.h. wenn die Psychiatrische Klinik auch stationäre Krankenhausbetten vorhält.

Um eine wohnortnahe ambulante Versorgung, insbesondere auch in ländlichen Gegenden zu gewährleisten, schlägt die Diakonie Deutschland deshalb vor, den § 118 SGB V dahingehend zu ändern, dass auch dann Außenstellen der Psychiatrischen Institutsambulanzen eingerichtet werden können, wenn vor Ort keine psychiatrischen Betten vorgehalten werden und eine wohnortnahe Versorgung durch Niedergelassene nicht gewährleistet ist.

- **§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Gesetzentwurf: Das Versorgungsstärkungsgesetz schafft die rechtlichen Voraussetzungen für eine Evaluation der Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 und 2 SGB V. Der Evaluierungszeitraum wurde um ein Jahr verlängert. Zusätzlich sind KVen, Kranken- und Pflegekassen zukünftig über ihre Spitzenverbände zur Übermittlung der notwendigen Daten zur Evaluation verpflichtet.

Bewertung: Die ärztliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen ist unverändert schwierig. Aufgrund von Verzögerungen bei den Vereinbarungen der Spitzenverbände zu den Anforderungen an die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, sind bisher kaum Vertragsabschlüsse zu verzeichnen. Die Verlängerung der Evaluationsphase ist deshalb sinnvoll.

Zusätzlich wiederholt die Diakonie die bereits bekannten Forderungen, dass Verträge zur ärztlichen Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen nur dann attraktiv sind, und damit eine höhere Zahl von Vertragsabschlüssen erreicht werden kann, wenn geeignete Anreizstrukturen geschaffen werden (verpflichtende Vergütungszuschläge für Vertragsärzte). Ein weiteres Hemmnis ist derzeit die nicht eindeutig zugeordnete Sicherstellung für die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Es muss deshalb klargestellt werden, dass der Sicherstellungsauftrag auch die ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen umfasst.

Änderungsvorschläge: Die Diakonie fordert, die „Kann“-Regelung des Vergütungszuschlags nach § 87a Absatz 2 Satz 3 in eine „Muss“-Regelung umzuwandeln.

§ 119b Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren: *„Vertragsärztliche Leistungserbringer können mit stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. § 75 Absatz 1 gilt entsprechend.“*

Infolge sind in § 119 b Absatz 1 die Sätze 3 und 4 zu streichen: Die Ermächtigung der Pflegeeinrichtung zur Anstellung eines Heimarztes oder einer Heimgärtin entfällt für den Fall, dass ein Vertragsabschluss nicht zustande kommt.

- **§ 119c SGB V, Medizinische Behandlungszentren**

Gesetzentwurf: Der Entwurf sieht vor, dass Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung dieser Personengruppe ermächtigt werden können. Sie müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Die Zentren sollen auf die Personen fokussiert sein, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die dortige ambulante Behandlung angewiesen sind. Die Zentren sollen mit anderen Ärzten, der Eingliederungshilfe und dem öffentlichen Gesundheitsdienst kooperieren.

Bewertung: Die Einführung eines neuen § 119c SGB V ist mit großem Nachdruck zu begrüßen. Diese gesetzgeberische Absicht entspricht einer langjährigen Forderung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung.

Änderungsvorschläge: Die Diakonie wiederholt folgende Konkretisierungsvorschläge:

- Anstelle des Begriffs *Medizinische Behandlungszentren* sollte der Begriff *Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen* verwendet werden, um die notwendige Breite des fachlichen Angebotes (z. B. Diagnostik, Assessments, sozialmedizinische Beratung, Behandlungs- und Bewältigungsempfehlungen, Zweitmeinung, usw.) nicht zu gefährden.
- Personen mit schweren körperlichen Behinderungen sollten als Zielgruppen mit aufgenommen werden.
Formulierungsvorschlag: *„Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Körper- oder Mehrfachbehinderungen...“*. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass das Angebot auch für Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen ohne eine geistige Behinderung (ICD-10: Intelligenzminderung) vorgesehen ist.
- In der Gesetzesbegründung (S. 107 des RefE vom 21. Oktober 2014) heißt es: *„...Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 nicht mehr in Anspruch nehmen können, gewährleisten...“*
Diese Formulierung könnte dahin missverstanden werden, dass ausschließlich solche Erwachsene durch die Zentren behandelt werden sollen, die als Kinder oder Jugendliche vorher in einem SPZ behandelt worden sind. Diese Engführung ist keinesfalls zu akzeptieren.

