

Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014

**Diakonie für kranke
Menschen**

**Für ein solidarisches
und integriertes
Gesundheitswesen**

Inhalt

3	Vorwort	
4	Zusammenfassung	
6	Einleitung: Für ein solidarisches und integriertes Gesundheitswesen	
8	A Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung	
8	1. Für eine zielgerichtete und verbindlichere Gesundheitspolitik	
8	2. Sozialräumliche Koordination und Wettbewerb	
9	3. Solidarischer Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung	
9	4. Neuordnung des Verhältnisses zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung	
10	5. Finanzielle Solidität und Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung	
10	6. Durch soziale Ungleichheit bedingte Zugangsbarrieren zur Krankenversorgung abbauen	
12	B Neuorientierungen in der gesundheitlichen Versorgung: Prävention, Behandlung, Pflege, Rehabilitation, soziale Dienste und informelle Hilfen zusammendenken	
12	1. Koordination der Versorgung in den Sozialräumen	
12	2. Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit fördern	
13	3. Das Gesundheitswesen inklusiv gestalten und behinderungsspezifische Mehrbedarfe anerkennen	
14	4. Patientenrechte weiter ausbauen	
14	5. Selbsthilfe und Selbstorganisation stärken	
15	C Versorgungsstrukturen weiterentwickeln	
15	1. Prävention und Gesundheitsförderung stärken	
16	2. Kurative, präventive und rehabilitative Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen sichern	
16	3. Das Krankenhaus als Baustein der medizinischen Versorgung	
17	4. Das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem und Suchtbehandlungen im Gesundheitssystem weiter entwickeln	
19	5. Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation	
20	6. Häusliche Krankenpflege und Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe weiterentwickeln	
21	7. Palliativmedizinische Versorgung	
22	8. Teilhabechancen verbessern – das trägerübergreifende Teilhaberecht (SGB IX) reformieren	
23	9. Abschließende Bemerkung	
24	Anhang	
	Gesundheitspolitik im Detail: Die Positionen der Diakonie	
27	Impressum	

Vorwort

Die Diakonie setzt sich aus ihrem evangelischen Selbstverständnis heraus für eine Gesellschaft mit einem solidarischen Gesundheitswesen ein, das allen Menschen ein gesundes und möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht, gesundheitliche Ungleichheit verringert und auch Menschen mit komplexen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen gerecht wird. An diesem Maßstab will sie ihre Vorschläge zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung messen lassen.

Hinsichtlich der Grundlagen und Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung plädiert die Diakonie für eine zielgerichtete und eine verbindlichere Gesundheitspolitik und die Begrenzung wettbewerblicher Instrumente. Vor allem argumentiert sie gegen eine Ausweitung des Selektivvertragsrechts, für eine Stärkung des Solidargedankens in einem reformierten Krankenversicherungsmarkt und den Abbau von Zugangsbarrieren zur Krankenversorgung. Die Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen haben ein Ausmaß erreicht, das insbesondere für arme Menschen mit chronischen Erkrankungen beziehungsweise mit Behinderung nicht mehr erträglich ist. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist das Gesundheitswesen zudem inklusiv zu gestalten. Die Bedarfe, die Menschen durch ihre Behinderung entstehen, sind zu decken.

Unser Gesundheitswesen ist in vielen Hinsichten sehr leistungsfähig. Seine als „Versäulung“ bezeichnete Differenzierung in eine Vielzahl von Sektoren und Leistungsträgern mit jeweils eigenen Rechts- und Finanzierungskreisen stellt aber ein

strukturelles Problem dar, dessen Folgen vor allem Menschen mit komplexen Bedarfen erleben. In nahezu allen Handlungsfeldern kommt es unseres Erachtens darauf an, dass Leistungsträger und Leistungserbringer sektorenübergreifende Kooperationen eingehen (können), damit die Bedarfe der Patientinnen und Patienten und nicht Handlungszwänge der Sektoren das Versorgungsgeschehen bestimmen. Der Diakonie ist eine sektoren-, sozialleistungsträger- und berufsgruppenübergreifende Versorgung nicht zuletzt deshalb so wichtig, weil wir der Auffassung sind, dass in einer alternden Gesellschaft – in der chronische Krankheiten das Versorgungsgeschehen bestimmen – neben kurativen auch den präventiven, rehabilitativen und sozialen Dienstleistungen eine neue Bedeutung zukommt.

Damit Patientinnen und Patienten ihre eigenen Interessen gut wahrnehmen können, setzt sich die Diakonie für einen Ausbau der Patientenrechte und der demokratischen Teilhabe im Gesundheitswesen, sowie für die Stärkung der Selbsthilfe und Selbstorganisation der Patienten ein.

Die Diakonie freut sich auf einen lebendigen, fairen und zu einigen Positionen sicherlich kontroversen Austausch mit allen Kräften in Politik, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft, denen an der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems gelegen ist.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

Zusammenfassung

Folgende gesundheitspolitische Anliegen sollen nach Auffassung der Diakonie Deutschland in der 18. Legislaturperiode vorrangig berücksichtigt werden:

- Die Gesundheitspolitik muss stärker als bisher inhaltlich zielgerichtet gestaltet und die Versorgungsstrukturen müssen politisch verantwortet werden. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung in den Ländern, die politisch verantwortete Sicherstellung der Versorgung und eine Reform des Aufsichtswesens sind neben einer Weiterentwicklung der Selbstverwaltung Bausteine dafür. Eine Ausweitung des Selektivvertragswesens wird abgelehnt.
 - Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich als solidarische Versicherung bewährt. Ihre Leistungen sollen auch den Bevölkerungsgruppen, die bislang von ihr ausgeschlossen sind, zugänglich gemacht werden, zum Beispiel auch für Menschen, die ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland leben und für EU-Bürgerinnen und Bürger ohne aktuell nachweisbaren Krankenversicherungsschutz.
 - Der Versichertenkreis derjenigen, die zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen, soll erweitert werden: Die Doppelstruktur von privater und gesetzlicher Krankenversicherung ist nicht länger zu verantworten, für gesetzliche und private Kassen ist ein einheitlicher Versicherungsmarkt zu schaffen (Integration von GKV und PKV) respektive weiterzuentwickeln.
 - Ein Teil der Ausgaben der GKV soll weiter durch Steuerzuschüsse für klar definierte Aufgaben von allgemeinem Interesse getragen werden. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist um einen Pool für kostenintensive Behandlungen zu modifizieren. Zusatzbeiträge lehnt die Diakonie ab. Dem Einbezug anderer Einkommensarten beziehungsweise der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze steht die Diakonie grundsätzlich offen gegenüber. Zusatzbeiträge zu den allgemeinen Beiträgen lehnt die Diakonie ab. Die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist wieder herzustellen.
- Wahltarife, Selbstbehalte und Zusatzleistungen sind keine geeigneten Wettbewerbsparameter.
- Zugangsbarrieren und Nachteile für chronisch kranke Menschen mit niedrigem Einkommen oder definierten Mehrbedarfen sollen in der GKV abgebaut werden. Diese Patientengruppen sollen von Kostenbeteiligungen freigestellt werden. Auch den behinderungsbedingten Mehrbedarf in der Krankenversorgung soll die GKV tragen. Das Gesundheitswesen ist inklusionsfest zu gestalten. Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung sind in die sozialräumliche Versorgungsgestaltung einzubetten.
 - Patientenrechte sind weiter auszubauen. Im Rahmen einer Revision des Patientenrechtegesetzes empfiehlt die Diakonie erneut die Einführung eines Härtefallfonds für Betroffene von Behandlungsfehlern mit unklarer Rechtslage oder bei langwierigem Verfahren.
 - Die Selbsthilfe und Selbstorganisation ist politisch, rechtlich und finanziell zu sichern.
 - Als zentrale Herausforderung sieht die Diakonie den Ausbau von sektorenübergreifend – über das SGB V hinaus – angelegten Versorgungsstrukturen, die auf der Basis stabiler lokaler Infrastrukturen über Trägergrenzen hinweg und berufsgruppenübergreifend in der Lage sind, insbesondere Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen zu versorgen. Die Versorgung durch gemeinde-nahe Dienste und Einrichtungen ist auszubauen. Dazu sind in einigen Bereichen die Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, zum Beispiel in der häuslichen Krankenpflege und in der Familienpflege. In anderen Bereichen sind die Bedingungen so zu gestalten, dass die Patientinnen und Patienten die Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen können – zum Beispiel durch den Ausbau ambulanter Psychotherapie und Soziotherapie oder durch mobile Rehabilitationsdienste.

- Pflegebedürftigen Menschen sind neben kurativen auch rehabilitativ-teilhabeorientierte und präventive Leistungen besser zugänglicher zu machen. Ausgangspunkt einer nahtlosen trägerübergreifenden Versorgung muss ein umfassendes Assessment sein.
- Durch ein Präventionsgesetz sind die Rahmenbedingungen für eine lebenslageorientierte Prävention – auch angesichts des Anstiegs psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und der hohen Zahl suchtbedingter Arbeitsunfähigkeitstage – zu verbessern.
- Die Krankenhäuser sind wichtige Elemente sektorenübergreifender regionaler Versorgungsverbünde. Ihre Entgelte sind so zu bemessen, dass sie wirtschaftlich arbeiten können, ohne Leistungsausweitungen zu generieren.
- Das psychiatrische Hilfesystem ist weiterzuentwickeln und mehr als bisher an den Prinzipien der Freiwilligkeit, der Selbstbestimmung und der partizipativen Entscheidungsfindung auszurichten. Die Krankenkassen müssen ihrer Sicherstellungsverpflichtung und Strukturverantwortung bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachkommen. Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken (PEPP) ist so zu konzipieren, dass flexible, ambulante und sektorenübergreifende Behandlungen gestärkt und Anreize gegeben werden für eine umfassende Behandlung vulnerabler Patientengruppen.
- Durch eine Reform des Systems der medizinischen Rehabilitation müssen Zugangsbarrieren abgebaut und der wachsende rehabilitative Bedarf der nächsten Jahre durch eine zeitlich befristete Aufhebung der Deckelung des Teilhabebudgets der Rentenversicherung gedeckt werden. Die Mobile Rehabilitation ist flächendeckend aufzubauen.
- Vor dem Hintergrund der Ambulantisierung der gesundheitlichen Versorgung müssen in der häuslichen Krankenpflege das Leistungsrecht angepasst, Richtlinien der häuslichen Krankenpflege aktualisiert, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte erweitert und Vergütungsstrukturen neu justiert werden. In Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe muss ein Leistungsanspruch auch bei einer ambulanten oder teilstationären ärztlichen Behandlung gesetzlich verankert werden.
- Zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sind krankenkassenübergreifende Verträge mit einer obligatorischen Einbindung der privaten Krankenversicherer in den Bundesländern beziehungsweise in den jeweiligen Regionen notwendig.
- Bei der Weiterentwicklung des trägerübergreifenden Teilhaberechts (SGB IX) ist unter anderem die Verwirklichung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten sowie eine ganzheitliche, trägerübergreifende Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung zur Regel zu machen. Rechtliche Klarstellungen sollen der interdisziplinären Komplexleistung Frühförderung zum Durchbruch verhelfen.

