

**Referentenentwurf: Gesetz zur Stärkung der  
Versorgung in der gesetzlichen Krankenversi-  
cherung  
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG)**

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, 7. November 2014

**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 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Diakonie Deutschland nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege, gemeinsam mit ihren Fachverbänden BeB, EVA, GVS und DEKV – der sich zu einigen krankenhausspezifischen Themen ggfs. noch gesondert äußern wird - wie folgt Stellung:

**1. Zusammenfassende Bewertung des Referentenentwurfs**

Die Diakonie begrüßt die fortgesetzten Bemühungen der Bundesregierung, die Versorgungsstrukturen und -qualität innerhalb des Gesundheitssystems zu verbessern und sicherzustellen. Insbesondere die Schwerpunkte des Gesetzentwurfs, den Zugang zur Versorgung für alle Menschen flächendeckend zu verbessern, die Versorgung noch stärker sektorenübergreifend zu gestalten, und den lokal Verantwortlichen mehr Gestaltungsbefugnisse einzuräumen, werden von der Diakonie ausdrücklich unterstützt. Vor diesem Hintergrund werden die konkreten Ansätze des Entwurfs befürwortet, die Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung, auch in der Selbstverwaltung, zu stärken, das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus zu verbessern und die Haushaltshilfe zu fördern, Medizinische Zentren für Menschen mit Behinderungen einzurichten und die Leistungsansprüche auf Zahnprophylaxe bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen auszuweiten.

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) betont die Diakonie erneut, dass wettbewerblich orientierte Steuerungsmechanismen nicht ausreichend sind, um ein flächendeckend zugängliches Versorgungssystem mit hoher Qualität zu erhalten und zu entwickeln.

Kern von Reformbemühungen muss es sein, die Versorgungsziele und -aufgaben auch auf Bundes- und 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 möglicherweise für eine Übergangszeit hilfreich, jedoch insgesamt als zu symptombezogene

Instrumente, die an grundsätzlichen Problemen wenig ändern dürften. Auch 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 in diesem Jahr erschienenen „Gesundheitspolitischen Perspektiven der Diakonie 2014“.

## **2. Bewertung ausgewählter Regelungen des Gesetzentwurfs**

Zu einzelnen Themen des Referentenentwurfs nimmt die Diakonie Deutschland, gemeinsam mit ihren Fachverbänden BeB, DEKV, EVA und GVS, wie folgt Stellung:

### **A. Artikel 1 - Änderungen des Sozialgesetzbuchs V**

#### **• § 16 Ruhen des Anspruchs, Abs. 3a**

**Referentenentwurf:** 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 Zweiten oder Zwölften Buches werden.

**Bewertung:** Die Änderung ist ausweislich der Gesetzesbegründung eine redaktionelle Klarstellung, es wird verwiesen auf die gängige Verfahrenspraxis der gesetzlichen Krankenkassen. Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. 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“ SGB II und XII fallen, wären 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 zum Personenkreis des § 7 Abs.1 Nr. 1 und 2 SGB II gehören, die – bei EU-Ausländern auf Arbeitssuche auf Grund der nach wie vor ungeklärten Rechtslage – in der Regel keine Leistungen nach SGB II und wegen der vorhandenen Erwerbsfähigkeit auch nicht nach SGB XII beziehen.

**Änderungsvorschlag:** Es sollte zumindest 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**

**Referentenentwurf:** 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 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.

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

**Referentenentwurf:** 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.

**Bewertung:** Die Diakonie begrüßt es, dass die Bundesregierung durch Neuregelungen zum Entlassmanagement Leistungslücken zu schließen beabsichtigt. Damit werden Anliegen der Diakonie aufgenommen. Durch die geplante Gesetzänderung wird die Möglichkeit der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie durch den Krankenhausarzt für einen Zeitraum bis zu 7 Tagen eröffnet. Dies ist prinzipiell zu begrüßen. Ihre Finanzierung aus dem Budget des Krankenhauses wird kritisch bewertet. Problematisch ist, dass ein Hinweis auf die Abklärung des Bedarfs von Leistungen zur Teilhabe, ihre Beantragung oder Einleitung als Bestandteil des Entlassmanagements fehlt. Gerade chronisch kranke Menschen und Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sind jedoch oftmals auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angewiesen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sei es stationär, teilstationär, ambulant oder mobil, sind deshalb im Rahmen eines Entlassmanagements zwingend und mit hoher Verbindlichkeit einzubeziehen.