- **§ 120 SGB V, Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

Gesetzentwurf: Zukünftig sollen auch die Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderungen (und Hochschulambulanzen) pauschaliert vergütet werden können.

Bewertung: Die Einbeziehung der Zentren in die Finanzierung durch Pauschalen ist zu begrüßen. Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsweise ist ohne Finanzierung durch Pauschalen nicht sicher-

zustellen. Diese gesetzgeberische Absicht entspricht einer langjährigen Forderung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung.

Änderungsvorschlag: In der Gesetzesbegründung sollte deutlich gemacht werden, dass, wie bei den SPZ, die Vergütung pauschaliert werden sollte.

- **§ 43b: Nichtärztliche Leistungen in Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderungen**

Gesetzentwurf: Hier wurde neu ein Paragraph aufgenommen, der die nichtärztlichen Leistungen in medizinischen Behandlungszentren regelt.

Bewertung: Diese Neuerung wird ausdrücklich begrüßt.

- **§ 132 SGB V, Versorgung mit Haushaltshilfe**

Gesetzentwurf: Der Referentenentwurf sieht die Neufassung von § 132 Abs. 1 vor. Die Krankenkassen werden zukünftig verpflichtet, über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen zur Versorgung mit Haushaltshilfe zu schließen. Zusätzlich wird ein Konfliktlösungsmechanismus eingeführt in Form einer Schiedsperson analog zu den Regelungen zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V.

Bewertung: Die vorgesehene Schiedsperson-Lösung entspricht einer langjährigen und offensiv vertretenen Forderung der Diakonie.

Durch die vorgesehene Neufassung von § 132 Abs. 1 wird der gestiegenen Bedeutung der Haushaltshilfe bzw. der Unterstützung durch Familienpflegedienste nach dem SGB V Rechnung getragen. In einer familiären Notlage wie Krankheit, Suchterkrankung oder Überlastung eines Elternteils, bei Risikoschwangerschaft, nach Entbindung oder Tod eines Elternteils, kann eine Familie vorübergehend eine ambulante Unterstützung durch einen Familienpflegedienst in Anspruch nehmen. Die Unterstützung besteht in einer Art „Vertretung“ der erkrankten oder aus anderen Gründen ausgefallenen Person, die die Betreuung und Versorgung der im Haushalt lebenden Kinder sowie die Haushaltsführung übernimmt. Zu dieser Leistung gehört beispielsweise die Versorgung und altersgemäße Tagesstrukturierung von Kindern, die Zubereitung der Mahlzeiten für die Familie, Gesundheitsvorsorge und Körperpflege des Kindes, Einkauf und hauswirtschaftliche Versorgung, Unterstützung/Vertretung der Eltern bei der Beaufsichtigung des Kindes und elterlichen Erziehungsaufgaben, wie z. B. Gewährleistung des Schulbesuchs, altersentsprechende Freizeitgestaltung u.v.m. Das Krankenversicherungsrecht bezeichnet diese Form der Unterstützung als Haushaltshilfe und regelt die Leistungsvoraussetzungen im § 38 SGB V. Von ihrer Rechtsnatur her ist die Haushaltshilfe keine eigenständige Leistung, sondern eine sogenannte akzessorische Nebenleistung, d. h. sie hängt mit der Hauptleistung, wie beispielsweise einer Krankenhausbehandlung, zusammen. Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt nach ärztlicher Attestierung bei Vorliegen des Rechtsanspruchs des Versicherten die Kosten für diese Unterstützung.

Diese Leistungsentgelte werden zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Wohlfahrtsverbänden auf Länderebene verhandelt. Die Vergütungen für die Fachkräfteeinsätze zur Gewährung von Haushaltshilfe sind nicht mehr leistungsgerecht und kostendeckend. Da es in diesem Leistungsbereich – im Unterschied etwa zur häuslichen Krankenpflege des § 37 SGB V – keinen Konfliktlösungsmechanismus gibt, können Verhandlungskonflikte nicht beigelegt und Vergütungsvereinbarungen nicht geschlossen werden.