Einleitung: Für ein solidarischeres und integriertes Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist in vielen Hinsichten unbestritten leistungsstark aufgestellt. Dennoch sieht die Diakonie Deutschland Reformbedarf. Zum Beginn der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags stellt die Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband gesundheitspolitische Vorschläge zur Debatte. Die Diakonie arbeitet unter anderem für körperlich oder psychisch kranke Menschen, für Menschen mit Behinderung, Menschen in Armut und Wohnungslosigkeit, für benachteiligte Kinder und Jugendliche und für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Grundlage des diakonischen Handelns in Praxis und Politik ist das christliche Menschenbild. Jeder Mensch hat als Gottes Ebenbild eine Würde, die in allen Lebensbezügen unbedingt geachtet werden muss. Jesus Christus begegnet den Menschen im Evangelium als heilende Kraft. Er wendet sich an die in der Gesellschaft Marginalisierten, stiftet Gemeinschaft und möchte, dass sie als Brüder und Schwestern in der Gemeinschaft mitwirken.

Mit den vorliegenden gesundheitspolitischen Positionen, die das Positionspapier der Diakonie aus dem Jahr 2009 fort-schreiben, stellt die Diakonie dar, welche gesundheitspoliti-schen Forderungen vor dem Hintergrund der aktuellen Prob-lemlagen im Gesundheitswesen sowie der Bindung an das Evangelium zu formulieren sind.

Pflegepolitische Fragen und Fragen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung werden im Papier nur in ihren Schnittstellen zu allgemeineren gesundheitspolitischen Themen erörtert. Es soll an dieser Stelle auf die erfolgten oder in Arbeit befindlichen Positionierungen der Diakonie zu Fragen der Pflege und der Teilhabe behinderter Menschen verwiesen werden.

Die Diakonie Deutschland möchte zwei gesundheitspolitische Gedanken voranstellen:

- Aus diakonischer Sicht ist Gesundheit nicht herstellbar, sondern von Voraussetzungen abhängig, die weder der erkrankte Mensch, noch die ihn behandelnden Personen

allein schaffen können. Aber Gesellschaft und Politik können die Bedingungen dafür verbessern, dass Krankheiten vermieden, gelindert oder geheilt werden können und Bedingungen dafür schaffen, dass alle Menschen in der Gestaltung ihres Lebens möglichst frei sein können und weder Nachteile als kranke Menschen noch gar Exklusion, das heißt Ausschluss von der gesellschaftlichen Teilhabe, fürchten müssen.

- Eine an Chancengleichheit und Wohlfahrt aller Bürger ausgerichtete Präventionspolitik soll die Bedingungen für Gesundheit schaffen helfen, sie soll befähigen, aber nicht kontrollieren.
- Unsere Gesellschaft ist durch erhebliche Ungleichheiten in der Einkommens- und Vermögensverteilung, in den Bildungschancen und in weiteren Dimensionen der Lebenslage gekennzeichnet. Auch die gesundheitlichen Chancen sind sehr ungleich verteilt. Gesundheitspolitik muss helfen, die gleichen Gesundheitschancen für alle Menschen zu sichern. Dazu gehört im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auch, dass das Gesundheitswesen die besonderen Bedarfe von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen berücksichtigt, ihre Selbstbestimmung achtet und fördert und dass das Gesundheitswesen inklusiv gestaltet wird. Die Aufgabe, Gesundheit für alle zu ermöglichen, geht zugleich weit über das Gesundheitswesen hinaus und ist als Querschnittsaufgabe einer Politik zu verstehen, die mehr soziale Gerechtigkeit, Teilhabe und Selbstbestimmung verwirklicht.

Die folgenden Reformvorschläge orientieren sich an dem Anliegen, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen, den Solidaritätsgedanken im Gesundheitswesen zu stärken und die Gesundheitspolitik verbindlicher und zielgerichteter zu formulieren (Kapitel A zu den Rahmenbedingungen).

Die Versorgung ist sektoren-, träger- und berufsgruppen-übergreifend zu gestalten und inhaltlich so auszurichten, so dass bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen und

Behinderungen die kurativmedizinische Kompetenz durch psychotherapeutische, pflegerische, rehabilitative und soziale Kompetenzen ergänzt wird. Die Patientinnen und Patienten dürfen nie auf ihre Krankheit reduziert werden, sie sind in ihren lebensweltlichen und biographischen Bezügen wahrzunehmen. Die Selbstbestimmung und Partizipation der Patientinnen und Patienten ist für die Genesung beziehungsweise für ein gutes Leben mit der Erkrankung wesentlich. Ihre

Würde ist stets zu achten. Das Gesundheitssystem ist inklusiv zu gestalten, die Rechte der Patientinnen und Patienten sind weiter auszubauen, die Selbsthilfe ist zu stärken (siehe Kapitel B zur Neuorientierung der Versorgung).

Zu einzelnen Versorgungsbereichen finden sich Überlegungen in Kapitel C des vorliegenden Papiers.

A Grundlagen und Rahmenbedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

1. Für eine zielgerichtete und verbindlichere Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik in Deutschland ist durch die Delegation zahlreicher Aufgaben an die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften auf Bundes- beziehungsweise Landesebene gekennzeichnet. Die Delegation wesentlicher Gestaltungsaufgaben an die Selbstverwaltung bietet die Chance zu fachlich orientierten, ökonomisch sinnvollen und pragmatischen Lösungen. Sie birgt allerdings auch das Risiko, dass Vorgaben des Gesetzgebers nicht zeitnah und sinngemäß umgesetzt werden, während der Gesetzgeber keinen weiteren Handlungsbedarf erkennt. Die Komplexleistung Frühförderung bietet ein anschauliches Beispiel für eine besorgniserregende Diskrepanz zwischen begrüßenswerten Zielsetzungen auf der Ebene der Gesetzgebung und im Ergebnis hochproblematischen Aushandlungs- und Umsetzungsprozessen. Die Diakonie Deutschland plädiert daher dafür, die Leistungsträger verbindlich auf die vom Gesetzgeber beschlossenen Zielsetzungen zu verpflichten und die Umsetzung politisch zu verantworten. Ein Weg hierzu besteht darin, bloß ermöglichende Bestimmungen (Soll- oder Kann-Bestimmungen) durch verpflichtende Bestimmungen zu ersetzen. Durch eine verbindlichere Politik könnten so unter anderem die seit Jahren verschleppte Umsetzung der mobilen Rehabilitation oder der seit Jahren bekannte Stillstand bei der Soziotherapie und der häuslichen Krankenpflege für psychisch erkrankte Menschen überwunden werden.

Eine zielgerichtete und verbindliche Gesundheitspolitik verlangt auf der Basis einer Gesundheitsberichterstattung – und unterstützt durch Public Health-Forschung – eine partizipativ auszugestaltende Bedarfsplanung für eine sektorenübergreifende Versorgung in den Sozialräumen. Die medizinische Versorgung ist durch die Länder politisch zu verantworten, deshalb ist die Bedarfsplanung gemeinsam von Leistungserbringern, Leistungsträgern und den Ländern zu tragen. Eine verbindlichere Gesundheitspolitik verlangt auch, die Aufsichtsfunktion der Bundesländer zu stärken. Ihnen obliegt aus der Sicht der Diakonie Deutschland insbesondere die Aufsicht

darüber, dass in allen Regionen eine bedarfsgerechte Versorgung geleistet werden kann.

Die Träger der medizinischen Rehabilitation müssen gemeinsam in regionalen Arbeitsgemeinschaften ihre Sicherstellungsverantwortung wahrnehmen. Für die medizinische Rehabilitation ist zudem ein Koordinationsmechanismus auf Bundesebene zu schaffen (vergleiche Kapitel C 5 und 8).

Neben der Stärkung der politischen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung ist die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung ein weiteres Element einer die Partizipation ernst nehmenden Gesundheitspolitik. Dazu sind die Sozialwahlen zu revitalisieren, ein wirklicher Austausch zwischen Versicherten und den Mitgliedern der Selbstverwaltung zu schaffen und die Selbstverwaltung als politische Größe neu zu definieren.

2. Sozialräumliche Koordination und Wettbewerb

Aus Sicht der Diakonie hat der Wettbewerb im Gesundheitswesen eine dienende Funktion; die Versorgungsziele und -aufgaben, aber auch Vorgaben für die Erbringung von Leistungen müssen politisch verantwortet und durch Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auf Bundes- beziehungsweise Landesebene beschrieben werden. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und zwischen den Leistungserbringern muss innerhalb einer an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten und politisch verantworteten Sicherstellung erfolgen. Dabei ist unter anderem darauf zu achten, dass Patientengruppen mit komplexen Bedarfen und Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte umfassend versorgt werden.

Aus der Sicht der Diakonie Deutschland sind die Versuche, gute und wirtschaftlich tragfähige Versorgungsstrukturen primär durch einzelwirtschaftliche Anreize zu erreichen – zum Beispiel durch sogenannte die Anschubfinanzierung integrierter

Versorgungsverträge in den Jahren 2004–2008 – eher kritisch zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund plädiert die Diakonie Deutschland für eine Gesundheitspolitik, die Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer nicht durch isolierte ökonomische Anreize steuern will – und damit oft Konkurrenzen zum Nachteil der Patienten bewirkt, sondern verlässliche Rahmenbedingungen für vor allem fachlich motivierte Zusammenarbeit in den verschiedenen Regionen schafft.

Die gegenwärtigen gesetzlichen Möglichkeiten, über – weitgehend auf das SGB V begrenzte – Selektivverträge besser integrierte Leistungen zu erbringen, haben durchaus der Psychiatrie innovative Modelle für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen erbracht. Eine Ausweitung der Spielraums für Selektivverträge wird aus diakonischer Sicht jedoch als problematisch bewertet, da sie a) oftmals nicht gezielt auf Patientengruppen mit den höchsten Bedarfen ausgerichtet sind, b) den Akteuren vor Ort die Wahrnehmung einer umfassenden populationsbezogenen Versorgungsverantwortung eher erschweren (zum Beispiel Ungleichbehandlung von Patienten durch kassenbezogen unterschiedliche Pfade/Akteure) und 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.

Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte als Qualitäts-, aber nicht als Preiswettbewerb zu gestalten. Wahltarife, Selbstbehalte und Zusatzleistungen sind deshalb keine geeigneten Wettbewerbsparameter.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist ein zentrales Element des Ordnungsrahmens für einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen. Um Fehlanreize für die Kassen zur Risikoselektion zu vermindern und die Versorgung auch von Menschen mit seltenen, aber in ihrer Behandlung kostenintensiven Erkrankungen zu sichern, ist der Vorschlag für die Wiedereinrichtung eines Pools für kostenintensive Behandlungen zu prüfen.

3. Solidarischer Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich als solidarische Versicherung, die den medizinischen Bedarf zum großen Teil deckt, bewährt. Trotz Erweiterung der allgemeinen Versicherungspflicht (in den Jahren 2007 beziehungsweise

2009) ist der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht für alle Bevölkerungsteile möglich. Insbesondere schutzbedürftige Personengruppen, die bislang nicht versichert sind, müssen Zugang zur GKV erhalten.