**Änderungsvorschläge:** Da für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mehrere Rehabilitations-träger in Betracht kommen, sind trägerübergreifende Regelungen im übergreifenden Recht des SGB IX zu formulieren, auf die im § 39 Abs. 1a verwiesen werden sollte. Bei komplexen Fällen mit (drohenden) Teilhabeeinschränkungen ist bereits im Krankenhaus ein Bedarfsfeststellungsverfahren einzuleiten oder im Rahmen einer initiierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen (vgl. dazu die Gem. Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Rehaprozess“).

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.

Des Weiteren sollten nach Ansicht der Diakonie die durch den Krankenhausarzt verordneten Leistungen als genehmigt gelten und nicht noch ein zusätzliches Genehmigungsverfahren erforderlich sein, damit das Krankenhausentlassmanagement auch wirklich gelingen kann.

Die gesonderte Finanzierung der durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements zusätzlich verordneten Leistungen, die nicht im DRG-System abgebildet sind und auch nicht abgebildet werden können, ist sicherzustellen.

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

**Referentenentwurf:** Zukünftig sollen Versicherte, die eine andere zertifizierte Einrichtung wählen als die von der Krankenkasse bestimmte, unabhängig davon, ob ein Versorgungsvertrag besteht, die Mehrkosten zahlen.

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.

**Bewertung:** In der Praxis wird das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nicht ausgeweitet, denn die Mehrkostenregelung wird auf die zertifizierten Einrichtungen ausgedehnt, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Die Diakonie lehnt die Veränderung als nicht zielführend ab, denn sie löst die Probleme der Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechts nicht.

Schon bislang gilt auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Verantwortung der Krankenkassen das SGB IX. Die Ergänzung in § 40 Abs. 3 stellt die Geltung auch des § 9 SGB IX klar. Die

bisherige Praxis der Umsetzung des § 9 SGB IX ist problematisch. Mit Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot werden berechtigte 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.

**Änderungsvorschlag:** Möchte der Gesetzgeber – aus guten Gründen – dennoch an einem Wunsch- und Wahlrecht festhalten, dann sind 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. 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. Das Wunsch- und Wahlrecht darf nicht durch bloßen Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungserbringung oder durch eine Zuzahlungsverpflichtung eingeschränkt werden.

Da im Bereich der stationären Vorsorge nach §§ 23 und 24 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 und die genannten Fachverbände sehen in drei weiteren Aspekten dringenden Veränderungsbedarf im § 40 SGB V:

- **Ermittlung von Rehabedarf losgelöst von vorheriger ambulanter Behandlung:** 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.

- **Mobile Reha wieder aufnehmen:** Mit dem GKV-WVG wurde die Mobile Rehabilitation zum 1. April 2007 als Form der Erbringung der medizinischen Rehabilitation im SGB V verankert. Dadurch sollte auch Menschen, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatten, flächendeckend medizinische Rehabilitation zugänglich gemacht werden. Durch eine Neuformulierung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes wurde die entsprechende Formulierung im § 40 („durch wohnortnahe Einrichtungen“ gestrichen), in der Gesetzesbegründung gleichwohl die mobile Leistungserbringung nicht ausgeschlossen. In der Praxis hat dies dazu geführt, dass am Willen des Gesetzgebers gezweifelt wurde, die neue Form der Leistungserbringung flächendeckend zu verwirklichen. Die Gelegenheit des GKV-VSG sollte genutzt werden, die mobile Rehabilitation wieder explizit in das SGB V aufzunehmen. Dazu wird vorgeschlagen, § 40 Abs. 1 um den Satz zu ergänzen:  
*„Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante und mobile Rehabilitationsleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht.“*

- **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 Er-

halt 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 zu gestalten. Bereits im Pflege-Neu-Ausrichtungsgesetz wurde geregelt, dass die Krankenkasse bei Vorsorge und Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigen muss.

Die Diakonie schlägt vor, dass

- (1) das gestufte Leistungsprinzip – 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;
- (3) kargestellt wird, dass die Leistungen auch von pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden können, die Angehörige mit einem vergleichbaren Pflege-/Versorgungsaufwand auch ohne Pflegestufe betreuen, z. B. durch die Einbeziehung von Angehörigen, die Versicherte betreuen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie einem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I nach § 45 a SGB XI erreicht.