Wir begrüßen daher nachdrücklich, dass der Gesetzgeber für die Verträge zur Versorgung mit Haushaltshilfen nun die Einführung eines Schiedsverfahrens analog zur häuslichen Krankenpflege nach § 132a vorsieht. Die vorgesehene Formulierung entspricht den Vorschlägen der Diakonie.

Neben der Schiedspersonenregelung bedarf es nach Auffassung der Diakonie zusätzlich der Festlegung eines angemessenen Maßstabs für die Vergütungen in der Haushaltshilfe.

Die Vertragspartner haben beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zu beachten, dass die GKV nicht mehr ausgibt, als sie einnimmt. Am gesamten Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung fällt der Anteil der Ausgaben für gestellte Haushaltshilfen kaum ins Gewicht. In den Übersichten zur Ausgabenentwicklung wird er nicht einmal separat ausgewiesen, sondern mit der häuslichen Krankenpflege zusammengefasst. So belief sich der Anteil der häuslichen Krankenpflege (und gestellter Haushaltshilfe in unbekannter Höhe) 2011 auf 2,09 % der Gesamtausgaben in der GKV. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragsatzserhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt auch die Diakonie grundsätzlich mit.

Gleichzeitig muss es Leistungserbringern möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und entsprechend des Maßes des Notwendigen zu erbringen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Medizinisch notwendig und zweckmäßig ist eine Leistung immer dann, wenn sie vom Vertragsarzt verordnet wird. Dieses Kriterium ist für die Haushaltshilfe gegeben, da sie stets vom Arzt verordnet wird. Weiterhin muss die Leistungsvergütung angemessen sein. Als Maßstab für die angemessene Höhe der Erstattung bietet sich der Betrag an, den der Versicherungsträger aufzuwenden hätte, stellte er die Fachkraft selbst. Wenn der Versicherte sich Angestellter caritativer Verbände oder Einrichtungen bedient, die derartige Aufgaben berufsmäßig wahrnehmen, erübrigen sich solche Ermittlungen. Denn dann ist davon auszugehen, dass diese Einrichtungen ihre Angestellten tarifmäßig bzw. ortsüblich entlohnen. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde gerade im Pflegestärkungsgesetz I in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert. Er ist entsprechend auch in § 132 zu ergänzen.

Änderungsvorschlag: § 132 Abs.1 ist wie folgt zu fassen:

„Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.“

- **§ 132b Versorgung mit Psychotherapie**

Gesetzentwurf: Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Psychotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Bewertung: Obwohl Psychotherapie bereits im Jahr 2000 als Leistung eingeführt wurde, wird sie bisher kaum angeboten. Die mangelnde Umsetzung liegt u.a. in der restriktiven Zulassung möglicher Leistungsanbieter durch die Krankenkassen sowie die nicht auskömmliche Finanzierung. Ein Schiedsverfahren wür-

de die Möglichkeit eröffnen, eine Leistung für schwer psychisch kranke Menschen so zu vergüten, dass Leistungserbringer auch in der Lage sind, entsprechende Angebote flächendeckend vorzuhalten.

Änderungsvorschlag: § 132b ist, analog zum Änderungsvorschlag der Diakonie zu §132 Versorgung mit Haushaltshilfe, wie folgt zu fassen:

„§ 132b Versorgung mit Soziotherapie

Über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Soziotherapie schließen die Krankenkassen Verträge mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Vertrag schließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen.“

Zusätzlich fordert die Diakonie, dass es eine Möglichkeit geben sollte, als Landesverband oder als LIGA Rahmenverträge abzuschließen, so dass nicht jeder einzelne Dienst in Verhandlungen treten muss.