Die Diakonie spricht sich dafür aus,

- dass die allgemeine Krankenversicherungspflicht auch auf diejenigen Personengruppen ausgedehnt wird (zum Beispiel auf Menschen, die Grundsicherung im Alter beziehen), deren Krankenversorgung seit dem 1. April 2007 durch den Sozialhilfeträger finanziert wurde
- dass Selbstständige, insbesondere Ein-Personen-Unternehmer, mit niedrigem oder stark schwankendem Einkommen in der GKV versicherungspflichtig werden. Hier hat sich insbesondere auch die erhebliche Höhe des von den Versicherten zu zahlenden Mindestbeitrags als problematisch erwiesen, der bei schwankendem Einkommen schnell zu Beitrags-schulden und damit einem Ruhen des Krankenversicherungsschutzes und lediglich einer Notversorgung führt
- dass Menschen, die ohne Aufenthaltspapiere in Deutschland leben, und auch EU-Bürgerinnen und Bürger ohne aktuell nachweisbaren Krankenversicherungsschutz, zu Lasten der öffentlichen Hand gesundheitlich ausreichend versorgt werden
- dass das schon im Kontext der Erörterung des Gesetzentwurfes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) unter anderem durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Stellungnahme vom 8. Mai 2013) konstatierte Problem der nachträglichen Beitragszahlungen im Interesse von privat versicherten Kindern so gelöst wird, dass sie in den Genuss des vollen Krankenversicherungsschutzes nach dem SGB V kommen.

4. Neuordnung des Verhältnisses zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre ist die Neuordnung des Verhältnisses zwischen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung. Aus der Sicht der Diakonie stellt sich dabei die politische Aufgabe, die Solidarität zwischen gesunden und kranken sowie zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Bürgerinnen und Bürgern zu stärken. Die Diakonie befürwortet deshalb eine Integration

der Krankenversicherungssysteme und insbesondere eine Ausweitung des Kreises derjenigen Versicherten, die sich an einer solidarischen Finanzierung beteiligen. Der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland hat sich bereits 2011 für eine Reform der Versicherungssysteme ausgesprochen, die einen Wettbewerb der verschiedenen Versicherungsträger in einem gemeinsamen Ordnungsrahmen unter Beibehalt der Grundprinzipien von Risiko- und Einkommenssolidarität garantiert (siehe „Und unsern kranken Nachbarn auch“, Denkschrift zu aktuellen Herausforderungen der Gesundheitspolitik, www.ekd.de/download/denkschrift_gesundheitspolitik2011.pdf).

Eine Integration der Systeme sollte mit Augenmaß unter Sicherung der Rechte aller beteiligten Versichertengruppen erfolgen. Dies beinhaltet die Möglichkeit für bisher privatversicherte Personen, unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in die GKV wechseln zu können. Die Krankenversicherungen sollten einem Kontrahierungszwang unterliegen. Erforderlich sind neben der Regelung gleicher steuer- und vertragsrechtlicher Voraussetzungen für die Krankenversicherer auch die Angleichung der Vergütungssysteme sowie ein einheitlicher Leistungskatalog, der dem heutigen Leistungsumfang der GKV entspricht und in Form von Sachleistungen zugänglich ist.

Zusätzlich ist eine flankierende einheitliche Neuordnung der Finanz- und Versorgungsaufsicht für die Krankenversicherer durch Bund und Länder sinnvoll. Die dem Sozialrecht unterliegenden Krankenversicherungen dürfen in ihren Kooperationsmöglichkeiten nicht eingeschränkt werden.

Die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems ermöglicht die Entwicklung eines einheitlichen Honorarsystems in der ambulanten Versorgung, das so zu gestalten ist, dass weder Anreize zur Bevorzugung von bestimmten Patientengruppen noch zur Steigerung der Fallzahlen bestehen und auch die Versorgung von Menschen mit komplexen und aufwändigen Erkrankungen ohne negative Folgen für Leistungsträger und Leistungserbringer möglich ist.

5. Finanzielle Solidität und Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Nach Auffassung der Diakonie sollen die allgemeinen Beiträge der Versicherten und die Steuerzuschüsse auch künftig die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen decken. Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes muss so bemessen werden, dass eine qualitätsgesicherte bedarfsgerechte Versorgung im

Krankheitsfall gewährleistet ist. Zusatzbeiträge zu den allgemeinen Beiträgen lehnt die Diakonie ab. Die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist wieder herzustellen.

Derzeit stellt sich die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenkassen positiv dar. Vor dem Hintergrund der sich seit vielen Jahren auseinander entwickelnden Einkommens- und Vermögensverteilung, der damit verbundenen Schwächung der finanziellen Basis der GKV in konjunkturellen Abschwungphasen sowie aus Gerechtigkeitsgründen sind die Einbeziehung anderer Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung weitere für die Diakonie grundsätzlich plausible Möglichkeiten, die finanzielle Basis der GKV mittelfristig zu stärken, damit sie ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen kann. Die beitragsfreie Mitversicherung von Partnerinnen und Partnern ohne eigenes Einkommen sowie von Kindern ist beizubehalten.

In die Gesetzliche Krankenversicherung fließen in Folge verschiedener politischer Entscheidungen (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Konjunkturpaket II) vermehrt Steuermittel des Bundes, was die Diakonie begrüßt. Steuerzuschüsse sind auf definierte Leistungen von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse zu beschränken. Für die Diakonie sind dies unter anderem die Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, der Impfschutz der Bevölkerung und gesundheitliche Leistungen, die aus humanitären Gründen für Menschen ohne Aufenthaltsstatus erbracht werden. Außerdem sollten die aus Steuermitteln aufgebracht Beiträge für SGB-II-Leistungsberechtigte der erhöhten durchschnittlichen Morbidität des Personenkreises entsprechen.

6. Durch soziale Ungleichheit bedingte Zugangsbarrieren zur Krankenversorgung abbauen

Sehr viele Leistungen der GKV sind in Folge zurückliegender Gesundheitsreformen mit Zuzahlungen belegt worden. Hinzu kommen weitere Kostenbeteiligungen, zum Beispiel der Kauf von rezeptfreien Arzneimitteln, Brillen, Eigenanteile beim Zahnersatz und so weiter. Die Diakonie bezweifelt, dass diese Kostenbeteiligungen sinnvolle Steuerungseffekte haben, das heißt, dass sie gesunde Menschen von einer Übernutzung des Gesundheitswesens abhalten. Belegt ist hingegen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen aus finanziellen Gründen auf notwendige Leistungen verzichten. Die Diakonie tritt deshalb

dafür ein, bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Kostenbeteiligungsregelungen zu verzichten.

Besonders dringend ist der Diakonie das Anliegen, kranken Menschen mit niedrigem Einkommen einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen. Deshalb tritt die Diakonie für verbesserte Härtefallregelungen ein. Die geltende „Belastungsgrenze“ bezieht sich nur auf Zuzahlungen und berücksichtigt damit nur den kleineren Teil der Kostenbeteiligungen. Die Diakonie schlägt vor, Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegender chronischer Erkrankung beziehungsweise Behinderung sowie wohnungs-

lose Menschen gänzlich von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen freizustellen.

Im Hinblick auf abzuschaffende Zugangsbarrieren für arme Menschen fordert die Diakonie außerdem Korrekturen bei den Zusatzbeitragsregelungen. Durch kassenindividuelle Zusatzbeiträge (§ 242 SGB V) werden Krankenkassen, die viele Mitglieder mit niedrigem Einkommen haben, im Wettbewerb systematisch benachteiligt, sobald sie Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Möglichkeit, einen begrenzten Beitrag einkommensunabhängig zu erheben, benachteiligt Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen. Die Diakonie beurteilt diese Regelung kritisch.

B Neuorientierungen in der gesundheitlichen Versorgung: Prävention, Behandlung, Pflege, Rehabilitation, soziale Dienste und informelle Hilfen zusammendenken

1. Koordination der Versorgung in den Sozialräumen

Das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem zeichnet sich durch eine hohe Ausdifferenzierung der Leistungen und Leistungserbringer sowie der Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger aus. Die damit verbundene Vielfalt differenzierter und spezialisierter Leistungen erfordert eine sinnvolle sozialräumlich verankerte Koordination von Leistungen, insbesondere dann, wenn Menschen von komplexen Krankheitsbildern und Problemlagen betroffen sind. Die verschiedenen Anläufe, eine integrierte Versorgung mit Leistungen der Krankenkassen zu schaffen (§§ 140a-d SGB V), sind nach unserer Auffassung noch nicht erfolgreich gewesen.

Die Versorgungsstrukturen, zu denen unter anderem Facharztpraxen, Krankenhäuser und Fachkliniken zählen, sind regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Koordination der Leistungen erfordert von Patientinnen und Patienten beziehungsweise ihren primären Ansprechpartnern im System ein detailliertes Wissen und hohes administratives Engagement. Beides kann aber nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden.

In Zukunft müssen medizinisch-kurative, rehabilitative, psychotherapeutische, pflegerische und soziale Hilfen – ergänzt durch informelle Hilfen – sektorenübergreifend in Form von Versorgungspfaden regelhaft verbunden werden. Davon würden nicht nur Menschen mit komplexen Problemlagen, sondern alle Patientinnen und Patienten profitieren. Auch bei der Neuausrichtung der Gesundheitsdienste muss gelten, dass persönlich-menschliche Zuwendung nicht durch eine einseitige Orientierung an Kosten und Effizienz gefährdet werden darf.

Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, die Versorgung durch gemeindenahe Dienste und Einrichtungen auszubauen mit dem Ziel, die niedrigschwellige kontinuierliche Begleitung insbesondere chronisch und schwer kranker Menschen mit komplexen Bedarfen zu verbessern. In bestimmten Bereichen sind dazu die Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern (zum Beispiel in der häuslichen Kranken-

pflege und in der Familienpflege), in anderen Bereichen sind die Bedingungen so zu gestalten, dass die Patienten die Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen können (zum Beispiel durch den Ausbau ambulanter Psychotherapie und Soziotherapie oder durch mobile Rehabilitationsdienste). In einer veränderten Versorgungslandschaft, in der die Grenzen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor an Bedeutung verlieren, können Krankenhäuser als regionale Gesundheitszentren, aber auch Einrichtungen der Behindertenhilfe mit medizinischer Fachkompetenz einen wesentlichen ergänzenden Beitrag zur Versorgung bestimmter Patientengruppen in der Region leisten.

Für die ambulante Behandlung im Krankenhaus und die spezialärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte sollten gemeinsame Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen geschaffen werden.

Die Verwirklichung des Leitbilds einer regional vernetzten Gesundheitsversorgung ist nicht durch einzelne Maßnahmen alleine und in mancher Hinsicht überhaupt nicht administrativ zu verwirklichen. Wie in mehreren Kapiteln dieses Papiers argumentiert, sind Schritte auf unterschiedlichen Ebenen beziehungsweise Handlungsfeldern geboten. Die Kommunen können bei der Netzwerkentwicklung wichtige koordinierende Aufgaben wahrnehmen, aber auch Krankenkassen oder Leistungserbringer können Motoren bei der Umsetzung einer strukturell besseren Zusammenarbeit im Sozialraum sein.

2. Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit fördern

Eine besondere Bedeutung kommt der Kompetenz der Gesundheitsberufe und ihrer (wissenschaftlichen) Fachgesellschaften für die Formulierung sektorenübergreifender Versorgungspfade zu. Sie sind es auch jetzt schon, die – auch gegen strukturelle Barrieren – im Interesse der Patientinnen und Patienten und auf der Grundlage von Qualitätsstandards gemeinsame Assessments, ein Überweisungs- und Schnittstellenmanage-

ment und die Formulierung von Leitlinien und Versorgungspfaden im berufsgruppenübergreifenden Austausch leisten.