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 (Krankengeld), Abs. 4 (neu)**

**Referentenentwurf:** 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 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.

- **§ 84 SGB V, Arznei- und Heilmittelerbringung**

**Referentenentwurf:** In Folge des Wegfalls der Richtgrößenvolumina werden im neuen Absatz 6 die Sätze 3 bis 6 aufgehoben. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass es in diesem Zusammenhang keiner Festlegung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln mehr bedarf.

**Bewertung:** Die Diakonie begrüßt den Wegfall der Richtgrößenvolumina. Ebenso wie die nach § 32 Abs. 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf im § 106b Abs. 4 (neu) berücksichtigt wurden, sollte dies auch die Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln gelten.

**Änderungsvorschlag:** Es wird vorgeschlagen, § 106b Abs. 1 zu ergänzen: „*Praxisbesonderheiten bei der Verordnung von Heilmitteln sind zu berücksichtigen*“.

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

**Referentenentwurf:** 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**

**Referentenentwurf:** 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, 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 und 3 Vertreter des BMG, die Patientenvertretung hat Mitberatungs- und Antragsrecht. Der Ausschuss legt Schwerpunkte und Förderkriterien fest und entscheidet über Anträge. 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:

- Der Fonds sollte dezidiert **sektorenübergreifende Ansätze**, insbesondere über das SGB V hinaus, fördern. Das Ziel einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung ist mittlerweile vielfach als zentrales Reformziel formuliert worden, in vielen Versorgungsbereichen muss hier 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 Helfelandschaft. Die Diakonie schlägt vor, dass ein relevanter Anteil der Fördergelder an Projekte vergeben wird, die Leistungen anderer Sozialgesetzbücher (med. Rehabilitation, 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**

**Referentenentwurf:** 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.

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

**Referentenentwurf:** 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 Heimarztin entfällt für den Fall, dass ein Vertragsabschluss nicht zustande kommt.

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

**Referentenentwurf:** 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 Behinderungen.

**Änderungsvorschläge:** Die Diakonie schlägt folgende Konkretisierungen vor:

- 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**

**Referentenentwurf:** 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 sicherzustellen. Diese gesetzgeberische Absicht entspricht einer langjährigen Forderung der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen.

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

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

**Referentenentwurf:** Eine solche Regelung ist bisher nicht vorgesehen.

**Bewertung:** Ohne eine Regelung für nichtärztliche Leistungen in Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderungen, die analog zu den SPZ ausgestaltet ist, ginge der folgende Satz aus der Gesetzesbegründung zu § 120 ins Leere: „Bei den Vergütungsverhandlungen sind wie bei den sozialpädiatrischen Zentren auch die in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Stellen erbrachten nichtärztlichen Leistungen angemessen zu berücksichtigen.“ Auch bleibt sonst offen, um welche anderen Stellen es sich handelt.

**Änderungsvorschlag:** Deshalb schlägt die Diakonie die Einfügung eines § 43c SGB V vor, der die nichtärztlichen Leistungen wie bei den SPZ ausdrücklich leistungsrechtlich absichert. Mindestens aber sollten die medizinischen Zentren im Umfang wie bei den SPZ zur Erstellung eines Behandlungs- und ggf. Teilhabepplans berechtigt sein.

Formulierungsvorschlag: *„Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Koordinations- und Beratungsleistungen sowie auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Körper- und Mehrfachbehinderungen erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, einen Behandlungsplan aufzustellen, den Erfolg der Behandlung zu sichern, an der Erstellung eines umfassenden Teilhabepplanes nach § 10 SGB IX mitzuwirken, eine multiprofessionelle Bestandsaufnahme zu erstellen oder um Ressourcen der Selbsthilfe und der Regelversorgung zu erschließen.“*

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

**Referentenentwurf:** 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, Beitragssatzerhöhungen 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.***“

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

**Referentenentwurf:** 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 kassenbezogen 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.

## **B. Artikel 9 - Änderung des Krankenpflegegesetzes**

**Referentenentwurf:** 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 Berufsunabhängige 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 7. November 2014

Maria Loheide,  
Vorstand Sozialpolitik