- **§ 140a SGB V, Besondere Versorgung**

Gesetzentwurf: Der Entwurf sieht eine Neufassung des § 140a vor, mit der die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und Bürokratie abgebaut werden soll (Verträge müssen nicht mehr sektorenübergreifend angelegt sein, besondere Versorgungsaufträge müssen nicht mehr definiert werden, zusätzliche Streichung von Normen ohne Regelungsgehalt). Die bisher gesondert geregelten Vertragsmöglichkeiten zu Strukturverträgen nach § 73a und besonderer ärztlicher Versorgung (§ 73c) werden neu im § 140a zusammengeführt. Klargestellt wird außerdem der zulässige Leistungsumfang, der über den in der GKV geregelten Leistungsumfang hinausgehen darf, z. B. Satzungsleistungen, Leistungen der Früherkennung, der Soziotherapie, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder innovative Leistungen, die noch nicht in die Regelversorgung eingegangen sind. Nicht Gegenstand der Verträge dürfen z. B. Leistungen sein, die bereits vom G-BA ablehnend bewertet wurden. Mindeststandards der Regelversorgung müssen eingehalten werden. Außerdem wird klargestellt, dass Verträge auch für reine Organisationsleistungen geschlossen werden dürfen (Managementverträge).

Bewertung: Angesichts der bisher nicht befriedigenden Gesetzgebung zur Förderung integrierter Versorgungsformen sind neue gesetzgeberische Bemühungen zur Förderung umfassenderer Kooperationen im Gesundheitssystem grundsätzlich zu begrüßen.

An dem bestehenden gesundheitspolitischen Ansatz, solche neuen Versorgungsformen durch Selektivverträge zu entwickeln, kritisiert die Diakonie jedoch,

- dass a) bisher nicht in gewünschter Weise Verträge für diejenigen Patientengruppen zustande gekommen sind, die davon am meisten profitieren würden (insbesondere populationsbezogene Verträge für chronisch Kranke mit komplexen Bedarfen). Ein Großteil der vorhandenen Verträge konzentriert sich weiterhin indikationsbezogen auf Nachbehandlungen nach chirurgischen Eingriffen und führt den Begriff „sektorenübergreifender Versorgung“ eng auf die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung.
- dass diese b) den Akteuren vor Ort die Wahrnehmung einer umfassenden populationsbezogenen Versorgungsverantwortung eher erschweren (z. B. Ungleichbehandlung von Patienten durch kasenzugehörigen unterschiedliche Pfade/Akteure), und

- dass sie c) auch bei Erfolg nicht in die Regelversorgung integriert werden. Eine Ausweitung der selektivvertraglich geregelten Versorgung würde regional nicht zu einer Vernetzung der Versorgung, sondern eher zu einer Zersplitterung führen.
- Außerdem ist d) aufgrund unzureichend vorliegender Daten die Wirksamkeit vorhandener selektiver Versorgungsverträge nach wie vor unbewiesen.

Ein problematisches Beispiel für ethisch fragwürdige Effekte von Selektivverträgen ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit SAPV-Leistungen obliegt gegenwärtig den Krankenkassen. SAPV-Verträge werden einzeln zwischen geeigneten Leistungserbringern und den Krankenkassen als Selektivverträge abgeschlossen. Der Abschluss der Verträge wird in das Ermessen der Krankenkassen gestellt, denn sie müssen Verträge nur schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Die Diakonie hält dieses Konstrukt nicht für sachgerecht. Die SAPV soll nicht dem Wettbewerb von Selektivverträgen unterworfen sein. Erforderlich sind krankenkassenübergreifende Verträge mit einer obligatorischen Einbindung der privaten Krankenversicherer in den Bundesländern bzw. in den jeweiligen Regionen. Einzelverträge sind aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht sinnvoll. Die Wahlfreiheit der Versicherten muss gewährleistet sein. Ähnliches gilt für die bis heute nicht flächendeckend verfügbare Soziotherapie. Eine Ausweitung des Spielraums für Selektivverträge wird aus diakonischer Sicht deshalb als problematisch bewertet.

In Bezug auf die aktuell vorliegende Neufassung des § 140a wird positiv bewertet, dass durch den Abbau bürokratischer Hemmnisse leichter Innovationen angestoßen werden können. Auch die Möglichkeit, rein organisatorische Leistungen vertraglich zu fassen, entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie, die Netzwerkarbeit lokaler Akteure aufzuwerten – sofern hier Organisationsleistungen gemeint sind, die die populationsbezogene und sektoren- und trägerübergreifende Zusammenarbeit stärken. Am aktuellen Entwurf kritisiert die Diakonie, dass die geplante erhöhte Gestaltungsfreiheit der Akteure ohne flankierende politische Visionen und Richtungsentscheidungen, welche Schwerpunkte Selektivverträge zukünftig aufweisen sollten, eine Zunahme von marktlichen Kriterien für Vertragsabschlüsse, zu befördern droht. Bestimmte (finanziell weniger attraktive) Patientengruppen werden so potentiell erneut benachteiligt.