Um bessere integrierte Versorgungsstrukturen über Sektorengrenzen hinweg zu verwirklichen, sind in den Gesundheitsberufen die Bereitschaft und Möglichkeit zusammenzuarbeiten und sich zu koordinieren zu unterstützen. Die medizinische Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte ist auf Augenhöhe und im Verbund mit der Pflege, weiteren therapeutischen Angeboten und Vernetzungs- und Beratungsleistungen (Care/Case Management) zu denken – es müssen jedoch Rahmenbedingungen für eine gemeinsame Verantwortungsübernahme geschaffen werden. Im Zuge des Ausbaus der gemeindenahen Dienste ist insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Generalisten (zum Beispiel Hausärzten) mit den Erbringern spezialisierter Leistungen berufsgruppen-, träger- und sektorenübergreifend auf regionaler Ebene weiter zu verbessern. Modellhaft für lokale Zusammenarbeit sind die gemeindepsychiatrischen Verbände beziehungsweise Suchthilfeverbände zu nennen, die dort, wo sie etabliert sind, eine umfassende, bedarfsgerechte und gemeindenahere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beziehungsweise Abhängigkeitserkrankungen sicherstellen sollen. Bisher sind Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems (niedergelassene Psychiater, psychologische Psychotherapeuten und Kliniken) in diesen Verbänden allerdings unterrepräsentiert.

Durch die Partizipation von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen können wichtige Erfahrungen der betroffenen Menschen in den Prozess eingebracht werden, deshalb sind sie in die Konzipierung von Versorgungsstrukturen einzubeziehen.

Erforderlich ist aus diakonischer Sicht auch ein kultureller Wandel professioneller Selbstbilder, der durch Neuzuschnitte der Aus- und Weiterbildungen (zum Beispiele durch gemeinsames Lernen zu interkulturellen Aspekten von Gesundheit, Heilung und Tod) und klarere Haftungs- und berufsrechtliche Voraussetzungen befördert werden könnte. Auf der Einrichtungsebene können flachere Organisationsstrukturen und Strukturelemente wie Team-/Fallbesprechungen gefördert werden.

3. Das Gesundheitswesen inklusiv gestalten und behinderungsspezifische Mehrbedarfe anerkennen

Obwohl im Fünften Sozialgesetzbuch ausdrücklich die Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Menschen

und chronisch kranker Personen bei der Gesundheitsversorgung formuliert ist, bestehen nach wie vor erhebliche Probleme in der Umsetzung dieses Postulats.

Dass die Bedarfe von Menschen mit Behinderung abgedeckt werden müssen, hat der Gesetzgeber auch durch die Annahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) anerkannt. Diese Konvention formuliert die Verpflichtung, für Menschen mit Behinderung nicht nur die gesundheitliche Versorgung in derselben Qualität wie für nicht behinderte Menschen zu gewährleisten, sondern auch ihre speziellen gesundheitlichen Bedarfe, die aus der Behinderung resultieren, zu decken (Art. 25 und 26). Derzeit bleibt die Versorgungssituation in Deutschland jedoch weit hinter den Maßstäben zurück, die sich aus dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen ergeben.

Die Diakonie fordert, dass sowohl das Sozialrecht wie auch die soziale Praxis inklusionsfest zu gestalten sind, die UN-BRK ist hierfür der Maßstab. Um dies zu erreichen, muss insbesondere die bestehende und zukünftige Gesetzgebung, die sich auf Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege bezieht, auf Benachteiligungen von Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung überprüft werden. Gesetzliche und untergesetzliche Bestimmungen, die eine Benachteiligung bewirken oder ermöglichen, sind zu streichen (Disability Mainstreaming).

In der Praxis ist dem Bedarf von Menschen mit Behinderung in Gesundheitsversorgung, Prävention, Rehabilitation und Pflege in den letzten Jahren in der Tendenz immer schlechter entsprochen worden. Solcher Bedarf wurde bis 2004 im Rahmen der Eingliederungshilfe gedeckt. Seit 2004 darf der Leistungsumfang der Sozialhilfe den der GKV nicht überschreiten. Die Diakonie nimmt die Entscheidung des Gesetzgebers zur Kenntnis, dass gesundheitliche Bedarfe den Krankenkassen zuzuordnen sind und empfiehlt, die entstandenen Lücken im SGB V zu schließen. Dies berührt insbesondere gesundheitliche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Ermöglichung von Teilhabe sowie mit Beratung und Koordination stehen.

Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass ausreichende finanzielle Mittel für Strukturen vorgehalten werden, die der Versorgung mit Gesundheitsleistungen dienen. In allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung ist der Mehraufwand der Leistungserbringer für die Versorgung von Menschen mit Behinderung auszugleichen.

Die Krankenhäuser müssen finanziell so unterstützt werden, dass sie in der Lage sind, Bedingungen dafür zu schaffen,

dass Menschen mit Behinderung adäquat behandelt werden können. Über das „Arbeitgebermodell“ hinaus ist in den Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen der Bedarf an Assistenzpflege von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, damit sie wie auch nicht behinderte Menschen in den genannten stationären Einrichtungen behandelt werden können.

Für bestimmte Indikationsgruppen ist es sinnvoll, in die sozialräumliche Versorgungsgestaltung eingebettete Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (in Analogie zu den Sozialpädiatrischen Zentren) zu schaffen, die zugleich als Kompetenzzentren für die Beratung des Regelversorgungssystems dienen können. Ebenso sollten diese Zentren bei der Teilhabeplanung und deren Umsetzung praktisch mitwirken und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation wahrnehmen können. Sie dürfen jedoch nicht zu einer Entpflichtung des Regelversorgungssystems hinsichtlich seiner inklusiven Gestaltung führen.

Die Diakonie plädiert dafür, dass in stärkerem Maße als bislang Themen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung – einschließlich der inklusiven Gestaltung des Gesundheitswesens – in die Aus-, Weiter- und Fortbildung in allen Gesundheitsberufen einfließen.

4. Patientenrechte weiter ausbauen

Durch das Patientenrechtegesetz wurde in der vergangenen Legislaturperiode die auf Patientenrechte bezogene Rechtsprechung in gebündelter Form in ein Gesetz aufgenommen und in einigen Belangen verbessert. Die Diakonie hat diesen Prozess konstruktiv durch ihre Positionierungen begleitet. Über das beschlossene Patientenrechtegesetz hinaus setzt sie sich für Verbesserungen insbesondere durch die Schaffung eines Härtefallfonds ein. Er dient primär zur Überbrückung von Prozesszeiten und soll das geltende Haftungsrecht nicht ersetzen, sondern um eine verhältnismäßig unbürokratische und schnelle Hilfe in Notsituationen ergänzen. Hinsichtlich seiner Finanzierung plädiert die Diakonie für eine Mischfinanzierung unter Beteiligung der Haftpflichtversicherer.

Ferner soll eine Weiterentwicklung des Patientenrechtegesetzes das Recht des Zugangs zur Gesundheitsversorgung

stärken, die flächendeckende Erreichbarkeit von gesundheitlichen Dienstleistungen soll nicht nur postuliert, sondern auch sichergestellt werden. Zugangsbarrieren für von Unter- und Fehlversorgung betroffene Menschen müssen abgebaut werden.

Die Regelungen zu den „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) sind dahingehend zu verändern, dass für den Fall, dass die tatsächlichen Kosten erheblich über den veranschlagten Kostenplan hinausgehen, diese nicht vom Patienten zu begleichen sind.

Um Patienteninteressen besser systematisch in die Gestaltung der Versorgungsprozesse einbringen zu können, sollen die Rechte der Vertreterinnen und Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss gestärkt werden; dies gilt auch für ein reformiertes Bundesgremium zur medizinischen Rehabilitation (vergleiche Kapitel C 5).

5. Selbsthilfe und Selbstorganisation stärken

Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sind seit vielen Jahren nicht mehr „Objekte“ medizinischer Behandlung, sondern verstehen sich zunehmend als Partner und kritisches Gegenüber der professionell Handelnden im Gesundheitswesen. Die Diakonie schätzt die Selbsthilfe, ihre Verbände und die Selbstorganisationen von Menschen im Gesundheitswesen, aber auch die informell Helfenden, sei es als Partner kurativer und rehabilitativer Prozesse in den diakonischen Einrichtungen, als kritisch Hinterfragende bei der Gestaltung von Versorgungsprozessen in den Sozialräumen oder in der politischen Diskussion um eine gute Gesundheitspolitik. Auch in der Beratung nimmt die Selbsthilfe eine wichtige Rolle ein: Aus Sicht der Diakonie sollte bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und -abläufen der Peerberatung von Patientinnen und Patienten eine deutlich größere Rolle als bisher zukommen.

Die Diakonie will ihre Dienste und Einrichtungen selbsthilfefreundlich gestalten. Sie setzt sich dafür ein, die Arbeit von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen politisch, rechtlich und finanziell zu sichern.

C Versorgungsstrukturen weiterentwickeln

1. Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Gesundheitsförderung ist nach der „Ottawa-Charta“ eine politische Querschnittsaufgabe, die darauf zielt, die sozialen und individuellen Ressourcen von Menschen zu stärken, damit sie ein Leben nach ihren Wünschen führen können.

Trotz vieler guter Praxisprojekte, wie sie etwa durch den „Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit“ dargestellt werden, und durchaus erfolgreicher Verankerung von Gesundheitsförderung in einigen Praxisfeldern, dominieren in der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach wie vor individualistische und moralisch aufgeladene Strategien, wohingegen der Lebenslagenbezug und die Ausrichtung auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen vernachlässigt werden. Als Querschnittsaufgabe unterschiedlicher Handlungsfelder wird Gesundheitsförderung weiterhin verkannt. Strukturelle Probleme der Primärprävention sind die mangelnde Kooperation der Akteure, die fehlende Kontinuität präventiver Aktivitäten („Projektitis“), Probleme der Qualitätssicherung, die diskontinuierliche Finanzierung und die mangelnde Transparenz in Bezug auf Mittelaufbringung und Verteilung der Ressourcen.

Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass neben einer Erhöhung des Budgets für verhältnispräventive Maßnahmen stabile Kooperationsstrukturen auf Bundes- und Landesebene etabliert werden, auf denen Präventionsziele und -strategien vereinbart werden. Auf Bundesebene kann die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), auf Landesebene können die „Regionalen Knoten“ als Arbeitsgemeinschaften beziehungsweise Kooperationsplattformen fungieren.

Da nach Auffassung der Diakonie Deutschland Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, kann dieses Aufgabenfeld nicht allein im Rahmen des SGB V als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen geregelt werden. Bund, Länder und Kommunen sind an der Definition von Präventionszielen zu beteiligen. Die Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, die

Suchthilfe und weitere Dienste sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst sind wichtige Präventionsakteure, sie gestalten in ihrer Praxis gesundheitsförderliche Handlungsfelder und sind deshalb in allen Phasen der präventiven Praxis (von der Problemdefinition bis zur Umsetzung) zu beteiligen.

Dem Charakter von Prävention als eines die gesamte Gesellschaft in den Blick nehmenden Vorgehens entspricht es, die lebenslagenbezogene Primärprävention wesentlich über Steuermittel zu finanzieren. Es ist vor allem eine staatliche Aufgabe, die für die Prävention notwendige Infrastruktur auf Bundes-, aber auch auf Landes- und kommunaler Ebene bereitzustellen. Sozialversicherungsmittel dürfen nur in fachlich begrenzte Aufgaben im Rahmen einer ergänzenden Kofinanzierung eingebracht werden. Eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung ist in diesem Fall unabdingbar.

Angesichts des Anstiegs psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und der hohen Zahl suchtbedingter Arbeitsunfähigkeitstage, von Prekarisierungstendenzen in der Arbeitswelt sowie erheblicher Umsetzungsdefizite von gesetzlichen Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes fordert die Diakonie, letzteren entschieden weiterzuentwickeln. Als erster Schritt hierbei sind in der betrieblichen Prävention eine sozialleistungsträgerübergreifende Informations-, Beratungs- und Unterstützungsstruktur zu schaffen, die Unternehmen bei der Etablierung einer Präventionsstruktur (einschließlich der Suchtprävention) zur Seite stehen; sie hätte auch die Aufgabe, für Arbeitnehmer, deren Teilhabe eingeschränkt ist beziehungsweise denen eine Teilhabebeeinschränkung droht, ein Case-Management bereitzuhalten oder zu vermitteln, damit die Barrieren, die zwischen der betrieblichen Prävention, der Kuration und der Rehabilitation bestehen, überwunden werden können. Weitere Schritte sind die Weiterentwicklung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), der Erlass einer Verordnung zum Schutz vor Gefährdungen durch psychische Belastungen bei der Arbeit und die sanktionsbewehrte Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (nach § 5 Arbeitsschutzgesetz).

In der letzten Legislaturperiode hat sich die Diakonie im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrts-
pflege und durch eigene Stellungnahmen an der Diskussion
eines Präventionsgesetzes beteiligt. Neben der positiven
Bewertung zahlreicher Regelungen schätzte die Diakonie die
Zentrierung auf die im SGB V zu regelnde Prävention durch
die gesetzlichen Krankenkassen als problematisch ein und
bedauert zugleich, dass es nicht gelungen ist, die unterschied-
lichen Positionen von Bundestag und Bundesrat zu vermit-
teln.

2. Kurative, präventive und rehabilitative Ansprüche der pflegebedürftigen Menschen sichern

Während gesunde und leistungsfähige Menschen im Ruhe-
stand zunehmend als „aktive Alte“ wahrgenommen und in
vielfältiger Hinsicht geschätzt werden, ist der Anspruch pflege-
bedürftiger Menschen – sowohl im Alter als auch in jungen
Jahren – auf eine gute gesundheitliche Versorgung, Selbst-
ständigkeit und Teilhabe am sozialen Leben weitgehend
unerfüllt und bleibt als politische Aufgabe bestehen. Für die
Diakonie ist eine Ausgrenzung der besonders vulnerablen
Personengruppe pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftig-
keit bedrohter Menschen nicht hinnehmbar. Soll Ausgrenzung
verhindert werden, sind Veränderungen in vielen Bereichen
des gesellschaftlichen Lebens, über die Pflege- und Gesund-
heitspolitik hinaus, notwendig, die in einem übergreifenden
Konzept gebündelt werden sollten.

Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Men-
schen gehören zu den Patientengruppen, die deutlich von
einer sektorenübergreifenden Versorgung profitieren würden.
Entscheidend ist für die Diakonie, dass pflegebedürftige oder
von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen die Chance eines
umfassenden Assessments haben, integrierte Versorgungsp-
fade gebahnt sind und Leistungen sozialleistungsträger-
übergreifend nahtlos erfolgen. Auch deshalb ist das SGB IX
fortzuentwickeln (vergleiche Kapitel C 8) und sind Schnitt-
stellenprobleme zwischen Teilen des gegliederten Sozial-
leistungssystems zu lösen. Prävention und medizinische
Rehabilitation müssen schon zur Vermeidung von Pflege-
bedürftigkeit, aber auch in der Versorgung pflegebedürftiger
Menschen eine deutlich größere Rolle spielen.

Durch eine lebenslagenbezogene Erneuerung der Präventions-
politik und -praxis (einschließlich der Förderung gesundheit-
licher Ressourcen durch die kurative und rehabilitative
Medizin) kann erreicht werden, dass pflegebedürftige, aber

auch nicht pflegebedürftige – oft isoliert lebende – alte und
kranke Menschen mehr am sozialen Leben teilhaben und
zugleich ihre Alltagskompetenzen gefördert werden. Dies
betrifft zum Beispiel ihre Fähigkeit, sich selber gut zu ver-
sorgen und ausreichend zu bewegen.

Prävention und Rehabilitation sind auch für die in stationären
Pflegeeinrichtungen wohnenden Menschen zu erschließen.
Defizite in der haus-, fach- und zahnmedizinischen Versorgung
in Pflege- und Behinderteneinrichtungen sind zu beheben.

3. Das Krankenhaus als Baustein der medizinischen Versorgung

Krankenhäuser sind wichtige Bausteine der medizinisch-
pflegerischen Versorgung. Sie sind Einrichtungen der öffent-
lichen Daseinsvorsorge, die nicht nur behandlungsbedürftige
Menschen aufnehmen, sondern im Zweifelsfall (und in jedem
Fall im Notfall) kranken Menschen offenstehen. Die Kranken-
häuser müssen die finanziellen Mittel erhalten, die erforder-
lich sind, um die von ihnen geforderte qualitativ hochwertige
gesundheitliche Versorgung zuverlässig flächendeckend zu
sichern. Das gilt in strukturschwachen Regionen ebenso wie
in Ballungszentren. Krankenhäuser müssen auch in Zukunft
als Einrichtungen geführt werden, in denen alle Prozesse
am behandlungsbedürftigen Patienten und seiner individuellen
Situation ausgerichtet werden. Dabei muss auch die für eine
erfolgreiche Behandlung unabdingbare persönlich-mensch-
liche Zuwendung gewährleistet sein. Das gilt besonders am
Anfang und am Ende des Lebens. Dies bedarf einer ausrei-
chenden Personalausstattung sowie gesundheitsfördernder
Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten.

Die Diakonie tritt dafür ein, die Rahmenbedingungen für die
Krankenhäuser so auszugestalten, dass eine auf das umfas-
sende Wohl des Patienten bedachte Wertorientierung zum
Tragen kommen und gelebt werden kann. Die Trägervielfalt
trägt dazu bei, dass sich die Krankenhauslandschaft insge-
samt auf eine humane, patientenorientierte Versorgung aus-
gerichtet ist.

Die Krankenhäuser sind seit Jahren strukturell unterfinanziert,
unter anderem, weil sie von den dafür zuständigen Bundes-
ländern nicht die erforderlichen investiven Mittel erhalten.
Notwendige Investitionen müssen daher aus den ebenfalls
unzureichend bemessenen Vergütungen für die Behandlungs-
leistungen erwirtschaftet beziehungsweise aus Eigenmitteln
finanziert werden. Bund und Länder sind in der Pflicht, gemein-
sam der Verantwortung für eine verlässliche und ausrei-

chende Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser gerecht zu werden, diese als gemeinsame Aufgabe wahrzunehmen, dafür geeignete Regelungen und Instrumente zu schaffen und Mittel in ausreichender Höhe dafür bereitzustellen.

Die Betriebskostenfinanzierung muss so ausgestaltet werden, dass ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten und seinen Versorgungsauftrag erfüllen kann, ohne Mehrleistungen generieren zu müssen. Mehrleistungen und Mengenentwicklungen in einzelnen Kliniken dürfen nicht durch Absenkung des Landesbasisfallwerts, der zu niedrigeren Vergütungen für alle Krankenhäuser führt, kompensiert werden. Die jährliche Anpassung der Vergütungen für die Leistungen der Krankenhäuser muss die realen Kostenentwicklungen prospektiv berücksichtigen. Insbesondere Tariflohnsteigerungen erfordern eine Refinanzierung, die eine Gefährdung der Versorgungsqualität und -sicherheit durch weiteren Personalabbau und zunehmende Arbeitsverdichtung ausschließt.

Die von den Krankenhäusern nicht zu verantwortenden massiven Steigerungen der Haftpflichtprämien – die für sie auch nicht steuerbar sind – werden im Rahmen des DRG-Vergütungssystems systembedingt nicht angemessen und vor allem nicht rechtzeitig genug berücksichtigt. Angesichts dieser Situation sehen sich Kliniken genötigt, die geburtshilfliche Versorgung einzustellen. Dadurch entsteht eine akute Gefährdung der geburtshilflichen Versorgung, und es bedarf einer gesonderten Finanzierung des Geburtsrisikos.

In ihrem Positionspapier zum neuen pauschalisierten Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (PEPP-Systemvergleich Diakonie Text 08.2012) hat die Diakonie Kriterien für ein neues Entgeltsystem in der Psychiatrie formuliert, die zugleich Maßstäbe für eine nicht an Gewinninteressen, sondern an Bedarfen ausgerichtete Krankenhauspolitik darstellen. Dazu gehören die Umsetzung fachlich anerkannter Behandlungskonzepte und die Unterstützung der Krankenhäuser darin, im lokalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Ebenso gehören dazu die Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie die Beachtung von Patientengruppen mit komplexen Bedarfen und eine auch darauf abgestimmte leistungsgerechte Vergütung statt einer Ausrichtung der Leistung und des Behandlungsprozesses an einer möglichst stringent kalkulierbaren Vergütung.

Die von der Diakonie – gemeinsam mit Vertretern der in der psychiatrischen Versorgung tätigen Professionen und ihren

zuständigen Fachgesellschaften – anlässlich der Verabschiedung des Psych-Entgeltgesetzes nachdrücklich vorgetragene erheblichen Bedenken hinsichtlich der Sachgemäßheit des PEPP-Kataloges bestehen fort. Deshalb sollte die für 2015 vorgesehene verpflichtende Anwendung des neuen Entgeltsystems um zwei Jahre verschoben werden.

Weitere Elemente einer Politik, die den öffentlichen Auftrag der Krankenhäuser wahrnimmt, sind die Absicherung von Versorgungsübergängen und die Stärkung der Krankenhäuser als Versorgungszentren und Stützpfeiler nicht nur der integrierten Versorgung, sondern generell auch der ambulanten Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen. Erreichbare und kooperationsbereite Krankenhäuser sind eine wesentliche Voraussetzung für die Ansiedlung von Praxen niedergelassener Ärzte. Krankenhäuser und von diesen betriebene Medizinische Versorgungszentren gewährleisten die Sicherstellung der ambulanten Versorgung außerhalb von Ballungszentren beziehungsweise der für Vertragsärzte attraktiven Regionen.

Die Diakonie Deutschland verweist im Übrigen auf die anlässlich der Bundestagswahlen im September 2013 in den Wahlprüfsteinen der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland formulierten Positionen des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbands.

4. Das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem und Suchtbehandlungen im Gesundheitssystem weiter entwickeln

In Deutschland nimmt die Zahl von diagnostizierten psychischen Erkrankungen seit Jahren kontinuierlich über alle Altersgruppen hinweg zu, ein deutlicher Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung ist belegt und lässt sich auch für Abhängigkeitserkrankungen konstatieren. Deren Sichtbarwerden im öffentlichen Raum verweist auf soziale Verwerfungen und prekäre Lebenslagen.

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und angesichts der in den letzten Jahren steigenden Zahl von Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen teilt die Diakonie Deutschland die Forderung der deutschen Monitoring-Stelle zur UN-BRK, dem Thema Menschenrechte und Psychiatrie durch einen intensiven parlamentarischen und gesellschaftlichen Prozess mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die psychosozialen Hilfen und Unterstützungsangebote sind auf der Grundlage von Freiwilligen

lichkeit, Selbstbestimmung und Partizipation inhaltlich weiterentwickeln. Damit die Erfahrungen und das Wissen von Menschen mit psychischer Erkrankung und von deren Angehörigen in die Weiterentwicklung mit einfließen können, ist die Arbeit der Selbsthilfe auf verlässliche finanzielle Grundlagen zu stellen und ihre Einbeziehung auf allen Ebenen verbindlich umzusetzen. Darüber hinaus sind die zum Teil gravierenden ambulanten Versorgungslücken zu schließen. Konkret bedeutet dies unter anderem:

- Ein niedrighschwelliges, schnell erreichbares, psychiatrisch-psychotherapeutisches Erstversorgungsangebot in jeder Region, das bei Bedarf auch aufsuchend tätig wird.
- Eine flächendeckende Versorgung mit Krisendiensten oder -zentren mit einer 24-Stunden-Präsenz und aufsuchenden Teams.
- Eine flächendeckende Versorgung mit Sozialpsychiatrischen Diensten, die ausreichend personell und finanziell ausgestattet sind. Soziotherapie – die ambulante häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen – und ambulante Psychotherapie sind flächendeckend bereitzustellen. Zudem müssen die Richtlinien für diese Leistungen weiterentwickelt werden.
- Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung (Doppeldiagnose) stellt besondere fachliche und organisatorische Anforderungen. Sie ist derzeit nur unzureichend gewährleistet. Erster Ansprechpartner muss das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem sein. Für schwierige Fragestellungen – schwere und komplexe Behinderungen oder spezifische differentialdiagnostische Fragestellungen – muss das psychiatrische Regelversorgungssystem durch zielgruppenspezifische Spezialangebote (ambulant, halbstationär, stationär) ergänzt werden, die vor allem aufsuchend-ambulant arbeiten und das psychiatrische Regelversorgungssystem, aber auch die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe unterstützen.
- Für die Behandlung im Krankenhaus sind die Rahmenbedingungen und das neue Entgeltsystem so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Behandlung bei Bedarf in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten und mit aufsuchender Krisenintervention ermöglicht wird. Dies umfasst auch den Ausbau von Home-Treatment-Angeboten. Entsprechende Modellprojekte sind zu fördern. Darüber hinaus sind in einem neuen Entgeltsystem Anreize für

eine umfassende Behandlung von vulnerablen Patientengruppen zu schaffen.

- Um für die Versorgungsregion verlässliche Aussagen über die jeweiligen Defizite und unterversorgte Personengruppen zu erhalten, ist eine aussagekräftige, öffentliche Gesundheitsberichterstattung unerlässlich. In dieser werden Informationen über psychosoziale und medizinische Hilfen zusammengefasst, die angeboten und geleistet wurden beziehungsweise die hätten angeboten werden müssen, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.
- Im Kontrast zur gesundheitsökonomischen Relevanz von Abhängigkeitserkrankungen gibt es in der GKV-Zuständigkeit kaum Versorgungs- und Behandlungsangebote, die dem chronischen Charakter von Abhängigkeitserkrankungen Rechnung tragen. Zum Teil sind die Richtlinien – wie bei der Soziotherapie oder der ambulanten Richtlinienpsychotherapie – so ausgestaltet, dass Menschen, die nicht abstinent leben wollen oder können, explizit von der Inanspruchnahme ausgeschlossen werden. Wo dies der Fall ist, sind die Richtlinien zu überarbeiten und die Leistungen für Menschen mit Suchterkrankungen zu gewähren.
- Die Versorgungsverpflichtung muss lokal gewährleistet und eine verbindliche Kooperation der wesentlichen Akteure, vor allem auch der psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen, durch deren Beteiligung an Hilfeplankonferenzen verpflichtend vorgegeben sein. Die verbindliche Kooperation ließe sich durch Änderungen im SGB IX erreichen. Der individuelle Rechtsanspruch von Menschen mit seelischer Behinderung auf ein qualifiziertes Hilfeplanverfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger und der Leistungsberechtigten sollte ausdrücklich normiert werden (vergleiche Kapitel C 8).
- Psychosoziale Interventionen und Begleitung vor allem auch bei der ambulanten Behandlung von Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen, wie beispielsweise die Substitution bei Opiatabhängigen, sind flächendeckend vorzuhalten beziehungsweise auszubauen.
- Da an der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Abhängigkeitserkrankungen fast alle sozialen Sicherungssysteme beteiligt sind, ist die weiter oben geforderte Neuorientierung an einer sektorenübergreifenden Versorgung mit Übernahme der regionalen – sozialräumlichen – Versorgungsverantwortung durch die vor Ort beteiligten Akteure für diese Personengruppen von zentraler Bedeutung.

5. Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Ein Baustein der Neuausrichtung der Versorgung ist die Stärkung der medizinischen Rehabilitation. Sie leistet in einer älter werdenden Gesellschaft einen Beitrag zur Teilhabe von pflegebedürftigen, chronisch kranken oder von chronischer Krankheit bedrohten Menschen. Trotz einiger Veränderungen in den letzten Jahren leidet das System unter erheblichen Problemen – dazu gehören unter anderem mangelnde Zugänglichkeit, fehlende frühe und gemeinsame Bedarfsfeststellung durch die Reha-Träger und die Struktur der Angebote. So ist die Mobile Rehabilitation bislang kaum umgesetzt.

Aus der Sicht der Diakonie ist bei der weiteren Entwicklung der medizinischen Rehabilitation zunächst das Augenmerk auf die Bevölkerungsgruppen zu richten, die bislang kaum Rehabilitationschancen haben. Die Diakonie denkt dabei auch an Menschen mit Behinderung, an pflegebedürftige Menschen, schwer psychisch kranke Menschen, arme Menschen und Menschen in prekären Lebenslagen, Menschen mit Migrationshintergrund und jüngere pflegebedürftige Menschen. Ihre Rehabilitationsansprüche sind systematisch zu erschließen.

Um den Teilhabeanspruch chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen besser als bisher zu verwirklichen, ist es erforderlich, die zum Teil hohen Zugangshürden zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu senken, das Nachrangigkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht aufzuheben, die rehabilitativen Angebote stärker teilhabe- beziehungsweise inklusionsorientiert und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und die medizinische Rehabilitation in die zu schaffenden sektorenübergreifenden Versorgungsverbände einzubeziehen.

Vor dem Hintergrund sinkender Antragszahlen und einer hohen Quote von Nichtbewilligungen setzt sich die Diakonie nachdrücklich dafür ein, die Kinder- und Jugendrehabilitation als Element eines Kompetenznetzwerks zu sichern. In den Rehabilitationskliniken werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit chronischen Krankheiten behandelt, deren persönliche Entwicklung und soziale Teilhabe aktuell und in der Perspektive ihres weiteren Lebens erheblich gefährdet ist. In der Regel bündeln sich bei den jungen Rehabilitanden vielfältige körperliche, psychische und soziale Störungen beziehungsweise Problemlagen. Für die Kinder und Jugendlichen ist die Teilnahme an einer komplexen mehrwöchigen stationären Rehabilitation ein entscheidender Schritt in ihrer Biographie. Für die Gesellschaft ist es eine Leistung, durch die sie die Lebenschancen der nachwachsenden Generation sichern hilft. Die vielfältigen Zugangsbarrieren zur Kinder-

und Jugendrehabilitation sind zu senken, um allen Kindern mit psychischen oder körperlichen Einschränkungen Teilhabeleistungen zu ermöglichen.

Ebenso setzt sich die Diakonie dafür ein, dass der Zugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge für Mütter und Väter verbessert wird. Noch bestehende Defizite in der Bewilligungspraxis sind zu beheben. Unterstützt durch die therapeutische Kette (Beratung und Nachsorge vor Ort) kommt diesem Leistungsbereich eine nachhaltige Bedeutung für Gesundheit und Teilhabe für die Familien zu. Die Kliniken können dieser Aufgabe nur nachkommen, wenn die Vergütung den geforderten Strukturvorgaben folgt.

Mehrere Gesetzesänderungen verfolgten in den letzten Jahren das Ziel, pflegebedürftigen Menschen den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erleichtern. Dennoch ist der Anteil pflegebedürftiger Menschen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, gering. Die Diakonie weiß, dass die Ursachen hierfür vielfältig sind. Sie setzt sich neben den oben genannten Forderungen für eine Vereinfachung des Verfahrens zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (nach § 18 in Verbindung mit § 18a SGB XI) ein und dafür, dass die Pflegeversicherung in den Kreis der Sozialleistungsträger aufgenommen wird, die den Koordinierungspflichten des SGB IX unterliegen.

Diakonisches Anliegen ist es, dass Menschen mit Behinderung bei vorliegendem Bedarf einen gleichberechtigten und barrierefreien Zugang zum Leistungssystem der medizinischen Rehabilitation erhalten. Teilhabeleistungen nach dem geltenden Leistungsrecht des SGB XII bleiben davon unberührt und werden leistungsrechtlich nicht zum Leistungsbestandteil der medizinischen Rehabilitation gerechnet. Zwischen Zielsetzung (Teilhabe) und Leistungsinhalten ist deutlich zu unterscheiden.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sieht die Diakonie vor allem in der Mobilen Rehabilitation eine Form der Teilhabeversicherung, die multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen und großem Hilfebedarf bessere Rehabilitationschancen eröffnet. Dies gilt insbesondere für geriatrische Patienten, für andere Gruppen pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie für chronisch psychisch kranke und schwer abhängigkeitskranke Menschen. Die Krankenkassen sind innerhalb einer Frist zu verpflichten, das Leistungsangebot der Mobilen Rehabilitation vorzuhalten.

Ein zentrales Element der Behandlung von Abhängigkeits-erkrankungen und der mit ihnen verbundenen Teilhabe-einschränkungen findet traditionell als Suchtrehabilitation in der Verantwortung der Rentenversicherung statt. Bei den unterschiedlichen ambulanten und stationären Angeboten der Suchtrehabilitation haben sich in den letzten Jahren aufgrund verringerter Behandlungszeiten bei vorgegebenen Strukturen und bei zum Teil nicht kostendeckenden Vergütungssätzen die Handlungsspielräume für die Leistungserbringer rehabilitativer Leistungen zunehmend verringert. Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen ist eine Unterversorgung absehbar. Deshalb hält die Diakonie Deutschland es für notwendig, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation neu zu definieren (Rehabudget, Vergütungsregelung) und die Systemsteuerung zu reformieren.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeits-erkrankter Menschen ist neben mobilen Angeboten auch die kombinierte Rehabilitation (ambulant/ganztägig-ambulant/stationär) als ein Baustein der Flexibilisierung und Individualisierung des rehabilitativen Versorgungsangebots auszubauen.

Die Leistungsangebote der medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen sind derzeit auf die psychosomatischen Kliniken und die RPK-Einrichtungen (Rehabilitation für psychisch Kranke) beschränkt. Für ein relativ großes Spektrum psychischer Erkrankungen gibt es keine rehabilitativen Angebote. Dieser Unterversorgung ist durch die Entwicklung therapeutischer Konzepte und rehabilitativer Versorgungsangebote zu begegnen.

Die Rehabilitanden haben Anspruch auf Leistungen, die den fachlichen Qualitätsstandards entsprechen. Der Philosophie des SGB IX folgend und um Irritationen zwischen allen Beteiligten in Fragen der Federführung beziehungsweise der Hauptbelegerschaft zu beseitigen, sollte die Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Zukunft durch ein Rehabilitationsträger übergreifendes Verfahren in gemeinsamer Verantwortung von Rehaträgern und Leistungserbringern erfolgen. Dabei ist nicht nur darauf zu achten, dass die Ausgestaltung bürokratiearm erfolgt, sondern auch, dass im Verhältnis zum Aufwand ein tatsächlicher Nutzen für die Rehabilitanden zu erwarten ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist in Anlehnung an den Gemeinsamen Bundesausschuss als gemeinsames Selbstverwaltungsorgan von Leistungserbringern, Rehabilitationsträgern und Betroffenenverbänden zu gestalten, dem Aufgaben der konzeptionellen Weiterentwicklung und der Koordination und Kooperation der Rehabilitations-

träger zukommen. Daneben soll die Systemsteuerung der medizinischen Rehabilitation nach Auffassung der Diakonie durch Rahmenvereinbarungen erfolgen, die von den Leistungsträgern, den Leistungserbringern und unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfe vereinbart werden müssen. Auf regionaler Ebene kooperieren die Rehabilitationsträger in Arbeitsgemeinschaften und nehmen gemeinsam Infrastrukturverantwortung wahr (vergleiche A1 und C 8).

Für die Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern empfiehlt die Diakonie dringend eine über das SGB V hinausgehende Schiedsstellenregelung, die im SGB IX und in den Spezialgesetzbüchern zu verankern ist.

Um den Finanzbedarf der medizinischen Rehabilitation in den Jahren des demographischen Umbruchs zu sichern, plädiert die Diakonie dafür, für einen befristeten Zeitraum das Teilhabebudget der gesetzlichen Rentenversicherung aufzuheben. In den Vergütungsvereinbarungen muss sich die Lohnentwicklung widerspiegeln. Vergütungsgrundsätze sind in den Rahmenverträgen zu formulieren.

Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im engen Sinne sollte (auch in Umsetzung des § 27 SGB IX) die kurative Medizin verstärkt rehabilitativ, das heißt an der Teilhabe ausgerichtet sein. Dies gilt sowohl für die ärztliche Versorgung als auch für die Heil- und Hilfsmittelversorgung und weitere Leistungen, insbesondere die häusliche Krankenpflege.

6. Häusliche Krankenpflege und Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe weiterentwickeln

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ prägt seit mehr als drei Jahrzehnten die Gesundheitspolitik. Er initiiert(e) einen Prozess der Verlagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell die Akzentverschiebung in Richtung auf eine prioritär ambulante Versorgung. Diese Entwicklung wird durch einen breiten gesellschaftlichen Konsens getragen, der durch den ökonomischen Druck in den Sozialversicherungssystemen unterstützt wird. Die ambulanten Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind jedoch nicht im notwendigen Umfang weiterentwickelt worden.

Wenn schwere Erkrankungen nicht mehr nur im Krankenhaus, sondern zunehmend ambulant behandelt werden, brauchen die Patienten zu Hause vermehrt Leistungen der häuslichen Krankenpflege, um den Erfolg der ärztlichen Behandlung zu

sichern und gegebenenfalls Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen sie heute mehr und anspruchsvollere häusliche Krankenpflege, weil die Krankenhäuser infolge der Wirkungen des DRG-Systems ihre Patienten viel früher und mit höherem Pflegebedarf entlassen als früher. Auch durch die demographische Entwicklung sowie teilweise durch die Zunahme an Singlehaushalten gibt es einen erhöhten Bedarf an häuslicher Krankenpflege. Die häusliche Krankenpflege hat ihr Leistungsspektrum und ihre fachlichen Kompetenzen in den letzten Jahren deutlich ausgebaut.

Der politisch gewollten Entwicklung der Ambulantisierung muss nun Rechnung getragen werden durch gesetzliche Änderungen zur Schließung der ambulanten Versorgungslücke im Gesetz. Auch eine unmissverständliche Aktualisierung der Richtlinien der häuslichen Krankenpflege, die Anpassung der Ausgaben für häusliche Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Versorgungsrealitäten und eine Anpassung des Leistungsrechts sowie adäquate Vergütungsstrukturen – einschließlich des Verzichts auf die Grundlohnsummenbindung – sind zu verwirklichen.

Mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege an den sonstigen geeigneten Orten in § 37 SGB V geregelt, wobei der Gesetzgeber zwar Beispiele für geeignete Orte gibt, aber nicht abschließend regelt, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen auch außerhalb des Haushalts oder der Familie erbracht werden können. Vielmehr delegiert der Gesetzgeber diese Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Form einer Richtlinienkompetenz, von der dieser mit der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Gebrauch gemacht hat. Diese präzisiert, regelt aber nicht zweifelsfrei die Leistungserbringung in stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderung. Hier bedarf es aus Sicht der Diakonie einer gesetzlichen Klarstellung, dass versicherte Menschen mit Behinderung unabhängig von der jeweiligen Wohnform – das heißt, beispielsweise auch in einer stationären Wohnform der Eingliederungshilfe nach SGB XII für Menschen mit Behinderung sowie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung – einen uneingeschränkten Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege haben und diese durch explizite Benennung im Gesetzestext uneingeschränkt als „sonstige geeignete Orte“ im Sinne des § 37 SGB V gelten.

Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz erfahren die Bundesempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege eine Stärkung. Damit diese wirklich wirksam werden können,

bedarf es eines Konfliktlösungsmechanismus auf Bundesebene. Des Weiteren sind die Regelungen zur Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte und, wie oben bereits betont, die häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen zwingend umzusetzen.

Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe erhalten erkrankte Versicherte, die Kinder versorgen müssen. Einen gesetzlichen Leistungsanspruch gibt es jedoch nur bei Krankenhausaufenthalten, nicht aber bei der ambulanten Krankenbehandlung beziehungsweise bei Tagesklinikaufenthalten. Da die Krankenbehandlung auch bei schweren Erkrankungen, zum Beispiel Tumorerkrankungen, immer häufiger ambulant (in der Arztpraxis, Tageskliniken und so weiter) erfolgt, sollten erkrankte Mütter oder Väter unter solchen Bedingungen Anspruch auf Familienpflege beziehungsweise Haushaltshilfe haben. Einige Krankenkassen haben dies als freiwillige Leistung in ihrer Satzung verankert. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung. Aus der Sicht der Diakonie muss ein entsprechender Leistungsanspruch auch bei einer ambulanten oder teilstationären ärztlichen Behandlung gesetzlich verankert werden. Des Weiteren bedarf es eines gesetzlich verankerten Konfliktlösungsmechanismus in der Haushaltshilfe analog zur häuslichen Krankenpflege auf der Landes- beziehungsweise der Dienstebene, um den Abschluss von Rahmen- und Vergütungsvereinbarungen zu gewährleisten.

7. Palliativmedizinische Versorgung

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) hat sich in den letzten sechs Jahren zunehmend positiv entwickelt, dennoch gibt es hinsichtlich der Versorgungsstrukturen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: Besonders in ländlichen Regionen konnte die SAPV bisher nur schleppend umgesetzt werden. Hier ist über eine Anschubfinanzierung durch die Länder nachzudenken. Große Versorgungslücken bestehen in Bezug auf die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV).

Bisher gibt es einen hohen bürokratischen Aufwand bei der Genehmigung und Verordnung der SAPV und teilweise zu restriktive Regelungen in den Empfehlungen der Krankenkassen zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung.

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 beziehungsweise in den jeweiligen Regionen. Einzelverträge sind aufgrund der geringen Patientenzahlen nicht sinnvoll. Die Wahlfreiheit der Versicherten muss gewährleistet sein. Hier bedarf es der entsprechenden Gesetzesänderung in der nächsten Legislaturperiode.

Da nur circa zehn Prozent aller sterbenden Menschen eine spezialisierte Palliativ-Versorgung benötigen, muss die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) als Bestandteil der Regelversorgung implementiert und ausgebaut werden. Wesentliche Elemente der AAPV sind die pflegerische und die ärztliche Leistung sowie die psychosoziale Begleitung. Hierzu gehört eine verbindliche fallbezogene Vernetzung zwischen Ärzten und ambulanten Pflegediensten beziehungsweise stationären Pflegeeinrichtungen. Während gegenwärtig Regelungen zur ambulanten ärztlichen Palliativversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen werden, fehlt eine Weiterentwicklung der häuslichen Krankenpflegerichtlinien, damit die AAPV auch umgesetzt werden kann. Dies ist zeitnah nachzuholen.

Der pflegerische Teil der AAPV soll nach Auffassung der Diakonie keine eigenständige Leistungsform begründen, sondern Bestandteil der Regelversorgung sein. Dies erfordert jedoch entsprechende Ergänzungen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Durch die Integration von AAPV in die häusliche Krankenpflege können neue Abgrenzungsprobleme zwischen einer (noch zu schaffenden) allgemeinen ambulanten Palliativversorgung und der schon bestehenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vermieden werden.

Die stationäre palliativmedizinische Versorgung ist ein selbstverständlicher Bestandteil des Behandlungsangebots im Krankenhaus. Ihre speziellen Leistungen müssen angemessen durch das Vergütungssystem berücksichtigt werden. Das gilt insbesondere mit Blick auf die durch Seelsorgerinnen und Seelsorger erbrachten Leistungen. Diese müssen bei der Kalkulation der Behandlungskosten für Palliativpatienten im Rahmen der stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung einbezogen werden.

8. Teilhabechancen verbessern – das trägerübergreifende Teilhaberecht (SGB IX) reformieren

Menschen mit schwerwiegenden Gesundheitsproblemen, chronischen Krankheiten und (drohender) Behinderung brauchen nicht nur akutmedizinische Behandlungen, sondern vor allem auch niedrigschwellige und lebensweltorientierte rehabilitative Leistungen. Dem dient das in Deutschland hochentwickelte System der Rehabilitation und auf der Ebene des Rechts neben den speziellen Sozialgesetzbüchern das SGB IX als allgemeines Teilhaberecht. Mit der Annahme der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) hat sich der Gesetzgeber zudem verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme möglichst wohnortnah und am individuellen Bedarf auszurichten beziehungsweise auszugestalten (Art. 26). Eine sozialraumorientierte Versorgung von Menschen mit Behinderung wird auch notwendig, weil das ambulante Wohnen für Menschen mit Behinderung als prioritäre Wohnform betrachtet und fachlich fortlaufend weiterentwickelt wird.

Die mehr als zehnjährige Erfahrung mit der Umsetzung des SGB IX zeigt, dass das allgemeine Teilhaberecht in vielen Hinsichten weiterentwickelt werden muss: Dies betrifft neben dem Behinderungsbegriff, insbesondere die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten unabhängig von Vertrags- und Kostenentscheidungen des zuständigen Reha-Trägers (sofern die Einrichtung durch einen Reha-Träger belegt wird), die Verpflichtung zur Bildung gemeinsamer regionaler Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger zur Umsetzung ihrer gemeinsamen Infrastrukturverantwortung und die Sicherstellung einer frühzeitigen und trägerübergreifenden Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.

Die Diakonie unterstützt nachdrücklich die Forderung des Deutschen Vereins, die Durchsetzung der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung dadurch zu stärken, dass ein individueller Anspruch auf ein Verfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger ausdrücklich normiert wird (vergleiche Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20. März 2013). Auf diese Weise würde dem Gebot des SGB IX zur Kooperation und Koordination der Leistungsträger unabhängig von Zuständigkeitsfragen Geltung verschafft.

Zum Thema Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder (nach § 30 SGB IX) hat die Diakonie zusammen mit anderen Wohlfahrts-, Behinderten-, Fach- und Elternverbänden im

Jahr 2009 in einem Positionspapier Forderungen formuliert, die bislang nicht aufgegriffen wurden. Ohne Änderungen im SGB IX und in der Frühförderungsverordnung jedoch werden die vielfach diagnostizierten Probleme nicht zu lösen sein. Die vorgeschlagene Weiterentwicklung des SGB IX hinsichtlich der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung ist nach Auffassung der Diakonie auch ein Lösungsbaustein für die zahlreichen Probleme in der Frühförderung.

Bei der Reform des SGB IX wie auch bei der Reform der Eingliederungshilfe (gemäß SGB XII) und anderer Sozialgesetzbücher ist darauf zu achten, dass das Rehabilitationsrecht nicht sozialleistungsträgerspezifisch fragmentiert wird. Nach Auffassung der Diakonie sollten Rehabilitationsleistungen – nicht unbedingt ihre leistungsrechtlichen Voraussetzungen – an einem gesetzlichen Ort, nämlich im SGB IX, geregelt werden.

9. Abschließende Bemerkung

Aus diakonischer Sicht ist das Gesundheitswesen nicht nur ein System für die Behandlung von Krankheiten. Es geht zugleich um die Bewältigung von Krankheitsfolgen, um das einem Menschen mögliche Maß an Gesundheit, um die Ermöglichung und Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung und darum, bei alledem auch Zuwendung und Unterstützung zu erfahren. Gerade chronisch kranke Menschen brauchen Zuwendung in einem von Achtung getragenen Umfeld.

Gegenwärtig erleben wir einen erheblichen Ökonomisierungsdruck. Auch im Gesundheitswesen müssen die Mittel effizient und effektiv verwendet werden. Nicht akzeptabel aber ist, dass ökonomische Entscheidungskriterien nach Maßgabe der Vermögensverwertung das gesundheitsbezogene Handeln – im Einzelfall oder hinsichtlich der Systemgestaltung –

bestimmen. Dies würde auch den primär patientenorientierten professionellen Habitus der Gesundheitsberufe gefährden. Die Diakonie tritt dafür ein, die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen so auszugestalten, dass eine auf das umfassende Wohl des Patienten bedachte Wertorientierung gelebt werden kann. Dies setzt auch voraus, dass die Leistungen des Gesundheitswesens nicht auf Kosten der Beschäftigten erbracht werden. Zu denken ist hier zum Beispiel an die Belastungen im Bereich der Pflege und in den Servicefunktionen.

Zur diakonischen Praxis gehört es seit langem, sich insbesondere der Versorgung von Menschen mit komplexen Bedarfslagen und aus schwierigen sozialen Verhältnissen anzunehmen. Diese Praxis entpflichtet die Politik jedoch nicht davon, das Gesundheitswesen so zu gestalten, dass alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Gesundheitswesen eine gute Behandlung finden.

Menschen mit sozialen Benachteiligungen, Behinderungen und/oder mit komplexen Bedarfen (beispielsweise in der Psychiatrie) müssen gegenwärtig mit Zugangsbarrieren kämpfen, die zumindest zum Teil der Komplexität des Hilfesystems geschuldet sind. Niedrigschwellige und aufsuchende Hilfen sind nicht immer vorhanden, der Zugang zum System erfordert oftmals persönlichen Einsatz und Ressourcen, die gerade bei den Gruppen mit den höchsten Bedarfen nicht immer gegeben sind. Zudem bestehen Versorgungslücken, da beispielsweise ambulante Therapie- oder mobile Rehabilitationsangebote trotz gesetzlicher Regelung nicht flächendeckend ausgebaut sind.

Die Diakonie Deutschland setzt sich politisch dafür ein, dass ein solidarisches Gesundheitswesen auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, Behinderungen und sozialen Benachteiligten die Unterstützung zukommen lässt, die sie brauchen.

Anhang

Gesundheitspolitik im Detail: Die Positionen der Diakonie

Wenn nicht anders vermerkt, sind die folgenden Texte unter www.diakonie.de in der Rubrik PR & Presse/Veröffentlichungen/Diakonie-Texte zugänglich.

Demographischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit.

Diakonie Texte | Dokumentation | 07.20213

Das Papier dokumentiert die Abschlusstagung zum diakonischen Jahresthema 2012 „Altern in der Mitte der Gesellschaft – Aus dem Leben schöpfen. Für mich und für andere“. Die Beiträge beleuchten den demographischen Wandel aus sozialökonomischer Sicht und beschäftigen sich mit seinen Folgen für verschiedene diakonische Arbeitsfelder und für die Diakonie als Wohlfahrtsverband, Trägerin sozialer Dienste und zivilgesellschaftliche Akteurin.

Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen

Diakonie Texte | Dokumentation | 04.2013

Die Publikation dokumentiert drei Fachtagungen, die die Diakonie Deutschland im Rahmen ihres Jahresthemas 2012 „Altern in der Mitte der Gesellschaft: Aus dem Leben schöpfen. Für mich und für andere“ veranstaltete.

Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband vom 8. Mai 2013 zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drucksache 17/13080) anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 15. Mai 2013 (über den Fachinformationsdienst der Diakonie Deutschland zugänglich).

Die Stellungnahme der Diakonie Deutschland würdigt den Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention kritisch. Ein deutlicher Akzent wird in der Stellungnahme auf die Notwendigkeit einer sozialleistungsträgerübergreifenden Kooperation in Prävention und Gesundheitsförderung gelegt, die vornehmlich auf die Lebenslage von Menschen ausgerichtet sein sollte und einen Beitrag zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit leistet.

Pflegende an christlichen Krankenhäusern. Impulse zur Personalentwicklung.

Impulspapier | Juni 2013

Das Papier analysiert die Rahmenbedingungen der Pflege im christlichen Krankenhaus, fragt nach den Ursachen für rückläufige Zahlen in der Pflegeausbildung und nennt Beispiele für gute Praxis in Ausbildung, Personalgewinnung und -bindung.

Stellungnahme der BAG der Freien Wohlfahrtspflege vom 18. März 2013 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (www.bagfw.de)

Die BAG der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt die Initiative der Bundesregierung, der Überforderung bei Beitragsschulden entgegenzuwirken und verbindet dies mit weitergehenden Vorschlägen. Als häufigste Ursache für die Überforderung der Beitragsschuldner wird die Höhe der Mindestbeiträge für freiwillige GKV-Versicherte ausgemacht, ein Problem, das durch das Gesetz nicht gelöst wird.

Positionspapier „Gesundheit und medizinische Rehabilitation“ vom 13. März 2013 der Diakonie Deutschland und des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe

(www.beb-ev.de/wp-content/uploads/2013/02/2013-03-13-Politische-Gespräche-Positionspapier-Gesundheit-und-medizinische-Rehabilitation.pdf)

Ausgehend von der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung werden in dem gemeinsamen Papier der Diakonie Deutschland und des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe Forderungen zur besseren gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung und zur inklusiven Ausgestaltung des Gesundheitssystems formuliert.

Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Diakonie Texte 02.2013

Obwohl die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung, die untergebracht oder zwangsweise mit Medikamenten behandelt werden, seit Jahren steigt, nimmt die Gesellschaft von diesen – für die Betroffenen häufig traumatischen – Vorgängen kaum Notiz. Die UN-Behindertenrechtskonvention bietet die besondere Chance, ein neues Bewusstsein im Umgang mit Zwang in der Psychiatrie zu entwickeln.

Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

Diakonie Texte 08.2012

Diakonische Krankenhäuser brauchen, um gut arbeiten und ihre Konzepte umsetzen zu können, ein Vergütungssystem, das es ihnen ermöglicht, als Krankenhaus im ‚Kontext‘ zu handeln und im regionalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Der vorliegende Diakonie-Text setzt sich kritisch mit dem neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auseinander.

Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen.

Diakonie Texte 07.2012

Im Verbund einer Familie erleben Kinder es zumeist, dass Eltern ihnen Halt und Sicherheit geben. Doch was passiert, wenn das System einer Familie durch die psychische Erkrankung oder die Suchterkrankung eines Elternteils aus den Fugen gerät und Eltern diesen Aufgaben gar nicht oder zumindest nicht dauerhaft gerecht werden können?

Die Diakonie Deutschland plädiert angesichts der Überbeanspruchungen und Überforderungen von Familien mit psychisch erkrankten und suchterkrankten Eltern und ihren Kindern mit dieser Handlungsempfehlung für eine deutlich stärkere Vernetzung der verschiedenen Hilfesysteme.

Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen.

Diakonie Texte | Positionspapier | 02.2012.

Ausgehend von der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen einerseits und den Problemen der präventiven Praxis andererseits werden konzeptionelle, sozialrechtliche und politische Überlegungen zur Prävention bei Kindern und Jugendlichen formuliert.

Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern – Stellungnahme zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung.

Diakonie Texte 11.2011

Die Diakonie Deutschland und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) nehmen gemeinsam zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung aus der Perspektive der diakonischer Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen Stellung.

Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation.

Diakonie Texte 05.2011

Der Text dokumentiert die gemeinsame Fachtagung der Diakonie Deutschland, der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation und der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen im November 2010.

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2011/2012/2013

- 10.2013 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2013
 09.2013 Pflegestatistik zum 15.12. 2011
 08.2013 Prävention und Bekämpfung von Altersarmut
 07.2013 Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit
 06.2013 Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinder-
 schutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte
 Aufgaben
 05.2013 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2012
 04.2013 Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen
 03.2013 Soziale Sicherung für Kinder und Jugendliche einfach,
 transparent und zielgenau ausgestalten
 02.2013 Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechts-
 konvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und
 Maßnahmen für die interne Kommunikation
 09.2012 In der Diakonie vom Glauben reden – in Kursen zu Themen
 des Glaubens
 08.2012 Das neue Entgeltssystem für psychiatrische und psycho-
 somatische Einrichtungen – Positionen der Diakonie
 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder
 psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen:
 Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
 Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regel-
 mäßig nicht umgesetzt
 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten
 der Diakonie – Eine repräsentative Studie
 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
 – Guidelines on Labour Migration and Development
 Art.-Nr: 613 003 032ENGL
 – Principes directeurs pour les migrations et le développement
 Art.-Nr: 613 003 032FR
 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe
 der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der
 Diakonie
 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
 16.2011 50 Jahre Zivildienst

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
 Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
 Evangelischer Bundesverband
 Evangelisches Werk für
 Diakonie und Entwicklung e. V.
 Caroline-Michaelis-Straße 1
 10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
 Andreas Wagner
 Zentrum Kommunikation
 Telefon: +49 30 652 11-1779
 redaktion@diakonie.de
 www.diakonie.de

Ansprechpartner:
 Dr. med. Anja Dieterich, MPH
 Grundsatzfragen der gesund-
 heitlichen Versorgung
 Telefon: +49 30 652 11-1664
 anja.dieterich@diakonie.de

Dr. Tomas Steffens, MPH
 Medizinische Rehabilitation,
 Prävention und Selbsthilfe
 Telefon: +49 30 652 11-1665
 tomas.steffens@diakonie.de

Layout: Alfred Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
 Evangelischen Werkes für
 Diakonie und Entwicklung e. V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-Echterdingen

© Dezember 2013 – 1. Auflage
 ISBN 978-3-941458-70-3
 Art.-Nr. 613 003 113

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
 Zentraler Vertrieb des
 Evangelischen Werkes für
 Diakonie und Entwicklung e. V.
 Karlsruher Straße 11
 70771 Leinfelden-
 Echterdingen
 Telefon: +49 711 21 59-777
 Telefax: +49 711 797 75 02
 Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de