Änderungsvorschlag: Die Diakonie schlägt für die Neufassung der Regelungen für Selektivverträge vor, dass der Gesetzgeber klarer festlegt, welche inhaltlichen Ausdifferenzierungen der Selektivvertragslandschaft zukünftig vorrangig anvisiert werden sollen (z. B. Fokus auf chronisch Kranke mit komplexen Bedarfen). Auch die Behebung der Wissensdefizite über Inhalte und Wirkungen bestehender Verträge durch neue Regelungen zur Gewinnung einer besseren Datengrundlage sollte Gegenstand der Neufassung sein.

Zur Förderung einer flächendeckenden Versorgung mit Soziotherapie und SAPV ist in § 132b SGB V, in § 132c Abs. 1 und in § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V jeweils der Halbsatz „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“ zu streichen.

Zusätzlich möchte die Diakonie auf ein hemmendes Vergütungsproblem hinweisen: Um die Leistungen der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Integrierten Versorgung einbeziehen zu können, hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes seit 2007 in § 92b SGB XI für die Mehraufwendungen, die der Pflegeeinrichtung entstehen, zwar leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen statuiert. Diese sind von den Beteiligten gemeinsam zu vereinbaren und auszuweisen. Es fehlt jedoch an einer entsprechenden Regelung, wonach die Vergütungszuschläge auch von den Pflegekassen zu tragen sind. Nur so ist im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung sichergestellt, dass die leistungsberechtigten Pflegebedürftigen nicht mit den Zuschlägen für den Mehraufwand belastet werden. Da diese Regelung fehlt, läuft § 92b SGB XI in der Praxis weitgehend ins Leere. Die Diakonie fordert daher eine entsprechende Ergänzung in § 92b SGB XI.

Artikel 9 - Änderung des Krankenpflegegesetzes

Gesetzentwurf: Die Ergänzungen im § 4 Abs. 7 Krankenpflegegesetz ermächtigen den G-BA standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung zu entwickeln, die Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation berechtigen, eine heilkundliche Tätigkeit im Sinne der Richtlinien auszuüben. Dies war zuvor Aufgabe der Träger eines Modellvorhabens.

Bewertung: Die Richtlinien des G-BA zu § 63 Abs. 3c SGB V (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufstätige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) vom 20. Oktober 2011) und die entsprechenden Regelungen des SGB V beschreiben die umfangreichen Anforderungen zur Installierung eines Modellvorhabens zur Heilkundeübertragung. Gemäß § 64 Abs. 1 SGB V können Modellvorhaben zwischen Krankenkassen und ihre Verbände und in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer vereinbart werden.

Bisher erscheint die Durchführung von Modellvorhaben nach den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V als komplexes Verfahren mit hohem bürokratischen Aufwand und einem hohen wirtschaftlichen Risiko. Es besteht ein komplexer, oft einzelfallbezogener Regelungsbedarf zwischen den Vertragspartnern, zu dem der Gesetzgeber nur wenige Vorgaben macht. Der Aufwand für alle am Modellprojekt Beteiligten ist hoch, ohne dass unmittelbar erkennbar ist, wie ein Leistungserbringer von einem Modellversuch profitieren kann. Dies begründet, warum es bis heute zu keinem Modellvorhaben § 63 Abs. 3c SGB V gekommen ist.

Ein durch den G-BA ausgearbeitetes Curriculum entlastet die Träger eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3c SGB V. Es bleiben aber weitere umfangreiche Regelungsbedarfe zwischen den Vertragspartnern für einen Modellversuch bestehen. Die Änderungen im Krankenpflegegesetz verändern das Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Nutzen zwar, es darf aber bezweifelt werden, ob dieser Schritt in die richtige Richtung ausreichend ist, um Modellvorhaben anzustoßen.

Die Diakonie macht darauf aufmerksam, dass die durch das Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG vorgesehenen Änderungen in § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes entsprechend in § 4 Absatz 7 AltPflG übernommen werden müssen.

Berlin, den 16.03.2015

Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik